

T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÖZEL HASTANELERDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI İŞLEYİŞİ VE  
SORUNLARI

Gül Kırmırlı

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2013

ÖZEL HASTANELERDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI İŞLEYİŞİ VE  
SORUNLARI

Gül Kıvrımlı

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı


Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2013

## KABUL VE ONAY

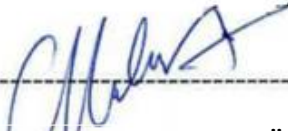
Gül Kırımlı tarafından hazırlanan ÖZEL HASTANELERDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI İŞLEYİŞİ VE SORUNLARI SİGORTASI başlıklı bu çalışma, 19.04.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Selahattin Güriş (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen (Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Melek Astar (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Yrd. Doç. Dr. M. Bayhan Üge

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin / Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim / Raporum sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin / Raporumun ..... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin / raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

19.04.2013

Gül Kırmılı



## ÖNSÖZ

Çalışmalarımda ve yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım. Yrd. Doç. Dr. Melek Astar ve sevgili Gökçe Uğurluay'a özverili çalışmaları için sonsuz teşekkürler ve sevgiler.

Dr. Gül Kırmırlı

İSTANBUL,2013

## ÖZET

Gelişmekte olan ülkelerde, sağlık ülkenin ekonomik ve sosyal düzeylerini belirlemede önemli bir parametredir. Türkiye için de sağlık ekonomik büyümenin ana dinamiklerinden biridir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu veya özel kaynaklardan sağlanmaktadır. Sağlık harcamalarındaki hızlı artışın önüne geçmek ve tedavi hizmetlerini özel sektörle beraber sürdürmek için 1980'lerin başından beri çalışmalar sürdürülmektedir.

Bunun sonucu olarak ülkemizde özel hastanecilik hızla gelişmektedir. Ayrıca kamu hastanelerinin özertleştirilerek kendi kendine yeter sağlık işletmeleri haline getirilmesi sağlıkta dönüşüm programının son adımlarından biridir.. Bu durum sağlık sektöründe, özellikle de hastanecilik alanında rekabet olgusunu karşımıza çıkarmaktadır. Bu politikalar çerçevesinde toplumun bir kesimi kaliteli sağlık hizmeti alma, hastalık riskine karşı önceden önlem alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenmeme, randevu alırken kolaylık sağlanması, kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetine güvenmeme gibi nedenlerle özel sağlık sigortası yaptıırıp bu sigortalarla anlaşmalı sağlık hizmet sunucularından hizmet almayı tercih etmektedirler. Sağlık hizmet sunucularında özel sigortalı hastalara hizmet verme sürecinde yaşanan sorunlar hasta, sigorta şirketi, hizmet sunucusu açısından önem taşımaktadır. Hasta, hizmet sunucu sağlık kuruluşu ve özel sigorta arasındaki güven ilişkisi yönünden bu sorunları tespit etmek gerekmektedir.

Uygulamada elde edilen sonuçlar genel olarak ele alındığında; hem hastalar hem de sorumlu sağlık personeli açısından yaşanan en önemli sorun provizyon ve bekleme süreleri ile ilgili detaylı bilgi verilmemesi olarak elde edilmişti. Sorumlu sağlık personelinin çok büyük bir bölümü özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunların kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzaması ve telefonla dönülmesi gerektiğinde sigortaya ulaşılamaması gibi konuların büyük sorunlar yarattığını ifade etmektedir.

Bu çalışma ile hastanelerde özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunları incelemek amaçlanmıştır. Çalışmanın bulgularının özel sağlık sigortalarının hizmet sürecinde iyileştirme çalışmalarına ışık tutarak özel sağlık sigortacılığına katkı sağlaması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigorta, özel sağlık sigortaları, özel hastane, özel sağlık sigortası sorunları.

## ABSTRACT

In developing countries, healthcare is an important parameter in determining economical and social levels. It is also one of the main dynamics of growth in Turkey. In our country, the financing of healthcare services is provided by public or private sources. Studies have been carried out since the beginning of 1980's to prevent the rapid increase in healthcare costs and to carry out the treatment services together with the private sector.

As a result of this, private hospitals are rapidly developing in our country. Besides, transforming public hospitals as self-sufficient health foundations by autonomizing them is one of the last steps of transformation in healthcare. This situation, emerges the fact of competition in healthcare sector, especially in hospitals. Within the scope of these politics, a section of the community prefers to buy private health insurances and take services from the contractual health service providers due to some reasons such as; getting quality health service, taking preventing precautions against the risk of diseases, being able to afford the private hospitals' high treatment costs, distrust in affiliated social security institution, conveniences in getting appointments, distrust in the health service provided in public hospitals. The problems faced in health service providers in the process of providing service to the patients with private health insurances, are important for the patient, the insurance company and the service provider. In terms of the trust relationship between patient, service provider health institution and private insurance these problems should be identified.

As the results obtained in the practice were evaluated entirely; the most important problem for both the patients and the responsible healthcare personnel was found as not giving detailed information about the provision and the waiting periods. Most of the responsible healthcare personnel state that, the issues like the prolongation of the provision process related to the control periods of the problems related to the private health insurances and not being able to reach the insurance company in case of the need to return a call, cause huge problems.

The aim of this study is to investigate the problems faced about the private health insurances in hospitals. The findings of the study are expected to contribute to the private health insurance sector by lighting the way for the improvement works in private health insurances' service process.

**Key words:** Insurance, private health insurances, private hospital, the problems of private health insurances.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
GRAFİKLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SİGORTA SİSTEMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. Giriş.....	1
1.1. Sigorta .....	2
1.2. Sigortanın Tarihçesi .....	2
1.2.1. Türkiye’de Sigorta Sistemi.....	3
1.2.2. Türkiye’de Sigorta Çeşitleri ve Özellikleri .....	6
1.2.3. Devlet Tarafından Zorunlu Tutulan Sigorta Çeşitleri .....	7
1.3. Sigorta Kavramı .....	7
1.4. Sigorta Sisteminin Amaç ve Hedefleri.....	12
1.5. Sigorta Sisteminin Özellikleri .....	12
1.6. Sigorta Sisteminin Sınıflandırılması .....	13
1.6.1. Genel Sağlık Sigortası.....	13
1.6.2. Sosyal Güvenlik Kurumu .....	15
1.6.3. Özel Sağlık Sigortası.....	16
1.7. Acente Kavramı.....	19
1.7.1. Türk Ticaret Kanunu Tasarısında Acente .....	20
1.8. Sigorta Acentelerinin İşlevselliği .....	21
1.8.1. Sigorta Pazarlaması ve Acenteler.....	21
1.8.2. Acentelerin Bilgi Kaynağı ve Görevi .....	21
1.8.3. Rekabet Ortamında Kalıcı Kalmanın Önemi .....	21



## İKİNCİ BÖLÜM

### ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI VE TÜRKİYE’DE YAPILANMASI

2. 1. Özel Sağlık Sigortaları .....	22
2.1.1. Sağlık Sigortası Kavramları .....	24
2.2. Özel Sağlık Sigortası Kapsam ve Çeşitliliği .....	26
2.3. Özel Sağlık Sigortası ve Türleri .....	35
2.4. Özel Sağlık Sigortalarında ki Başlıca Riziko Türleri .....	37
2.4.1. Tehlikeli Hastalıklar Sigortası.....	38
2.4.2. Seyahat Sağlık Sigortası.....	39
2.4.2.1. Seyahat Sağlık Sigortasının Süresi ve Teminatların Başlanması .....	40
2.4.2.2. Kapsam ve İçerilen Teminatlar.....	41
2.4.2.3. Seyahat Sağlık Sigortasının İşleyişi.....	44
2.4.3. Gelir Kaybı Sigortası.....	45
2.4.3.1. Kapsam .....	46
2.4.3.2. Erteleme Dönemi.....	47
2.4.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları.....	52
2.4.4.1. Teminat Kapsamı .....	52
2.4.4.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekçesi .....	52
2.4.4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Fırsatları ve Tehditleri .....	53
2.5. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi.....	55
2.6. Özel Sağlık Sigortasında Kabul Şartnameleri .....	59
2.7. Özel Sağlık Sigortası ve Sosyal Sağlık Güvenlik Kurumu Sistemine Geçme Nedenleri .	61
2.8. Özel Sağlık Sigortasıyla İlgili Yaşanan Sorunlar.....	68
2.9. Kamu Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Arasında ki Farklar.....	73
2.10. Sağlık Sigortaları Şartnamesi Teminat Dışı Kalan Durumlar .....	78
2.11. Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Feshi.....	79
2.12. Avrupa Sağlık Sigorta Kartı .....	79
2.13. Özel Sağlık Sigortasında Hasta Haklarının Önemi .....	81

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM** **UYGULAMA**

3.1. Uygulamanın Amacı .....	85
3.2. Veri ve Yöntem .....	85
3.3. Bulgular .....	87
3.3.1. Hasta Açısından Analiz Sonuçları.....	87
3.3.2. Sorumlu Sağlık Personeli Açısından Analiz Sonuçları.....	97
3.4. Genel Değerlendirme .....	107
<b>4. SONUÇ .....</b>	<b>110</b>
<b>EK TABLOLAR .....</b>	<b>113</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>142</b>

## **GRAFİKLER LİSTESİ**

**SAYFA NO:**

Grafik 1. Sigortalı Sayısı Dağılımı .....	17
Grafik 2. Ürün Grubu ve Poliçe Tipine Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı .....	18
Grafik 3. Bireysel Sağlık Sigortaları Poliçe Adetlerinin 2012 Yılı İller Dağılımı .....	18
Grafik 4. Kurumsal Sağlık Sigortaları Poliçe Adetlerinin 2012 Yılı İller Dağılımı .....	19

**TABLolar LİSTESİ****SAYFA NO:**

Tablo 1: 2010 Yılı Poliçe Adetleri .....	5
Tablo 2: 2011 Yılı Poliçe Adetleri .....	5
Tablo 3: 2012 Yılı Poliçe Adetleri .....	6
Tablo 5. Ankete Katılan Hastaların Demografik Özellikleri .....	89
Tablo 6. Hastaların Sigortaları ile İlgili Frekans Tablosu .....	90
Tablo 7. Poliçe Satın Alırken Yaşanan Sorunlar ile İlgili Olgular.....	91
Tablo 8. Özel Sağlık Sigortası İle İlgili Sorunların Frekansları .....	92
Tablo 9. Özel Sağlık Kuruluşlarına Başvurulduğunda Yaşanan Sorunların Frekans Tablosu	93
Tablo 10. Özel Sağlık Kuruluşunda Sorunlarla İlgili Bilgi Verilmesinin Frekans Tablosu ..	94
Tablo 11. Sağlık Kuruluşlarında Yapılacak Operasyon Ve Yatış Nedeni İle İlgili Frekans Tablosu .....	95
Tablo 12. Anlaşmalı Kurumdan Kaynaklanan Sorunların Frekans Tablosu .....	96
Tablo 13. Ankete Katılan Sorumlu Sağlık Personelinin Demografik Özellikleri.....	98
Tablo 14. Ankete Katılan Sorumlu Sağlık Personelinin Kurum İçi Çalışma Özellikleri .....	100
Tablo 15. Hasta Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular .....	102
Tablo 16. Hekim Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular .....	103
Tablo 17. Anlaşmalı Kurum Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular .....	104
Tablo 18. Sistemsel ve Tanımlama Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular.....	105
Tablo 19. Sigorta Şirketinden Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular .....	106

## GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık, ülkenin ekonomik ve sosyal düzeylerini belirlemede önemli bir parametredir. Türkiye için de sağlık ekonomik büyümenin ana dinamiklerinden biridir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu veya özel kaynaklardan sağlanmaktadır. Sağlık harcamalarındaki hızlı artışın önüne geçmek ve tedavi hizmetlerini özel sektörle beraber sürdürmek için 1980'lerin başından beri çalışmalar sürdürülmektedir. Bunun sonucu olarak ülkemizde özel hastanecilik hızla gelişmektedir. Ayrıca kamu hastanelerinin özertleştirilerek kendi kendine yeter sağlık işletmeleri haline getirilmesi sağlıkta dönüşüm programının son adımlarından biridir.. Bu durum sağlık sektöründe, özellikle de hastanecilik alanında rekabet olgusunu karşımıza çıkarmaktadır. Bu politikalar çerçevesinde toplumun bir kesimi kaliteli sağlık hizmeti alma, hastalık riskine karşı önceden önlem alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenmeme, randevü alırken kolaylık sağlanması, kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetine güvenmeme gibi nedenlerle özel sağlık sigortası yaptırıp bu sigortalarla anlaşmalı sağlık hizmet sunucularından hizmet almayı tercih etmektedirler.

Bu çalışmada özel sağlık kurumlarında sağlık sigortalarının işleyiş mekanizmalarının ele alınmasını ve özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunların irdelenmesini amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmanın birinci bölümünde, sigorta sistemi ve özellikleri genel olarak ele alınmıştır. İkinci bölümde, özel sağlık sigortalarının irdelendiği çalışmada özel sağlık sigortasının Türkiye'de ki yapılanmasından da genel olarak bahsedilmiştir. Uygulamanın yer aldığı üçüncü bölümde ise özel sağlık kurumlarında özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunların hem hastalar hem de sorumlu sağlık personeli tarafından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan anketlerin sonuçlarına göre hem hastaların hem de sağlık personelinin özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik tutumları ölçülmüş ve bu tutumların hangi demografik özelliklere göre değiştiği belirmiştir. Uygulamada elde edilen istatistiki sonuçlar değerlendirme bölümünde yer alırken, sonuç bölümü ise çalışmanın tamamının genel olarak ele alındığı, istatistiki sonuçlar ile teorinin harmanladığı bölüm olarak oluşturulmuştur.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## SİGORTA, SİGORTACILIK VE ÖZELLİKLERİ

### 1.1. Sigorta

Sigorta, Çeşitli risklerin gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkan zararların giderilmesi için kullanılan mali bir yöntemdir. Başka bir deyişle sigorta, kişi veya kurumların sahip oldukları mal veya hizmetlerinin herhangi bir zarara uğraması durumunda ortaya çıkan maddi veya manevi zararları gidermek için ortaya çıkmış bir araçtır<sup>1</sup>. Sigorta, önceden yapılan ödemeler karşılığında gelecekte olası muhtemel zararların giderilmesini taahhüt etmektedir.

Sigorta sözleşmesi; kanunlar önünde kişi ya da kurumların hak sahipliğini gösterebilmeleri gereken hukuki bir sözleşmedir<sup>2</sup>. Sigorta şirketi, sigorta işlemlerinin yönetim ve işletiminin yanı sıra satış işlemlerini gerçekleştirmektedir. Bu alanda faaliyet gösteren meslek kolunun adı sigortacılıktır<sup>3</sup>.

### 1.2. Sigortanın Tarihçesi

Sigortanın bilinen ilk hukuki şekli M.Ö. 1800 yıllarında Babilliler tarafından oluşturulan Hammurabi kanunlarında görülmektedir. Hammurabi kanunlarına göre bir kervana karşı saldırı olması halinde, oluşan zararlar kervan sahipleri arasında bölüşülmektedir.

Bunun yanı sıra antik Yunan ve Roma medeniyetlerinde nakliyat sigortası bulunmaktaydı. Nakliyat sigortasında, gemi sahipleri ticaret seferine çıkacakları zaman deniz ödücü olarak adlandırılan bir borç alırlardı. Geminin teslimatı yapması durumunda, gemi sahibi deniz borcunu misli ile ödeme zorunluluğu bulunurken

---

<sup>1</sup> Demirci S. Ve Astar M. (2012). Türkiye’de Özel Sigortayı Etkileyen Faktörler: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Vol. 13, Sayı. 2

<sup>2</sup> Pekiner K.(1981). Sigorta İşletmeciliği. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları

<sup>3</sup> Namer C. Ve Yunak H. (2000). Sigortanın Genel Prensipleri. Milli Reasürans. İstanbul: Taş Yayını

geminin teslimat yapamaması durumunda deniz borcu gemi sahibinde kalmaktaydı. Müşterek Avarya, kavramı ilk defa Rodos kuralları denilen bir düzenleme ile ortaya çıkmıştır. Müsterek avarya kavramına göre, gemi bir tehlike ile karşılaşması durumunda taşımış olduğu malların bir kısmını boşaltma hakkı bulunmaktaydı ve ortaya çıkan zararlar gemi ve mal sahipleri arasında bölüşülmekteydi. Cenevizliler tarihte sigortaya özgü olarak kabul edilen ilk sözleşmeyi 14. Yüzyılda yapmışlardır. 1435 ve 1436 yıllarında İspanya'da alınan iki kararname ile nakliyat sigortalarında dair kurallar konulmuştur. Sigorta şirketleri ilk defa 17. Yüzyıldan itibaren İngiltere'de kurulmaya başlanmıştır. 1666'da 13 200 ev ve 87 kilisenin yok olduğu büyük Londra yangınında oluşan zararların büyüklüğü sebebiyle yangın sigortası üzerine uzmanlaşmış sigorta şirketleri kurulmuştur. Önemli bir ticaret merkezi olan Londra, bu yüzyıldan itibaren dünya sigortacılığının önde gelen şehri haline gelmiştir. 17. yüzyılın sonlarına doğru, Londra'nın dünya ticaretindeki artan önemi nedeniyle, nakliyat sigortacılığı konusunda da önemli talepler doğmaya başlamıştır. Edward Lloyd 1680'lerin sonlarına doğru denizcilere bir mekan açmıştır. Burası kısa zaman içerisinde gemilerini veya yüklerini sigorta ettirmek isteyenler ile bu riskleri kabul etmek isteyenlerin buluşma noktası haline almıştır. Lloyd'un açmış olduğu bu mekan daha ileriki tarihlerde nakliyat ve özel riskler konusunda uzmanlaşmış dünya çapında bir sigorta borsası haline dönüşmüştür.

Mucit ve siyaset adamı Benjamin Franklin, ülkesi ABD'de sigortacılığın gelişmesi için çaba göstermiştir. Kurduğu sigorta şirketi, yangına karşı sigorta yaptığı gibi, sigortalıları yangın riskine karşı bilinçlendirmekteydi. Ancak yüksek riskli ahşap binaları sigortalamamaktaydı<sup>4</sup>.

### **1.2.1. Türkiye'de Sigorta Sistemi**

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından sonra milli iktisat anlayışı doğrultusunda, sigortacılık alanında da yerel sermayenin varlık göstermesi için yeni sigorta şirketleri kurulmaya başlamıştır.

---

<sup>4</sup> Namer ve Yunak. (2000). a.g.e.

1929 yılında, sigortacıların meslek kuruluşu olarak Sigortacılar Cemiyeti Daire-i Merkeziyesi kurulmuştur. Bu kuruluş, bugün de varlığını Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği adıyla devam ettirmektedir. 1956 yılında düzenlenen Türk Ticaret Kanunu'nun beşinci kitabında, sigortacılıkla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. 1980'li yıllarda uygulanan liberal siyaset politikaları sayesinde yabancı sigorta şirketleri Türkiye'ye dönmeye başlamıştır. Devlet tarafında belirlenen sigorta tarifeleri ilk defa 1990 yılında serbest bırakılmıştır. Düşen kârlar ve 90'lı yıllarda yaşanan ekonomik krizler nedeniyle yabancı şirketler yavaş yavaş Türk sigorta piyasasından çekilmeye başlamışlardır. Ancak Türk sermayeli banka ve holdinglerin öncelikle olarak kendi grup risklerini sigortalamak adına çok sayıda şirket kurmalarının bir sonucu olarak sektörde bir daralma yaşanmamıştır. 1990'ların son yıllarından itibaren yabancı sermayeli sigorta şirketlerinin yeniden Türkiye'ye geldiği ve pazar paylarını giderek büyüttükleri görülmektedir. Yabancı sermayeli şirketlerin pazar payı 2006 yılında %50'yi geçmiştir. Takip edilen süreçte yabancı sermayeli şirketlerin sektördeki oranı giderek artmıştır ve Türk sigorta sektörü yabancı sermaye etkisi altına girmiştir<sup>5</sup>.

---

5 Türkiye Sigorta Birliği İnternet Sitesi. Tarihçe. <http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Birlik/Tarihce/> (Erişim Tarihi:24.11.2012)



**Tablo 1: 2010 Yılı Poliçe Adetleri**

Poliçe Adetleri 01.01.2010-31.12.2010							
Ana Branş	Alt Branş	Poliçe Adetleri			Sigortalı Adet		
		Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam	Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam
HASTALIK/ SAĞLIK	785:Sağlık	497.881	55.009	552.890	1.345.046	320.977	1.666.023
	786:Seyahat Sağlık	464.571	14.010	478.581	360.253	14.653	374.906
	Hastalık /Sağlık Toplam	<b>962.452</b>	<b>69.019</b>	<b>1.031.471</b>	<b>1.705.299</b>	<b>335.630</b>	<b>2.040.929</b>

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği, *Resmi İstatistikler*.

<http://www.tsb.org.tr/sayfa/2010-yil-sonu-istatistikleri> (erişim tarihi:24.03.2013)

**Tablo 2: 2011 Yılı Poliçe Adetleri**

Poliçe Adetleri 01.01.2011-30.09.2011							
Ana Branş	Alt Branş	Poliçe Adetleri			Sigortalı Adet		
		Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam	Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam
HASTALIK/ AĞLIK	784:Hastalık	1.841	0	1.362.509			
	785:Sağlık	1.231.169	131.340	1.173.070	2.095.251	453.965	2.549.216
	786:Seyahat Sağlık	515.739	5506	521425	849015	5959	854.974
	797:Sağlık	0	3217	3.217	0	14820	14.820
	Hastalık/ Sağlık Toplam	<b>1.748.749</b>	<b>140.063</b>	<b>1.888.812</b>	<b>2.249944</b>	<b>304.095</b>	<b>3.419.010</b>

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği, *Resmi İstatistikler*.

<http://www.tsb.org.tr/sayfa/2011-yil-sonu-istatistikleri> (erişim tarihi:24.03.2013)

**Tablo 3: 2012 Yılı Poliçe Adetleri**

Poliçe Adetleri 01.01.2012-30.12.2012							
Ana Branş	Alt Branş	Poliçe Adetleri			Sigortalı Adet		
		Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam	Elementer Şirketler	Hayat Şirketleri	Toplam
HASTALIK/S AĞLIK	784:Hastalık	98.435	124	98.559	98953	124	99.077
	785:Sağlık	1.286.169	23.435	1.309.604	2.326.561	252.959	2.579.520
	786:Seyahat Sağlık	1.237.727	2210	1.234.937	1.449.231	3.048	1.452.261
	797:Sağlık	0	260	452	0	258	258
	Hastalık/ Sağlık Toplam	2.617331	52.452	2.643.360	3.874.727	256.389	4.131.116

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği. *Resmi İstatistikler*.

<http://www.tsb.org.tr/sayfa/2012-yil-sonu-istatistikleri> (erişim tarihi:24.03.2013)

### 1.2.2. Türkiye’de Sigorta Çeşitleri ve Özellikleri

Kanunen "sigortalanamaz" olarak nitelenen riskler dışındaki tüm riskler sigortalanabilmektedir. Başlıca sigorta çeşitleri şunlardır<sup>6</sup>:

- ✓ Can sigortaları
  - Hayat sigortası
  - Ferdi kaza sigortası
  - Sağlık sigortası
- ✓ Mal sigortaları
  - Kasko vb. oto sigortaları
  - Yangın sigortası
  - Nakliyat sigortası

<sup>6</sup> Nomer ve Yunak. 2000 .a.g.e.

- Mühendislik sigortaları
- ✓ Sorumluluk sigortaları
  - Hukuksal koruma sigortaları
  - Kredi sigortaları

### **1.2.3. Devlet Tarafından Zorunlu Tutulan Sigorta Çeşitleri**

Sigorta türleri, zorunlu olup olmamasına göre sınıflandırılmaktadır. Trafik Sigortası ve Zorunlu Deprem Sigortası Türkiye'deki en temel zorunlu sigortalardır. Trafik kazası ya da deprem gibi zararın en üst seviyeye çıkabileceği olumsuz durumlar karşısında kişilerin en az zararla kurtulmalarını sağlamak amacıyla zorunlu tutulmaktadır. Böylelikle devlet getirmiş olduğu bu zorunluluklar ile birlikte, güvenliği sağlanmasını ve sulh ortamının korunmasını sağlamaktadır. Bu sebeple bu tip sigortaların zorunlu tutulması gerekmektedir<sup>7</sup>.

## **1.3. Sigorta Kavramı**

### ***Aşkın Sigorta***

Aşkın sigorta terimi, tazminat poliçelerinde geçmekte olan bir terimdir. Poliçedeki sigorta bedelinin, sigorta konusunun gerçek ve makul değerinin üzerinde olması durumudur.

### ***Birlikte Sigorta***

Sigorta konusu olan menfaatin, aynı tehlikelere karşı, aynı sigorta dönemi içerisinde birden fazla sigorta şirketi tarafından sigortalanmasıdır.

---

<sup>7</sup> Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*. [http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 12.01.2013)

### ***Coğrafi Sınırlar***

Sigorta poliçesinin kapsadığı coğrafi bölgelerdir. Örneğin, bir tekne poliçesindeki "Sefer Sahası" veya "Faaliyet Alanı" gibi terimlere bağlı olarak belirlenmiş bölgelerde oluşacak zararların karşılanacağını belirtmektedir. Belirlenen alanların dışında hiçbir hak ve talepte bulunulamamaktadır

### ***Entegral Muafiyet***

Buna göre polise süresi içinde ortaya çıkan zararlar eğer belirli bir miktarın altında ise sigortalanan kişi tarafından karşılanırken, bu miktarın aşılması durumunda zararın tamamının sigorta şirketi tarafından ödenmesini belirleyen bir yöntemdir. Bu miktar belirli bir yüzdelik oran ya da maktu olabilmektedir.

### ***Fiyat***

Sigorta veya reasürans teminatına karşılık olarak ödenecek primin hesaplanmasında esas alınan ve oran olarak ifade edilen bir terimdir. Fiyatın sigorta bedeline veya teminata uygulanmasıyla prim miktarı bulunmaktadır.

### ***Genel Şartlar***

Teminat kapsamı, istisnai durumlar, hasar işlemleri, sigortalının görev ve yükümlülükleri, anlaşmazlık durumları ve prim miktarları gibi sigorta sözleşmesinin esaslarını içeren şartlardır.

### ***Hasar***

Mala verilen fiziki hasarı veya kişinin gerek bedeni, gerekse manevi zararını ifade etmek için kullanılır.

### ***Hasar Fazlası Reasüransı***

Bir reasürans anlaşması türüdür. Reasürör, sigortacının yazmış olduğu işlerden elde ettiği primin belli bir kısmına karşılık olarak, meydana gelen hasarların, önceden saptanmış bir tutarını (sedan şirketin net saklama payı) geçen kısmını karşılayacağını belirtmektedir.

### ***Hasarı Önleme***

Hasar sebep olabilecek unsurların araştırılması, tespit edilen durumlar ışığında sigortalının bilinçlendirilmesi ile birlikte sigortalıya bilgi ve gerekli desteğin sağlanması, bununla birlikte poliçeye önlem amaçlı bazı şartların konulması gibi bir takım hasar önleyici unsurların oluşturulması, hasarları önleme adına yapılan çalışmalardır.

### ***Kloz***

Poliçenin kapsamını belirlemek üzere kullanılmaktadır. Bu kavram sigorta poliçesinin bir bölümü veya poliçeye eklenen özel şartlar için kullanılan bir terimdir <sup>8</sup>.

### ***Komisyon***

Prim üretimi ile birlikte sigortacılık alanında faaliyet gösteren sigorta şirketleri adına çeşitli işlemleri gerçekleştiren aracı kurumlara belirli miktarlarda ödenen paradır.

### ***Lehdar***

Sigortayı kullanan kişiye lehdar denilmektedir. Sözleşmede direk taraf olmakla birlikte başka bir kişinin yaptırmış olduğu sigorta sözleşmesi ile doğrudan ya da dolaylı olarak faydalanabilmektedir.

### ***Lütuf Ödemesi***

Teminat kapsamında bulunup bulunmadığı anlaşılamayan hasarlarda yapılan ödeme türüdür. Zararın bir kısmı veya tamamı için lütuf ödemesi yapılabilmektedir.

---

<sup>8</sup> Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.  
[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 12.01.2013)

### ***Müşterek Sebep***

Birbirlerinden bağımsız olarak ortaya çıkan ve hasarın oluşumuna ayrı ayrı katkıda bulunan sebeplerdir.

### ***Mücbir Sebep***

Mücbir sebepler deprem, yıldırım, kasırga gibi insan iradesi, gücü ve müdahalesiyle önüne geçilemeyen doğal afetler için kullanılan bir terimdir. Sorumlulukların belirlenmesi açısından büyük bir öneme haiz olmaktadır.

### ***Mutabakatlı Poliçe***

Sigorta yaptıran ile sigortacı arasında tam bir anlaşma sağlanarak, sigortalının tam ziya haline düşmesi durumunda sigortacı tarafından ödenecek olan miktardır.

### ***Prim***

Sigortalı ya da sigorta yaptıran tarafından çeşitli risk durumlarına göre sigortacının vermiş olduğu teminata karşılık ödenen paradır. Sözleşmenin en önemli bir parametresidir ve sigorta yaptıran, sözleşmedeki tüm yükümlülüklerini yerine getirmesine rağmen primin ödenmemesi sigorta sözleşmesinin geçerliliğini kaybetmesine sebep olan bir durumdur<sup>9</sup>.

### ***Sigortanın Sona Ermesi***

Sigorta sözleşmesinin her iki taraf ve üçüncü şahıslar bakımından artık geçerli olmaması halidir. Sözleşmenin sona ermesi çeşitli durumlarda söz konusu olabilir;

- 1- Sigorta sözleşmesindeki geçerlilik tarihinin sonlanması,
- 2- Sözleşmede belirtilen bir takım zorunlulukların, taraflardan birinin ihlali durumunda kaynaklanan fesih durumu,
- 3-Sigortalının kendi iradesiyle,

---

<sup>9</sup> Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.  
[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 12.01.2013)

4- Risk durumlarının giderek artmasıyla sözleşmenin tek taraflı feshi durumunda

5- Rizikonun gerçekleşmesiyle, (hayat sigortalarında sigortalının ölümü, diğer bazı branşlarda tam ziya durumu gibi.)

### ***Teminat***

Sigorta ile koruma altına alınmış maddi ve manevi varlıkların kısmen veya tamamen hasarlanması durumunda, sigortalının genel prensipleri ve poliçe şartlarına bağlı kalmak suretiyle hasarın giderileceğine dair, sigortalıya veya sigortadan yararlanan kişiye vermiş oldukları güvencedir<sup>10</sup>.

### ***Zorunlu Sigorta***

Yürürlükte olan yasalara bağlı olarak kişinin yaptırma zorunluluğunda olduğu sigorta çeşididir. Eğer sigortalının üçüncü şahıslara karşı sorumlulukları varsa üçüncü şahısların tazminatını sağlamak adına sigorta sistemi ile oluşturulan bir tedbir yöntemi olarak ele alınabilir..

### ***Zeyilname***

Poliçenin düzenlemesinden sonra ortaya çıkan risk durumlarına bağlı olarak poliçeye ek olarak hazırlanan ve aynı yasal yetkiye sahip belgedir<sup>11</sup>.

## **1.4. Sigorta Sisteminin Amaçları ve Hedefleri**

Sigortanın amacı, kişi veya kurumların herhangi bir risk durumunda yaşanabilecek mali kayıplara karşı korumasıdır. Özel sigortalar ile devlete bağlı sigortaların kapsamı ve uygulama alanları arasında farklılıklar gözlemlenebilmektedir. Oluşturulan poliçelere ve uygulamalara bakılarak özel sağlık sigortalarının kapsamı

---

<sup>10</sup> Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.  
[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf)  
(Erişim Tarihi: 12.01.2013)

<sup>11</sup> Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.  
[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 15.01.2013)

anlaşılabilirken devlete bağlı sigortaların kapsamaları ancak devletin sağladığı gelişmeler ile ve halka sunduğu hizmet ile anlaşılabilir.

### **1.5. Sigorta Sisteminin Özellikleri**

Sigortanın özellikleri dört grupta incelenmektedir. Bu özellikler; aynı tehlikeye maruz bir grubun bulunması, belirsizlik, tahmin edilebilir ve hesaplanabilir olma ile riskin ekonomik olarak dengeli dağılması şeklinde belirlenebilir. Sigorta kavramına ait literatürde bulunan tanımların ortak özellikleri maddeler halinde toplamak mümkündür.

1. Sigorta; olası risklerin olumsuz sonuçlarını gidermeye yönelik bir hizmettir. İşlevi; riskin azaltılması ve belirginleştirilmesidir.
2. Güvence talep eden çok sayıda üyenin bir araya getirilmesi söz konusudur.
3. Sunulan hizmet karşılığında belirli bir prim talep edilir.
4. Hukuki bir çerçevesi bulunmaktadır.
5. Güvence verme ve riski yönetme sorumluluğunu üstlenen kişi ve kurumlarca ifa edilir.
6. Ekonomik kayıpların belirli ölçüde azaltılması amacına hizmet eder.
7. Sosyal dayanışma ve yardımlaşma içerir<sup>12</sup>.

### **1.6. Sigorta Sisteminin Sınıflandırılması**

Devlet veya özel sigorta gibi bağlı oldukları kurumlara göre iki çatı altında toplanabilirler. Ayrıca, SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), GSS (Genel Sağlık Sigortası),

---

<sup>12</sup>Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)



Özel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sigorta olmak üzere dört kategoride sınıflandırılabilirler<sup>13</sup>.

### 1.6.1. Genel Sağlık Sigortası

Geniş toplumsal kesimlere hitap edebilmek genel sağlık sigortasının en önemli unsurlarından birisidir. Böylelikle sağlık hizmetlerinden toplumu oluşturan fertlerin yararlanması sağlanmaktadır. Önceleri sadece zorunlu sigortaya tabi insanların hastalık sigortası primlerini ödemeleri ile yararlandıkları sağlık hizmetlerinden, artık genel sağlık sigortası primi ile yararlanmaya devam edeceklerdir. Önceki sistemde zorunlu sigortaya sahip kişiler sağlık sigortası sisteminden faydalanırken yapılan düzenlemelerle oluşturulan yeni sisteme göre tıpkı özel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi herhangi bir zorunlu sigortaya dahil olmadan prim ödemek suretiyle sağlık sigortası kapsamına dahil olunmaktadır ve devlet güvencesi sağlanmaktadır<sup>14</sup>.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılanlar;

Yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden;

1. Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
2. Kamu idarelerinde çalışanlar;
  - Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili kanunlarında Devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,
  - Cumhurbaşkanı, başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il daimi komisyonu üyeleri,
  - Memur statüsünde iken, bu kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikaların veya sendika konfederasyonlarının yönetim kurullarına seçilenler,

<sup>13</sup> Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)

<sup>14</sup> Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)

- Askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar,
- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,

3. Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

- Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,
- Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar<sup>15</sup>
- Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,
- Tarımsal faaliyette bulunanlar,
- İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

4) Hizmet akdine tabi olanların veya kamu idarelerinde çalışanların veya köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlardan;

- Yeşil kart sahibi olanlar,
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile 65 yaş aylığı alan kişiler,
- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,

---

<sup>15</sup> Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)

- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı Köy Kanununa göre görevlendirilen geçici köy korucuları,
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar
- 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununa göre işsizlik ödeneği alanlar<sup>16</sup>
- 01.01.2007 tarihinden önce veya sonra ilgili kanunlar gereğince gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,
- Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanmayanlar, genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

### 1.6.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

Bağkur, SSK ve Emekli Sandığı kurumlarının 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal güvenlik kurumuna devredilerek kurulmuş olup, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bir kuruluşudur.

Temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir.

<sup>16</sup> Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)

Kurumun görevleri şunlardır:

- Sosyal güvenlik politikalarını ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak uygulamak ve bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmaktır.
- Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmaktır.
- Sosyal güvenlik alanındaki uluslararası gelişmelerin takibi, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliğinin gerçekleştirilmesi, diğer devletlerle oluşturulacak güvenlik sözleşmelerine bağlı yapılması gereken çalışmaların sürdürülmesi, yürürlükte bulunan devletlerarası anlaşmaların kurallara uygun bir şekilde işleyişinin gerçekleştirilmesini sağlamaktır<sup>17</sup>.

### 1.6.3. Özel Sağlık Sigortaları

Özel Sağlık Sigortası, sigortalanan kişinin hastalıklar veya kazalar sonucu oluşacak sağlık giderlerinin karşılanması için hazırlanmış kişiye özel planlardır. Poliçe hazırlanırken belirlenen sınırlar özel ve genel şartlara bağlı olarak sigortalıyı olası olumsuz durumlara karşı korumaktadır. Genel ve özel şartlar özel sağlık sigorta poliçelerinin en önemli unsurlarından birisidir. Bu sebeple kişiye en uygun poliçenin hazırlanması gerekmektedir. Poliçedeki genel şartlar bölümü pek çok özel sigorta şirketinde hemen hemen aynı olurken özel şartlar bölümünde sunulan hizmetler farklılıklar göstermektedir<sup>18</sup>.

Özel Sağlık Sigortaları, sigortalılarına diledikleri doktor veya sağlık kurumunda tedavi olma özgürlüğünü tanımaktadırlar. Sigorta şirketi, poliçenin içeriğine göre sigortalının karşılaştığı herhangi bir hastalık ya da bir kaza sonucunda ortaya çıkan ayakta tedavi veya yatarak tedavilerine ait masrafları karşılamayı taahhüt etmektedir.

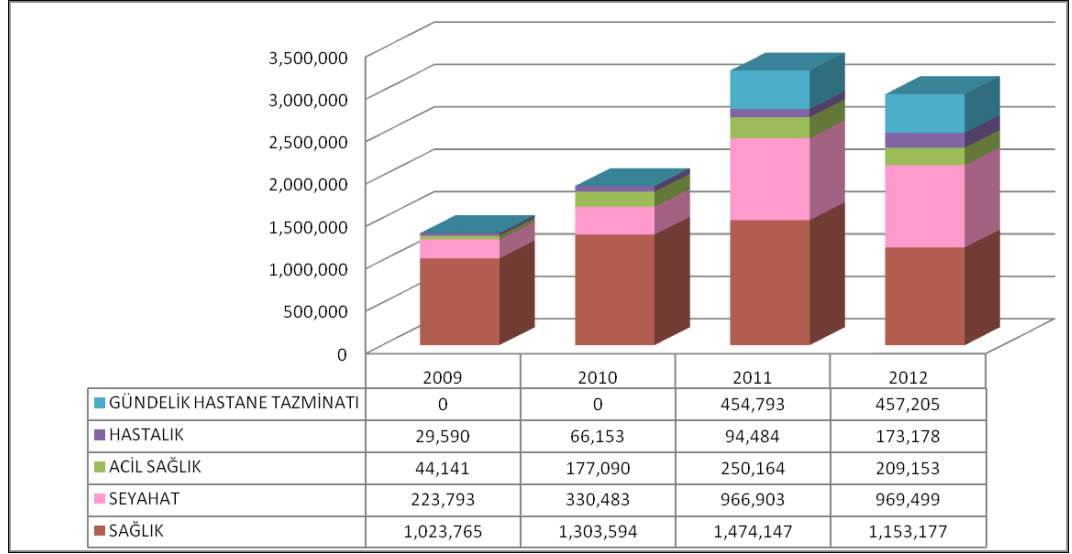
---

<sup>17</sup>Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*. <http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp> (Erişim Tarihi: 13.01.2013)

<sup>18</sup> Sergici E.(2001). Sigorta Ve Pazarlama& Makaleler. İstanbul:İsviçre Sigorta Yayınları

Bununla birlikte, poliçenin özel şartlar bölümünde tedavi için herhangi bir ülke kısıtlaması olmaması durumunda sigortalının farklı bir ülkede yapılacak olan tedavi masraflarını karşılamaktadır<sup>19</sup>.

**Grafik 1: Sigortalı Sayısı Dağılımı (31.12.2012 itibari ile)**

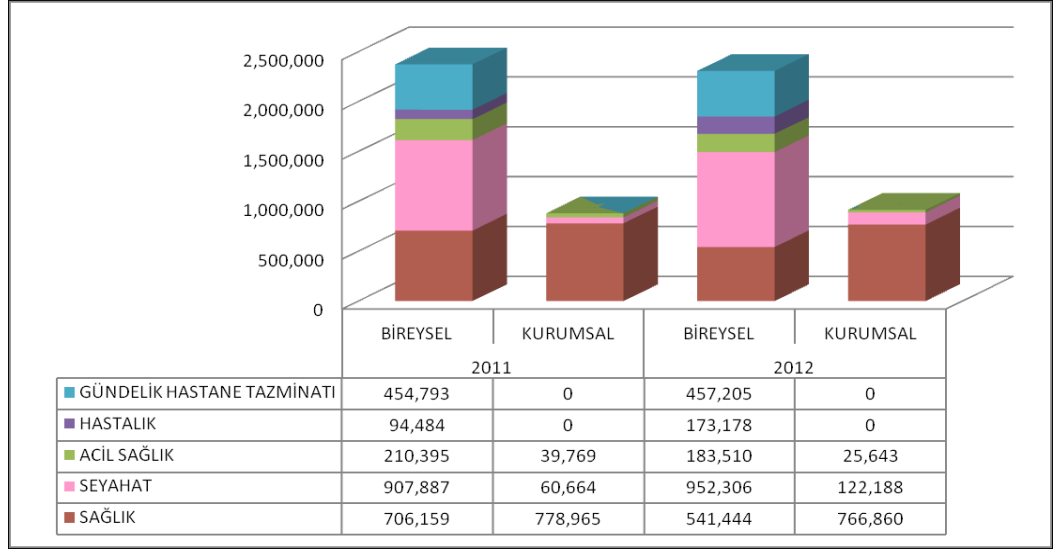


**Kaynak:** Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.

[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 24.03.2013)

<sup>19</sup> Sergici E.(2001).a.g.e.

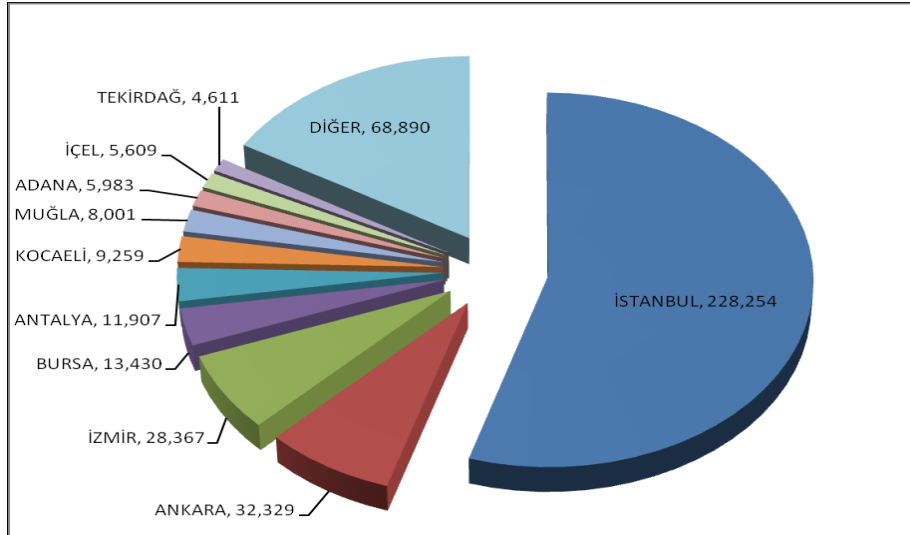
**Grafik 2: Ürün Grubu ve Poliçe Tipine Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı (31.12.2012 itibari ile)**



**Kaynak:** Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.

[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf) (Erişim Tarihi: 04.01.2013)

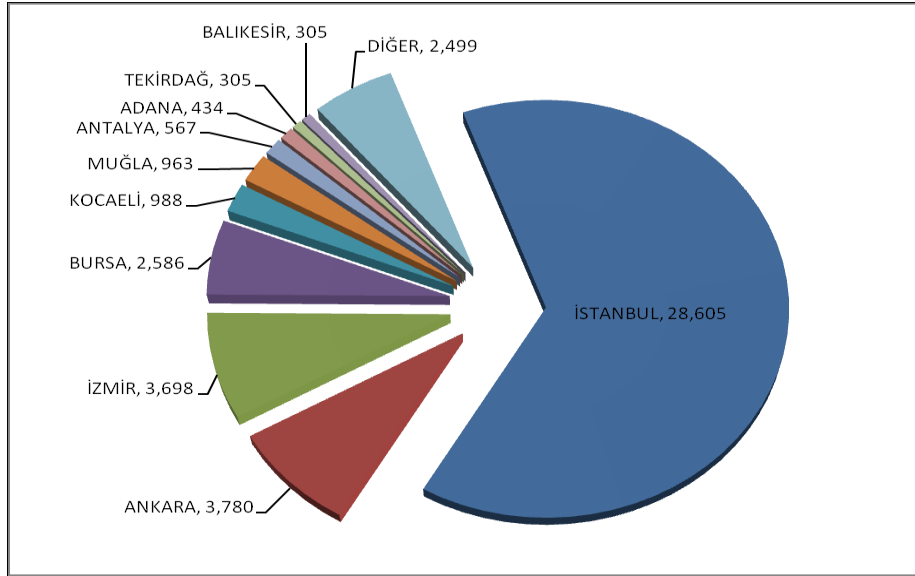
**Grafik 3: Bireysel Sağlık Sigortaları Poliçe Adetlerinin 2012 Yılı İller Dağılımı (31.12.2012 itibari ile)**



**Kaynak:** Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.

<http://www.sbm.org.tr/?p=sagmerIstatistik> (Erişim Tarihi: 01.04.2013)

**Grafik 4: Kurumsal Sağlık Sigortaları Poliçe Adetlerinin 2012 Yılı İller Dağılımı (31.12.2012 itibari ile)**



**Kaynak:** Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.

<http://www.sbm.org.tr/view/contentFil> (Erişim Tarihi: 01.04.2013)

### 1.7. Acente Kavramı

Ticaret Kanununun 116. maddesine göre ticari mümessil, ticari vekil, satış memuru müstahdem gibi tabi bir sıfatı olmaksızın bir mukaveleye dayanarak belirli bir yer veya bölge içinde devamlı bir şekilde ticari işletmeyi ilgilendiren akitlerde aracılık etmeyi veya bunları o işletme adına yapmayı meslek edinen kimseye acente denir<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Türk Ticaret Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/5.3.6762.pdf> Erişim tarihi:24.02.2013)

### 1.7.1. Türk Ticaret Kanunu Tasarısında Acente

Acente, ticari mümessil, ticari vekil, satış memuru veya müstahdem gibi tabi bir sıfat olmaksızın bir mukaveleye dayanarak muayyen bir yer veya bölge içinde daimî bir surette ticari bir işletmeyi ilgilendiren akitlerde aracılık etmeyi veya bunları o işletme adına yapmayı meslek edinen kimselere tanımlamaktadır.

- Bu fasılda hüküm bulunmayan hallerde aracılık eden acenteler hakkında tellallık hükümleri,
- Akit yapan acenteler hakkında komisyon hükümleri
- Bunlarda da hüküm bulunmayan hallerde vekâlet hükümleri tatbik olunur.
- Acentelerin yetki ve görevleri TTK'nin 8. Faslında "Acentelik" başlığı altında 119-132. maddelerinde ayrıntılı bir şekilde tanımlanmış;
- 117. Maddesinde ise "Uygulama Sahası" belirlenmiştir.

Buna göre Hususi kanunlardaki hükümler mahfuz olmak üzere bu fasıl hükümleri;

- Mukaveleleri yerli veya yabancı bir işletme hesabına ve kendi adına akdetmeye daimî olarak salahiyetli bulunanlar,
- Sigorta mukavelelerinin akdi hususunda aracılık edenler,
- Türkiye Cumhuriyeti içinde merkez veya şubesi olmayan ecnebi ticari işletmeleri nam ve hesabına memleket içinde muamelelerde bulunanlar hakkında tatbik olunur<sup>21</sup>.

Ticarî mümessil, ticarî vekil, satış memuru veya müstahdem gibi tâbi bir sıfatı olmaksızın bir sözleşmeye dayanarak muayyen bir yer veya bölge içinde daimi bir surette sigorta şirketlerinin nam ve hesabına sigorta sözleşmelerine aracılık etmeyi veya bunları sigorta şirketleri adına yapmayı meslek edinen, sözleşmenin akdinden önce

<sup>21</sup> Türk Ticaret Kanunu, Madde 117, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6102.html> (Erişim Tarihi 14.01.2013)



hazırlık çalışmalarını yürüten ve sözleşmenin uygulanması ile tazminatın ödenmesinde yardımcı olan kişidir<sup>22</sup>.

## **1.8.Sigorta Acentelerinin İşlevselliği**

Acenteler yaygın bir şekilde sigortacılık faaliyetlerini pazarladıklarından dolayı acenteler sunmuş oldukları hizmetlere iyi düzeyde hakim olmalı ve tanıtılmalıdırlar. Acentenin işlevselliğin önemi satış ve pazarlamanın çok etkin bir unsur olmasından dolayı gayet açıktır<sup>23</sup>.

### **1.8.1.Sigorta Pazarlaması Ve Acenteler**

Sigortacılık faaliyetleri en yaygın olarak acenteler aracılığı ile pazarlandığından acentelerin pazarladıkları hizmeti iyi tanımaları ve tanıtılmaları gerekmektedir. Satış ve pazarlama fonksiyonu içerisinde acentenin önemi de böylece ortaya çıkmaktadır<sup>24</sup>.

### **1.8.2.Acentelerin Bilgi Kaynağı Görevi**

Sigorta şirketleri gerek mevcut ürünleri ile ilgili gerekse doğrudan doğruya bu ürünleri satın almak isteyen hakiki ihtiyaç sahiplerinin talep ve gereksinimleri doğrultusunda acentelerin aktardıkları bilgiler ile deneyimlere dayanarak yenilikçi çalışmalar yapmaktadırlar<sup>25</sup>.

### **1.8.3. Rekabet Ortamında Kalıcı Olmanın Önemi**

Sigorta satın almak isteyenlerin sayısı acentelerin satış ve pazarlama çalışmalarına bağlı artmaktadır. Ayrıca acenteler sayesinde sigortacıların tüketici davranışları hakkında daha hızlı bilgiye erişimi sağlamakta ve piyasa koşullarında ortaya çıkan farklılıklara göre daha etkili kararlar alabilmektedir. Sigortacıların ulaşmak istediği amaç doğrultusunda, sahip oldukları ekonomik değerlerle finansal büyüklüğe erişmeleri yine bu paylaşım ve dağıtım ağı sayesinde gerçekleşmektedir<sup>26</sup>.

---

<sup>22</sup> Pekiner K.(1981) a.g.e

<sup>23</sup> Alpay T.(2001). Temel Sigortacılık ve Uygulamalı Hasar Yönetimi. İstanbul: Tavashlı Matbaacılık

<sup>24</sup> Alpay T. (2001) a.g.e

<sup>25</sup> Alpay T. (2001) a.g.e

<sup>26</sup> Alpay T. (2001) a.g.e

## İKİNCİ BÖLÜM

### ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI VE TÜRKİYE' DE YAPILANMASI

#### 2.1. Özel Sağlık Sigortaları

Türkiye'de Cumhuriyetin ilanından sonra siyasi ve toplum yapısına sosyal sağlık sigortası sistemi uygulanmıştır. Uygulamaya konan sosyal sağlık sisteminin temel kapsamı savaş sonrasında toplumu oluşturan fertlerin yaşam kalitelerinin artırılmasının yanı sıra ekonomik, sosyal ve kültürel ilerlemeler sağlamak olduğundan ABD ve Avrupa'ya göre ülkemizde özel sağlık sigortalarının gelişimi daha yavaş olmuştur. Sosyal güvenlik kurumlarının sigortalılara sunmakta olduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması ve sunulması gereken tedavi hizmetlerinin mali olarak karşılanamamasından dolayı özel sağlık kurumlarından hizmet alınmaya başlanmış veya hastalar masraflarını kendi bütçesinden ödemeye başlamışlardır. Bu durum hızla artan sağlık giderleri için bir risk paylaşım kurumu olan sigorta şirketlerinin, özel sigorta poliçelerinin gündeme gelmesine neden olmuştur<sup>27</sup>.

Türkiye'de kaza sigortası kapsamında bulunan özel sağlık sigortaları bu kapsamdan çıkartılarak hastalık sigortası haline dönüştürülmüştür. Özel sağlık sigortaları, kişilerin hayatları boyunca hastalık durumlarına karşın ekonomik zararların giderilmesi ve belirli bir oranda kar elde edilmesini amaçlamaktadır. Ülkemizde özel sağlık sigortalarında serbest ücretlendirme uygulanmakta olup teminat ve fiyatlar serbest piyasa ekonomisine göre belirlenmektedir. Bu durumun genel hatları "Hastalık sigortası genel şartları" ile devlet tarafından belirlenmiştir. Ayrıca özel sağlık sigorta şirketleri müşterilerine istedikleri sağlık hizmetlerine bağlı olarak eklemeler yaparak farklı hizmetler sunabilmektedirler<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Ulaş I.(2010). Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Güncelleştirilmiş 7. Bası, Ankara

<sup>28</sup> Ulaş I.(2010).a.g.e.

Genel anlamda toplumu oluşturan tüm fertlere özel sağlık sigortasının sunulması mümkündür. Ancak ülkemizde genellikle sigorta şirketleri sınırlı teminatlarla poliçeler sunmaktadır. Bunun nedeni mali derinliklerinin çok fazla olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayakta veya yatarak sunulan tedavi hizmetlerine göre sunulan sigorta poliçelerinde; yardımcı tıbbi malzeme giderleri, ambulans hizmetleri, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi hizmetler şirketler tarafından poliçenin cazip hale getirilmesi için sunulan ek hizmetlerdir. Bazı şirketler günlük tazminatlar şeklinde teminatlar verirken bazıları yıllık bazda poliçeler sunmaktadır. Teminatların pek çoğu kaza ve acil durumlar dışında bazı bekleme sürelerine tabi olup poliçenin devam etmesi halinde bu şart aranmamaktadır. Doğum teminatı genellikle bir yıllık bekleme süresine tabidir<sup>29</sup>.

Sigorta şirketleri genellikle sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparak sigortalılarının anlaşmalı kurumlardan hizmet almasını istemektedir. Bu durum sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak maliyeti düşürmektedir. Sigorta şirketi sigortalılarının tazminat ödemelerini direkt olarak bu kurumlara yapmakta bu sayede sigortalı için ödeme konusunda sıkıntı oluşmamaktadır. Anlaşmalı olmayan kurumlarda sağlık hizmeti alan sigortalılar hizmet karşılığı aldıkları faturaları ve sigorta kurumunun tazminat ödemesi için belirttiği belgeleri sigorta şirketine teslim etmesi durumunda tazminat ödemesini alabilmektedir<sup>30</sup>.

Özel sigorta şirketleri tarafından sunulan sağlık sigorta poliçeleri ferdi nitelik taşıdığından sigortalı kendi için prim ödeyerek bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri poliçeye dahil edilmemektedir. Sağlık hizmetini özel sigorta şirketi aracılığı ile almak isteyen aile bireyleri için sigortalı ayrıca belirlenmiş primleri ödemek zorundadır. Sigorta şirketinin, sigortalı adayını risk analizi yaparak sistemine dahil etmeme hakkı vardır. Her sigorta şirketi risk analiz sınırlarını kendisi belirler ve yaş, boy-kilo oranı, geçirilmiş hastalıklar, cinsiyet ve meslek bilgileri risk analizini etkilerler. Türkiye’de özel sağlık sigortası sistemine girmek isteyen sigortalı adayları için en büyük sorun; çifte prim ödeme durumudur. Ülkemizde sosyal sigorta sistemi uygulanmakta olup gelir sahibi her birey bu sisteme zorunlu olarak girmek ve prim ödemek zorundadır. Özel

---

<sup>29</sup> Sergici E. (2001). a.g.e

<sup>30</sup> Alpay T. (2001). a.g.e

sağlık sigortası aracılığı ile hizmet almayı seçtiği zaman sosyal sigorta sisteminden ayrılmak gibi bir şansı yoktur ve sisteme prim ödemeye devam eder. Bu durumda sosyal sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmamakta ama prim ödemeye devam etmektedir<sup>31</sup>.

### 2.1.1. Sağlık Sigortası Kavramları

Bu kavramlar aşağıda ki gibidir<sup>32</sup>;

**Sağlık sigortası sözleşmesi:** sigortalının sigortaya kabulüne, sigortasının yenilenmesine, sigortadan ayrılmasına, sigorta primlerinin ödenmesine, sigortalı/sigorta ettirene ödenmesi gereken tazminat ve diğer ödemelere ilişkin esaslar ile tarafların diğer hak ve yükümlülüklerini düzenleyen; esas olarak sigorta ettiren ve sigorta şirketinin taraf olarak yer aldığı sözleşmedir.

**Tamamlayıcı sağlık sigortası:** Kamu sağlık sigortalarından hizmet alan kişinin teminat kapsamı dışında kalan sağlık riskini, teminat kapsamına alan bir özel sağlık sigortasıdır.

**Yenileme Güvencesi:** Sigorta şirketinin yapacağı değerlendirme sonucunda, aralıksız üç yıl süreyle sigortalı olanların sağlık sigortası sözleşmelerini, önceden belirlenen süre boyunca yenileme taahhüdüdür.

**Seyahat Sağlık Sigortası:** ulaşım yollarından herhangi birisini kullanarak yurtiçinde, yurt dışına veya yurt dışından ülkemize seyahat edenleri, seyahatleri esnasında karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı koruyan bir özel sigorta türüdür.

**Yıllık sağlık sigortaları:** sigorta başlangıç tarihinden itibaren bir yıl boyunca oluşan hastalıklar ve/veya kaza sonucu yaralanmalar ile ilgili tedaviler için gerekli masraflar ile varsa gündelik tazminatları sağlık sigortası sözleşmelerinde yazılı meblağlara kadar karşılayan bir sigorta türüdür.

**Uzun Vadeli Sağlık Sigortası:** süresi bir yılı aşan sağlık sigortalarıdır.

---

<sup>31</sup> T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. *Sigortacılık*. <http://www.hazine.gov.tr/default.aspx?nsw=EilDPQez15w=-H7deC+LxBI8=&mid=99&cid=15&nm=35#> .( Erişim Tarihi 14.01.2013)

<sup>32</sup> Alpay T.(2001). a.g.e

**Alternatif Tıp:** Geleneksel tıp dışında Akupunktur, Çin tedavisi, homeoterapi, ayurveda, bitkisel tedavi, biyoenerji vb. gibi batı medikal sistemi tarafından henüz kabul görmemiş teknik yöntemler ve disiplinler.

**Anlaşmalı Sağlık Kurumu:** Sigortacı ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalıların kartlarını kullanarak veya Sigortacıdan provizyon alarak limitleri dahilinde ücret ödemediği hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi ve doktor muayenehaneleridir. Anlaşmalı kurumlarda herhangi bir nedenle sigortalıların giderlerini kendilerinin karşılaması halinde Anlaşmalı Sağlık kuruluşunun Sigortacı için belirlediği fiyat indirimleri uygulanır.

**Ayakta Tedavi:** Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde yapılan doktor muayene, ilaç, teşhis yöntemleri gibi tedavilerdir.

**Beyan Yükümlülüğü:** Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğidir.

**Hastanede Yatışı Gerektirmeyen Durumlar:** Ayakta tedavi ile tespit/tedavi edilebilecek ve gözlem altında bulunmayı gerektirmeyen durumlar.

**Komplikasyon:** Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

**Konjenital Hastalık:** Kişinin doğuşu ile varolan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikayetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

**Kronik Hastalık:** Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

**Özel Şartlar:** Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen hükümlerin dışında sigorta ettiren/sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

**Rücu:** Sigortacının ödediği tedavi masrafları nedeniyle, Sigortalının üçüncü şahıslar nezdinde tüm yasal haklarının sigortacıya geçmesidir.

**Sağlık Beyanı:** Başvuru/yenileme formunda belirtilen sağlık durumu ile ilgili sorular doğrultusunda sigortalının veya sigorta ettirenin sigortalı adına vermiş olduğu cevaplardır.

**Yatarak Tedavi:** Tanı ve tedavinin sigortalının hastanede yatmasını ve gözlem altında bulundurulmasını gerektirdiği tedavilerdir.

## 2.2. Özel Sağlık Sigortası Kapsam ve Çeşitliliği

Sağlık sigortası poliçesi sağlık için değerli bir güvencedir. Sağlık sigortasından en iyi şekilde yararlanmak için dikkat edilmesi gereken en önemli konu, ihtiyaca uygunluk ve doğru teminatların seçilmesidir. Sağlık sigortası poliçeleri yatarak tedavi teminatı ile yatarak ve ayakta tedavi teminatlarından oluşmaktadır. Yatarak tedavi teminatı: Ameliyat, yoğun bakım ve doğum gibi hastanede yapılan tüm sağlık harcamalarını teminat limitleri dahilinde karşılar. Ayrıca yatarak tedavi teminatı kemoterapi, anjiyografi gibi diğer tedavi yöntemlerini de kapsar. Yatarak ve ayakta tedavi teminatı: Yatarak tedavi teminatı ve diğer tedavi yöntemleri ile birlikte doktor, ilaç ve tahlil gibi ayakta tedavi için yapılan tüm sağlık harcamalarını poliçe limitleri dahilinde karşılar<sup>33</sup>.

Sağlık Sigortası ve Poliçe Teminatları aşağıda ki gibidir<sup>34</sup>.

### ***Yatarak Tedavi Teminatları***

Cerrahi bir müdahale olsun veya olmasın yatılı tedavilerde; hastane yatak-yemek, refakatçi, operatör doktor ücreti, asistan doktor ücreti, anestezi, ameliyathane masrafları, sarf edilen tıbbi malzeme giderleri ve kullanılan ilaç giderleri poliçe limitleri dahilinde karşılanır.

---

<sup>33</sup> Erdoğan İ.(1993). İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetine Bağlı Karşı Tutum. İstanbul: Beta Yayınları

<sup>34</sup>Sağlık Sigortası Poliçe Teminatları. <http://www.sigortasi.info/saglik-sigortasi-policesi-teminatlari.html> (Erişim Tarihi 22.01.2013)

***Ameliyat giderleri teminatı:***

Sigortalının yatarak tedavisi sırasında ameliyat olursa ameliyathane masrafları, anestezi sırasında kullanılan malzemeler ,doktor ücreti bu teminat ile güvence altına alınır.

***Oda-yemek giderleri teminatı:***

Sigortalının hastanede yattığı her gün için oda ve yemek giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Refakatçi giderleri teminatı:***

Refakatçi kalınmasının tıbbi zorunluluk gösterdiği durumlarda refakatçi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***İlaç giderleri (yatarak) teminatı:***

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yatarak tedavisi sırasında kullanılan ilaçların giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Tanı giderleri (yatarak) teminatı:***

Doktorun hastalığı teşhis edebilmesi için gerekli gördüğü her türlü tanı birimleri giderleri bu teminatla poliçe limitleri dahilinde güvence altına alınır.

***Yoğun bakım giderleri teminatı:***

Sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yapılan yoğun bakım giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Hastane tedavi giderleri teminatı:***

Ameliyatsız yatışlarda ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması hekimce gerekli görülen ortopedik destekleyici ve korse, bandaj, sargı, pansuman, enjeksiyon ve benzeri giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Kara ambulansı giderleri teminatı:***

Sigortalının acil durumlarda sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi için kara ambulansı kullanılması halinde, bu teminat ile güvence altına alınır.

***Hava ambulans giderleri teminatı:***

Sigortalının acil durumlarda sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi için hava ambulansı kullanılması halinde gerçekleşecek giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Doğum giderleri teminatı:***

Doğum teminatı, poliçenin yürürlüğe girdiği ilk tarihten itibaren belirli bir süre sonra gerçekleşen doğumlar için geçerlidir. Bu süre sigorta şirketleri arasında farklılık gösterir. Sigortalının doğum sonrasında, sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi süresince bebek ile ilgili ilk doktor muayenesi, aşı ve ilaç giderleri, teminat tablosunda belirtilen doğum giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Küçük müdahale giderleri teminatı:***

Sigortalının yatarak tedavisi sırasında yapılan küçük müdahalelerin giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Doktor takibi giderleri teminatı:***

Sigortalının sağlık kuruluşlarındaki yatarak tedavisi sırasında doktor tarafından yapılan takip giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Doktor muayene giderleri teminatı:***

Sağlık Bakanlığından onaylı hastane ve sağlık merkezlerinde görevli veya özel muayenehane açma hakkına sahip ehliyetli doktorlarca yapılacak muayenelere ait giderler bu teminat ile güvence altına alınır.



***İlaç giderleri teminatı:***

Doktorun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve tazminat talep formunda belirttiği durumlarda; doktor reçetesinde belirtilen ilaç giderleri bu teminat ile güvence altına alınır. Reçetesiz ve küpürsüz alınan ilaç giderleri karşılanmaz.

***Tanı birimleri giderleri teminatı:***

Bir hastalık nedeniyle doktorun hastalığı teşhis edebilmesi için gerekli gördüğü her türlü tanı birimleri ( laboratuvar, radyoloji, kardiyoloji, nükleer tıp vb. ) giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Tahlil-röntgen giderleri teminatı:***

Doktorun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü durumlarda tahlil, röntgen giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***MR-Sintigrafi-Tomografi giderleri teminatı:***

Doktorun hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbben gerekli gördüğü durumlarda yapılan MR-Sintigrafi-Tomografi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Fizik tedavi giderleri teminatı:***

Hastalığın tedavisi için doktorun gerekli gördüğü fizik tedavilere ait giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Görüntüleme hizmetleri giderleri teminatı:***

Doktorun hastalığın teşhisi ve gerekli görüldüğü takdirde ileri tetkiki için istemde bulunduğu röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MR, anjiyografi, endoskopi, kolonoskopi, gastroskopi sintigrafi, odyografi ve benzeri ileri tetkik giderleri ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Laboratuvar hizmetleri giderleri teminatı:***

Doktorun, hastalığın teşhisi ve gerekli gördüğü takdirde ileri tetkiki için istemde bulunduğu tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Rutin kontrol ve diagnostik giderleri teminatı:***

Sigortalının rutin kontrolleri, şikayeti olmaksızın yapılan doktor muayeneleri, aşılar ve ön tetkikleri, alerji tanısı, göz muayeneleri, menopoz ve osteoporoz tanısı dahil, hekim tarafından istenen check-up amaçlı tetkikler ve doğum teminatı kapsamındaki kontrol amaçlı harcamalar, azalan bakiye şeklinde poliçe limitleri dahilinde bu teminat ile güvence altına alınır.

***Diğer Ek Teminatlar***

***Kazaen dış tedavisi giderleri teminatı:***

Trafik kazası sonucunda meydana gelen dış rahatsızlıkları için yapılan tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Suni uzuv giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavisinin suni uzuv gerektirmesi halinde, bununla ilgili giderler bu teminat ile güvence altına alınır.

***Kemoterapi tedavi giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan kemoterapi tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Anjiyografi giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan anjiyografi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Radyoterapi tedavi giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan radyoterapi tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Diyaliz tedavi giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan diyaliz tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Rehabilitasyon giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan rehabilitasyon giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Tıbbi danışmanlık giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan tıbbi danışmanlık giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Yurt dışı tedavi giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavileri sırasında yapılan yurt dışı tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Evde bakım giderleri teminatı:***

Sigortalının tedavisinin evde yapılması gerekli görüldüğü hallerde yapılan tedavi giderleri bu teminat ile güvence altına alınır.

***Sağlık Sigortası İndirimleri***

Aile indirimi: Ailenizle birlikte sağlık paket poliçesi satın alırsanız, aile indiriminden yararlanabilirsiniz.

### ***Kapsam Dışı Uygulamalar***

Sağlık Sigortalarında da diğer tüm sigortalarda olduğu gibi güvence altında olan ve olmayan haller özel ve genel şartlar ile belirtilmiştir. Sağlık Sigortası genel şartları her sigorta şirketi için aynıdır. Özel şartlar ise şirketler arasında farklılık gösterir.

Bir hastalık kapsam dışı bırakılırken genelde şöyle maddeler olabilir:

Sağlık sigortası X hastalığının teşhisinden itibaren 1 sene süreyle kullanılamaz,

Sağlık sigortası X hastalığının teşhisinden itibaren 2 sene süreyle kullanılamaz,

Sağlık sigortası X hastalığının tedavisinde ömür boyu kullanılamaz,

**Kapsam dışı olan hastalıklara örnekler:** Sinüs ameliyatı, Menisküs ameliyatı, Geniz eti ameliyatı, Burun kemiği eğriliği ameliyatı,

### ***Sebepleri:***

Bu hastalıklar ortaya çıktığı andan itibaren hemen ameliyat olmayı gerektirmiyor. Gerektirse bile kötü niyetli kişilerin sigorta şirketlerini suistimal etmeye çalışmasından ötürü 1,2 senelik blokeler konulabilmektedir<sup>35</sup>.

Genel şartlara göre Sağlık Sigortası kapsamı dışında kalan haller aşağıda belirtilmiştir<sup>36</sup>:

- Savaş ve savaş niteliğindeki hareketler ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Suç işlemek veya suç işlemeye teşebbüs etmek,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarma hali hariç, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakması,
- Deprem, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

---

<sup>35</sup> Alpay.(2001). a.g.e

<sup>36</sup> Alpay.(2001). a.g.e

- Nükleer rizikolar,
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile poliçede belirtilmiş olan kapsam dışı özel durumlar,

Sigortalının kaza sonucu acilen sağlık kuruluşuna yatırılmasını gerektiren haller dışında ferdi poliçelerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 günlük süre teminat dışıdır<sup>37</sup>.

- Sigorta başlangıç tarihinden önce, sigortalının varlığından haberdar olduğu, tetkik yaptırdığı ve tedavi gördüğü rahatsızlıklar, kazalar ve her türlü giderler,
  - Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar,
  - Kazaen yaralanma dışındaki her türlü estetik ve plastik cerrahi müdahaleler, kozmetik amaçlı tedaviler, bacak varisi tetkik ve tedavisi, tatlandırıcılar, şişmanlık tetkik ve tedavisi, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj vb., huzurevi, senatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları gibi poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar, alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler,
    - Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
      - Kısırlık tetkik ve tedavisi, medikal ve cerrahi her tür yapay dölleme, üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, her türlü sünnet, tıbben zorunlu olsun ya da olmasın her türlü kürtaj ve düşük giderleri, kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
        - Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikosel tetkik ve tedavilerine ait giderler,

---

<sup>37</sup> Erdoğan İ.(1993), a.g.e

- Sigortalı olunmadan önceki maluliyetler ve bunların gerektirdiği tedavi, ameliyat ve organ nakilleri ile doğuştan gelen anomali ve hastalıklara, büyüme ve gelişme geriliği tetkik ve tedavilerine ait giderler,
- Check-up mahiyetindeki doktor muayene tetkik giderleri ve periyodik kontroller,
- Psikiyatrik hastalık tedavisiyle ilgisi olsun veya olmasın psikotrop ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedavilerine ait giderler,
- Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofil pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası vb. sıhhi malzemeler; uyku apne cihazı, işitme cihazı, tekerlekli iskemle, ortopedik tabanlık, atel, dizlik, korse, diş protezleri benzeri yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları, tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
- Kuduz ve tetanos dışında kalan aşılar ve bu aşılarla ilgili test giderleri,
- Astım ve alerjik hastalıkların tetkik ve tedavi giderleri,
- Teminat dışı bir durum nedeniyle ameliyat ve doğum teminatı ile ilgili ödeme yapılmaması halinde, ödenmeyen durum için yapılan her türlü doktor, ilaç, tanı, oda-yemek-refakatçi harcamaları ve her türlü harcama,
- Gebelik ve doğumla ilgili ya da onların neden olduğu rahatsızlıklara ilişkin her türlü doktor muayene, tetkik ve tedavi giderleri, hamilelik süresince yaptırılan muayene ve tetkik giderleri,
- AIDS ve HIV virüsüne bağlı hastalıklar ile zührevi hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,
- Organ, doku nakillerinde organ ya da dokusu alınan kişinin masrafları, organ ya da doku ücretleri, organ ve dokunun ulaşım masrafları,
- Tehlikeli sportif faaliyetlere (binicilik, sürücülük, dağcılık, dalgıçlık, paraşütle atlama vb.) ve profesyonel veya amatörce her türlü müsabakaya ve antremana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıkların tetkik ve tedavilerin giderleri,

- Reçetesiz, faturasız ve küpürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğer masraflar,
- Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım ve sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması ile ilgili masraflar,
- Diş teminatı olmayan poliçelerde hangi nedenle olursa olsun diş, diş eti ile diş tedavisini de içine alan çene cerrahisine ilişkin tüm giderler,
- Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri (gözlük, çerçeve, lens giderleri, gözlük teminatı olan poliçelerde bu teminattan karşılanır),
- Gözde kırılma kusurunun (miyopi vs.) giderilmesine yönelik müdahaleler,
- Kronik böbrek hastalıkları için uygulanan renal dializ giderleri,
- Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
- Sedef, siğil, akne (sivilce), lipom, kist sebace (yağ bezesi), nevüs (ben), horlama ve uyku apne sendromu, epilepsi (sara), menopoz ve komplikasyonlarının (kemik erimesi vb.) tetkik ve tedavilerine ait giderler.

### 2.3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ

Genelde sağlık sigortalarının kapsadığı teminatlar çok çeşitlidir. Ülkemizde ve yurt dışında satılmakta olan çok değişik ürün türleri mevcuttur. Üstelik bu ürünler, değişen ihtiyaçlar, günün koşulları ve geçmişte ortaya çıkan aksaklıklar nedeniyle sürekli olarak değişmekte ve yepyeni ürünler ve teminatlar ortaya çıkarmaktadır. Ülkemizde, enflasyon nedeniyle bugüne kadar uzun süreli sağlık sigortaları, özel sağlık sigorta şirketlerince gündeme getirilememiştir. Sağlık sigortalarını, tüm çeşitliliğine rağmen, teminatların özelliği açısından, iki ana başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar<sup>38</sup>;

<sup>38</sup> Güvel E.A ve.Güvel A.Ö. (2002). Sigortacılık. Ankara: Seçkin Yayınevi

### ***Tedavi masrafları teminatı:***

Bu türde, kişinin hastalığı nedeniyle yapılan teşhis ve tedavi masrafını karşılamak amaçlandığından, ödemelerde faturalar esas alınır. Yapılan harcamadan, varsa iştirak ve muafiyet tutarları düşüldükten sonra sigortalıya tazminat ödenir. Ameliyat teminatı bu grup içinde yer alır ve ameliyat faturası, yukarıda belirtilen hususlar göz önüne alınmak suretiyle sigortalıya ödenir.

### ***Gündelik veya olay başına teminat:***

Bu türde ise yapılan masraf göz önüne alınmaksızın sigortalıya, poliçede belirtilen olay başına bir meblağın ödenmesi söz konusudur. Buna örnek olarak da gündelik hastane sigortasını gösterebiliriz. Sigortalı, hastanede yattığı gün sayısı kadar bir tutarı almaya hak kazanır. Bu tutar gerçek masrafın altında veya üzerinde olabilir. Bu tür sağlık sigortaları, ödeme işleminin kolaylığı açısından olduğu kadar primin hesaplanması bakımından da oldukça basit bir sağlık sigortası türüdür. Ancak, yapılan gerçek harcamayı karşılayamama ihtimali, bu türün yaygınlaşmasını engellemektedir.

Yapılan harcamayı esas alan sağlık sigortaları, içerdikleri teminatlar açısından çok çeşitli olabilirler. Bu teminatları da kabaca iki bölümde toplamak mümkündür<sup>39</sup>.

1. Ayakta teşhis ve tedavi teminatları
2. Yatarak Teşhis ve tedavi teminatları

Ayakta teşhis ve tedavi teminatlarının en belirgin özelliği, hasarların çok daha sık ve nispeten küçük meblağlar olmasıdır. Doktor muayenesi, ilaç, tahlil, laboratuvar gibi teminatları içeren bu türde, ortaya çıkan yüksek hasar frekansını azaltmanın bir yolu da sigortaya muafiyet uygulanmasıdır. Ayakta tedavi ve yatarak tedavi teminatlarının bir arada temin edilmesi de oldukça yaygındır. Ayrıca, analık(hamilelik), diş tedavisi, ambulans hizmetleri gibi teminatları da bunlara eklemek ve sigortanın kapsamını iyice genişletmek mümkündür.

---

<sup>39</sup> Avcı A. (1997).Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı. İstanbul: Melisa Matbaacılık



Yurtdışında tedavi teminatı da günümüzde oldukça talep gören ek teminatlar arasında yer almaktadır<sup>40</sup>.

Yatarak teşhis ve tedavi teminatlarının özelliği ise, kolayca tahmin edileceği gibi, daha düşük bir hasar frekansı ve fakat çok daha yüksek tutarlarda ödemelerdir. Hastanede tedavi, ameliyat, oda, yemek, konsültasyon giderleri gibi teminat türleri bu kategoriye girer. Yatarak teşhis ve tedavi teminatları içerisinde yer alan ve günümüzde oldukça yaygın hale gelen bir başka sağlık ürünü ise yüksek limitli hastane teminatı sigortasıdır. Burada amaç çok masraflı ameliyatları (örneğin kalp veya beyin ameliyatları) ve bunula ilgili diğer pahalı harcamaları karşılamak olduğundan, primi ucuzlatabilmek için muafiyet tutarı oldukça yüksek tutulmakta ve böylece nispeten küçük harcamaların sigortalı tarafından ödenmesi gerekmektedir<sup>41</sup>.

## 2.4. ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDAKİ BAŞLICA RİZİKO TÜRLERİ

Özel sağlık sigortalarının içerdiği başlıca riziko (teminat) türleri aşağıda sıralanmıştır<sup>42</sup>:

- Doktor muayene giderleri teminatı
- İlaç giderleri teminatı
- Tahlil ve laboratuvar giderleri teminatı
- Teşhis giderleri teminatı (Röntgen, MR, Ultrasonografi gibi)
- Hastane oda ve yemek giderleri teminatı
- Hastanede tedavi giderleri teminatı
- Refakatçi giderleri teminatı
- Acil tıbbi ulaşım giderleri teminatı
- Diş tedavisi giderleri teminatı
- Doğum giderleri teminatı

---

<sup>40</sup> Avcı A. (1997). a.g.e.

<sup>41</sup> Avcı A. (1997). a.g.e.

<sup>42</sup> Çuhacı Y.K. (2004). Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, Milli Reasürans T.A.S. İstanbul: Ceyma Matbaacılık

- Protez giderleri teminatı
- Gözlük giderleri teminatı
- Organ nakli giderleri teminatı

Yukarıda sayılan bu teminatların dışında, tıbbi gelişmelere ve ihtiyaçlara paralel olarak yeni teminat türlerinin eklenmesi de mümkündür. Bunlar da aşağıda incelenecektir<sup>43</sup>.

#### **2.4.1. Tehlikeli Hastalıklar Sigortası**

Bu sigorta türü, yeni ve gelişen bir sigorta ürünü olmasına karşılık tüm dünyada büyük pazar potansiyeli olan sigorta ürünleri arasında yer almaktadır. Sigortalı, poliçede belirtilen ölümcül ve tehlikeli nitelikteki hastalıklara yakalanma rizikosuna karşı güvence altına alınmaktadır. Tehlikeli hastalık sigortalarında teminat kapsamındaki hastalıkların tanımının yapılması, belirli ve kesin olarak belirtilerinin bilinmesi hem risk kabulü hem de hasar değerlendirmelerinde önem arz etmektedir. Bu yüzden, sigorta sözleşmelerinde kapsam altına alınan hastalıkların tanımına genelde yer verilmektedir. Önceleri kanser, kalp krizi ve inme (felç) gibi hastalıklar teminat altına alınırken sonraları diğer hastalıklara göre daha zor iyileşebilen ve ağır seyreden hastalıklardan böbrek yetmezliği, organ nakli ve by-pass ameliyatı da eklenmiştir. Kapsam altına alınabilen diğer hastalıklar ise körlük, paralezi/parapleji, kalp kapakçığı değiştirilmesi, multiple skleroz, parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı ve ağır yanıklardır<sup>44</sup>.

Hastalık sigortalarından farklı olarak tehlikeli hastalıklar sigortalarında hastalık sonucu oluşan masrafların tazmini veya gelir kaybının telafi edilmesi amaçlanmamakta ve sigortalının maluliyetle ilgili belirli koşulları yerine getirmesi gerekmemektedir. Hastalık sigortalarında tazminat ödemesi, risk gerçekleştiğinde sigorta sözleşmesi kapsamındaki teminatlar çerçevesinde sigortalının tedavi masraflarını karşılanması amacı ile yalnızca bu masraflar

---

<sup>43</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

<sup>44</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

kadar yapılırken, tehlikeli hastalıklar sigortalarında riziko gerçekleştiğinde, yani tehlikeli hastalığın teşhisinde toplu bir meblağ ödenmektedir<sup>45</sup>.

Bu ürünlerde anti seleksiyonun yüksek oranda mevcut olabileceği ihtimaline karşı sigorta şirketlerinin bekleme ve erteleme süresini kullandıkları görülmektedir<sup>46</sup>.

**Bekleme Süresi:** Bugüne kadar elde edilen deneyimlerde, uygulanan sıkı riziko kabul politikasına rağmen tehlikeli hastalıklar sigortalarında anti seleksiyon olasılığının hayat sigortalarında olduğundan daha büyük oranda olduğu belirlenmiştir. Bu yüzden, sigorta başlangıç tarihinde mevcut olan hastalıkların neden olacağı tazminat taleplerinden kaçınmak için bu teminata bir ön bekleme süresi konulması gereği ortaya çıkmaktadır. Bu bekleme süresinin uzunluğu, pazarlama ve riziko kabul açısından çelişkiler yaratmaktadır. Pazarlama açısından uzun bekleme süresi çekici olmamakta, buna karşın riziko kabul açısından bekleme süresinin uzunluğu önem taşımaktadır. Genellikle tehlikeli hastalık teminatında 60 günlük bir bekleme süresi öngörülmektedir. Bekleme süresinin 90 günden daha fazla olması az rastlanan bir uygulamadır<sup>47</sup>.

**Erteleme Süresi:** Tehlikeli hastalık teminatının ölüm teminatına ek olarak verildiği durumlarda hayatta kalma süresinin (erteleme süresinin) belirlenmesi gerekmektedir. Bunun ana sebebi, ölüm hasarı ile tehlikeli hastalık hasarını tam olarak birbirinden ayırabilmektir. Genellikle bu sürenin 1 ay olması uygundur<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

<sup>46</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

<sup>47</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

<sup>48</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

## 2.4.2. Seyahat Sağlık Sigortası

Seyahat sağlık sigortaları ulaşım yollarından herhangi birisini kullanarak yurt içinden yurt dışına veya yurt dışından ülkemize seyahat edenleri, seyahatleri esnasında karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı koruyan bir özel sağlık sigortası türüdür. Seyahate çıkan kişilerin, planlanan seyahat süresi dışında kalmaması kaydıyla, buldukları ülkede ya da bölgede poliçenin geçerlilik tarihleri arasında başlarına önceden öngörülemeyen bir olayın meydana gelmesi sonucunda karşılaşacakları sağlık risklerine karşı poliçede belirtilen teminatlar çerçevesinde sağlık giderleri sigorta şirketlerince karşılanır. Kişinin seyahati bittiği anda poliçenin geçerliliği de sona erer. Seyahatler kısa süreli olduğundan bu sigorta türü en kısa sigorta türüdür. Primi de diğer sağlık sigortası türlerine göre daha düşüktür<sup>49</sup>.

Seyahat sağlık sigortası satın alan kişinin, seyahate gidemediği durumlar içinse, poliçe başlangıç tarihinden en geç 24 saat önce haber verilmesi ve poliçenin sigorta şirketine ulaştırılması kaydıyla poliçe iptal edilir, ödenen sigorta primi geri verilir<sup>50</sup>.

### 2.4.2.1. Seyahat Sağlık Sigortasının Süresi ve Teminatların Başlaması

Bu Sigorta Sözleşmesi, primin tamamının peşin olarak ödenmesi ve poliçenin düzenlenmesi ile geçerli olacaktır. Yolculuk başladıktan sonra düzenlenen Sigorta Sözleşmesi, prim ödenmiş olsa dahi geçersizdir. Sigortanın süresi yurt dışına yapılan seyahatler için ülkemiz sınırlarından çıkıldığı an başlar, ülkemiz sınırlarına girildiği an sona erer. Yurt dışından yapılan seyahatler için sigorta süresi ülkemiz sınırlarına girilince başlar yine ülke sınırları dışına çıkıldığı an sona erer. Yurt içinde yapılan seyahatlerde ise

---

<sup>49</sup> Uralcan S. (2006). Temel Sigorta Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi. İstanbul: Bilyay Yayınları

<sup>50</sup> Uralcan S. (2006). a.g.e

sigortanın süresinin başlangıcı ve bitişi sigorta şirketlerince özel şartlarda belirtilir<sup>51</sup>.

#### **2.4.2.2. Kapsam ve İçerilen Teminatlar**

Seyahat sağlık sigortası teminatları şirketten şirkete değişmekle birlikte asgari olarak aşağıdaki teminatları içermesi beklenir ve bunları kapsayan bazı teminatlar aşağıda belirtilmiştir<sup>52</sup>.

##### ***Ani rahatsızlık ve hastalıklara ilişkin tıbbi tedavi teminatı;***

Sigortalının, bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması durumunda, Şirket; hastane, ameliyat ve tedavi masrafları ile ilgili doktorun yazdığı ilaçların masraflarını poliçe limitleri doğrultusunda öder.

##### ***Sigortalının tedavinin verilebileceği en yakın sağlık kuruluşuna seyahati veya nakli***

Sigortalının bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması durumunda, Şirket sigortalının tıbbi durumuna en uygun nakil aracıyla, en yakın tıbbi merkeze ulaşımını sağlar. Bulunulan tıbbi merkezde hastaya yapılacak tedavi için gerekli donanım ve tıbbi ekip yoksa Şirket sigortalının tıbbi durumuna uygun başka bir merkeze naklini sağlamakla yükümlüdür.

##### ***Sigortalının taburcu olduktan sonra ikametgâh adresine nakli;***

Sigortalının bu poliçe kapsamındaki ciddi hastalık veya ciddi yaralanma sonucu tıbbi bir merkezde yatarak operasyon gerektiren tedavisinin sona ermesini takiben taburcu olması durumunda, seyahate devam edemeyeceğine ve ikametgâh adresine dönüş için Sigortalının asıl seyahat için kullanmış olduğu

---

<sup>51</sup> Pekiner K.(1981). a.g.e.

<sup>52</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

taşıma aracını kullanamayacağına Şirket doktoru tarafından karar verilirse, Şirket, Sigortalıyı ambulans veya refakatçi doktor ve Şirket'in doktoru tarafından en uygun kabul edilen herhangi bir nakil aracıyla ikametgah adresine nakli için gerekli giderleri karşılayacaktır. Naklin yapılabilmesi için, tedavi eden doktorun düzenleyeceği tıbbi rapor gerekmektedir.

### ***Vefat eden sigortalının nakli;***

Sigortalının bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması sonucu vefatı halinde Şirket; Cenazenin ikametgâh adresine naklini temin eder ve oluşan masrafları öder. Bu teminatlar dışında sigorta şirketleri ek teminatlar verebilirler.

### ***Genel İstisnalar;***

Sigorta şirketlerinin, dolaylı ya da dolaysız olarak aşağıdaki durumlardan meydana gelebilecek vakalarda hiçbir hizmet vermezler<sup>53</sup>:

- Poliçe kapsamında talepte bulunan Sigortalının hileli hareketleri,
- Sel, deprem, volkanik patlamalar, fırtına ve meteor düşmesi gibi doğal afetler sonucu ortaya çıkan zararlar,
- Terörizm, isyan ve ayaklanmalar, savaş,
- Silahlı kuvvetler veya güvenlik kuvvetleri veya örgütlerinin harekâtı,
- Nükleer radyo-aktivite sonucu ortaya çıkan olaylar,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Sigortalının kasıtlı hareketleri,

---

<sup>53</sup> Çuhacı Y.K. (2004). a.g.e

- Tıbbi reçete dışında alınan alkol, ilaçlar, zehirli maddeler uyuşturucular veya tıbbi ürünlerin gönüllü tüketimi ile ortaya çıkan hastalıklar veya patolojik durumlar,
- Poliçenin geçerlilik tarihleri arasında, öncesinde tanısı konmuş olsun veya olmasın, poliçe başlangıç tarihinden önce var olduğu, yetkili bir doktor tarafından tespit edilen tıbbi bir durum veya bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan akut kriz,
- Doğuştan olan hastalıklar (Gebelik esnasında oluşan veya genetik faktörlerden kaynaklanan hastalıklar).
- İntihar veya intihar teşebbüsü,
- Akıl hastalıkları, psikolojik rahatsızlıklar, salgın hastalıklar,
- Aşağıdaki sporların yapılması: hangi türden olursa olsun her türlü yarış, ralli veya benzeri denemeler, olta balıkçılığı dışında av faaliyetleri, tüplü ve serbest derin dalışlar, umumi yolcu taşımacılığı yapmak amacıyla tasarlanmamış deniz araçlarıyla uluslararası sularda dolaşma, binicilik, dağcılık, atış talimleri, boks, ne türden olursa olsun güreş sporları, dövüşme sanatları, paraşütçülük, sıcak hava balonculuğu, serbest düşme, yamaç paraşütü ve genel olarak tehlikeli olduğu bilinen her türlü spor veya eğlence faaliyeti,
- Spor federasyonları veya benzeri organizasyonlar tarafından düzenlenen yarışlara veya turnuvalara katılma,
- Bununla ilgili bir teminat verilmesi konusunda açıkça mutabakata varılmadığı sürece kayak,
- Yolcu taşıma yetkisine sahip olmayan bir hava taşıtının ve helikopterlerin bir yolcu veya mürettebat sıfatıyla kullanılması, motosiklet kullanımı,

### ***Genel Koşullar ;***

Herhangi bir talep halinde sigortacının tazminatı ödeme sorumluluğu ile sigortalının tazminat talep hakkı poliçenin koşullarına uymalarına bağlıdır. Sigortalı yine de, ülkesindeki Sosyal Sigortalar Sistemine göre veya eğer söz konusu ise bu organizasyonların veya kurumların yerini alan özel sistemlere göre hak talebinde bulunmak zorundadır ve bu teminat kapsamında hak kazandığı tutarları Şirkete geri ödemekle yükümlüdür. Bu Poliçe kapsamındaki talebi için Sigortalı<sup>54</sup>;

- Zararı asgariye indirmek için tüm makul tedbirleri alır.
- İstenen menfaatleri belirten talebi bildirmek için Şirket'e en kısa zamanda telefon eder.
- Şirket'e hizmetin tam olarak verilebilmesi için gerekli tüm bilgi ve belgeleri (hastane raporu, reçeteler, medikal tetkik raporları, makbuzlar, faturalar vb.) temin eder.
- Sigorta şirketi adı ve hesabına hiçbir ödeme, taahhüt, teklif veya sorumluluk kabulünde bulunamaz.

Şirket, aşağıdaki masraflardan sorumlu olmayacaktır:

- Şirket yetki vermeden, Sigortalı tarafından veya onun adına düzenlenmiş her türlü yardım faaliyeti ve masrafları.
- Seyahat sona erdikten sonra ve Sigortalı ikametgâh adresine döndükten sonra oluşan masraflar.
- Rapor/belge gerektiren teminatlar için gerekli evraklar verilmediği takdirde oluşan masraflar.

Şirket'in onayını alabilmek amacıyla Şirket'e ulaşamaması durumunda, Sigortalı kendisine en yakın acil tıbbi merkeze gidebilir. Bu durumda,

---

<sup>54</sup> Alpay T. (2001). a.g.e



Sigortalının muktedir olduğu andan itibaren azami 24 saat içinde aldığı hizmetler ile ilgili bilgi ve durumunu Şirkete bildirmesi gerekmektedir. Sigortalı olayı gösteren orjinal belge ve makbuzları Şirket'e ibraz etmekle yükümlüdür<sup>55</sup>.

#### 2.4.2.3. Seyahat Sağlık Sigortasının İşleyişi

Poliçesini alarak yurtdışına çıkan kişi gittiği ülkede rahatsızlanması durumunda sigorta poliçesi kapsamında yer alan limitler ve teminatlar dâhilinde varsa poliçede belirtilen sağlık merkezlerinde yoksa en yakın sağlık merkezinde mümkün olduğu ölçüde sigorta şirketinin bilgisi dâhilinde muayenesini olur. Muayene ve diğer tür faturalar ise sigorta şirketine daha sonra gönderilir ve sağlık merkezlerine ödeme sigorta şirketleri tarafından yapılır. Bu işlerde asistan firmalar vardır ki görev tanımları sigorta şirketlerine yardımcı olarak sigortalıların iş ve işlemlerini kolaylaştırmaktır. Asistan şirket verdiği asistanlık hizmetlerinde, grev, savaş, istila, yabancı düşman hareketleri, çatışma, iç savaş, ayaklanma, ihtilal, terörizm, askeri güç, şiddet kullanma, olağanüstü hal, radyoaktif veya buna benzer mücbir sebeplerden ortaya çıkan gecikme ve sonuçlardan ya da suçlamalardan sorumlu tutulamaz. Asistan şirket hiç bir durumda kendisini; polis, sivil savunma, itfaiye gibi resmi acil yardım kuruluşlarının yerine koyamaz. Bazı durumlarda Acil Durum kararını Asistan Şirketin Medikal Ekibi verecektir ve limiti aşan meblağlar Sigortalı tarafından karşılanır. Bedelleri Sigortalı tarafından ödenen ve asistan şirket tarafından organize edilen tüm tıbbi müdahalelerde, Sigortalıya tüm sorunların çözümünde asistan şirketin medikal ekibi veya diğer uzmanlar yardımcı olur. Sigorta şirketleri son zamanlarda asistan firmalara aşağıdaki gibi bir çok önemli işlemi devretmektedirler<sup>56</sup>.

- İlaç gönderilmesi,
- Acil mesajların gönderilmesi,
- Bilgi servisi,
- Hukuki danışma,

---

<sup>55</sup> Alpay T.(2001). a.g.e

<sup>56</sup> Alpay T.(2001). a.g.e

- Sağlık nakli,
- Vefat nakli,
- Nakit avans,
- Kefalet için avans ödeme,
- Refakatçi konaklama,
- Tedavi nedeniyle konaklama

Seyahat sağlık sigortası poliçeleri, 1 Haziran 2004 tarihinden itibaren tüm Schengen ülkeleri tarafından, vize müracaatları sırasında ibraz edilmek zorundadır aksi takdirde vize başvurusu yapan kişiye vize verilmemektedir. Bu poliçenin asgari olarak aşağıdaki unsurları içermesi talep edilmektedir<sup>57</sup>:

1. Tüm Schengen ülkeleri için geçerli olmalıdır,
2. Acil tıbbi müdahale ve hastanede acil yatılı tedavi masraflarını içermelidir,
3. Teminat limiti en az 30.000,-Avro olmalıdır.

### **2.4.3. Gelir Kaybı Sigortaları**

Gelir Kaybı Sigortası (GKS) kişiyi, onu çalışamaz duruma koyan bir hastalık sonucunda gelirsiz kalmasını önlemek için geliştirilen bir sigorta türüdür. Kişi hasta olduğu sürece işinden ayrı kalacak ve bu durumda para kazanamayacak ve yaşamını devam ettirememeye tehlikesi ile karşı karşıya kalacaktır. İşte GKS bu süre boyunca sigortalıya düzenli miktarlarda para ödeme garantisini sunan bir sigortadır. Çoğu zamanlarda ismi Kalıcı Maluliyet Sigortası, Gelir Koruma ya da Geliri Yerine Koyma Sigortaları olarak belirtilir. GKS temel olarak kişiyi gelirden mahrum kaldığı zamanlara karşı korumasını nedeniyle gelecek kaygısını ortadan kaldıran bir sigorta türü olup kişinin motivasyon problemi yaşamamasını önler bu da kişinin ekonomiye katkısını da en üst düzeye çıkarmaktadır. Çünkü işsiz kalan bir kişinin günlük yaşamını devam

---

<sup>57</sup> Alpay T.(2001). a.g.e

ettirememesinin yanı sıra aylık sabit giderlerini (elektrik, su, gaz, vb.) ödeyememe sıkıntısını GKS önleyecektir<sup>58</sup>.

#### 2.4.1.1 Kapsam

GKS sigortalıya hastalığı sürdüğü sürece, ölüncüye kadar ya da iyileşinceye kadar haftalık olarak ödeme yapmayı garanti etmektedir. Ödemeler genellikle sigortalı ile sigortacı arasında yapılan anlaşmalarla saptanmakta olup bu miktar hasta olunmadan önce elde edilen gelirin genellikle %50'si ile %75'i arasındaki bir miktara karşılık gelmektedir. Bu miktar devlet tarafından yapılan yardımı da içermektedir. Ödemeler genellikle 55, 60 veya 65 yaşına kadar devam etmektedir. GKS herkes için gerekli bir sigorta olmakla birlikte özellikle ailesine bakmakla yükümlü olanlar için, serbest meslek sahibi olanlar için ve hastalık nedeniyle uzun süre işinden ayrı kalacak işçilere ücret ödemek gibi bir maliyete katlanmak istemeyen işverenler için uygundur. Diğer taraftan, bazı işyerleri maluliyet nedeniyle bir süre sonra işine dönemeyenler için eski maaşlarının belli bir yüzdesini ödeme politikasına sahiptir. GKS bu tür iş yerlerinde çalışanlar için de yararlı bir sigorta türüdür<sup>59</sup>.

Diğer yandan Türkiye ile ilgili duruma bakarsak İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanındaki sorunlar, 2000'li yıllarda da çalışma hayatının en önemli sorunlarının başında gelmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınmaması nedeniyle meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarından işçiler olumsuz etkilenmektedirler. SSK verilerine göre, 2000 yılında 75 bin iş kazası olmuş, bunun sonucunda 1.818 sigortalı sakat kalmış, 1.173 sigortalı ise hayatını kaybetmiştir. 2001 yılında ise 72.367 iş kazası olmuş, bunun sonucunda 2.183 kişi sakat kalmış, 1.008 işçi ise hayatını kaybetmiştir. 1965-2000 yılları arası 35 yıla baktığımızda, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında sağlıksız bir tablo mevcuttur: 1965 yılından 2000 yılına kadar ülkemizde 4 milyon 645 bin iş kazası olmuştur. Bu dönemde 111 bin işçi sakat kalmış, 41 bin işçi iş kazalarında hayatını kaybetmiştir. Yine binlerce işçi meslek hastalıklarına yakalanmıştır<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> Sergici E. (2001) a.g.e

<sup>59</sup> Namer C. Ve Yunak H. (2000). a.g.e.

<sup>60</sup> Pekiner K. (1981) a.g.e.

2011 SGK verilerine göre ise 65.619 adet iş kazası (1.096 adedi ölümlü) gerçekleşmiştir.

İş kazaları nedeniyle sakat kalan, hayatını kaybeden işçilerle ilgili rakamlar, yalnızca sigortalıları kapsamaktadır. SSK 1999 verilerine göre 5.832.215 sigortalıya hizmet vermektedir. DİE verilerine göre toplam istihdam edilenler 21.727.000 kişidir. Dolayısıyla SSK verileri Türkiye geneli toplam istihdamın ancak yüzde 26.8'ini kapsamaktadır. Bu da pek çok çarpıklığı ortaya koyduğu gibi, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusundaki istatistiksel verilerin yetersizliğini de ortaya koymaktadır. Türkiye'deki kaçak işçi sayısının 4.5 milyon civarında olduğu düşünülürse, gerçekte iş kazaları rakamlarının var olanın çok üstünde olduğu anlaşılmaktadır <sup>61</sup>.

#### **2.4.3.2. Erteleme Dönemi**

Genel olarak, kazanılan para maluliyet nedeniyle anında azalmaz. Bu nedenle, GKS azalan parayı telafi etmek amacını taşıdığı için sigortalının ihtiyacına bağlı olarak değişen şekilde 4, 13, 26, 52, veya 104 haftalık erteleme dönemine sahiptir. Serbest meslek sahibi olma durumunda, çalışmama durumu farklılaşmaktadır. Gelir anında sona erer ve GKS ödemeleri anında başlaması gerekmektedir. Bu durumda kısa dönem içinde tazminat talebini araştırmak ve yönetmek pahalı olacaktır bu nedenle 7 günlük erteleme süresi uygulanır. Eğer çalışmama durumu 7 günden fazla sürerse ödemeler 1. günden başlayacaktır. Şirketler yapılacak olan ödemeleri almak için işe gitmemeyi önlemek amacıyla, en az 1 aydan daha uzun süreli süreli erteleme dönemi uygularlar <sup>62</sup>.

#### ***Gelir Kaybı Sigortası (GKS) Ödemeleri***

GKS poliçeleri maluliyet nedeniyle azalan geliri telefî etmek için düzenlenmeleri nedeniyle, tazminat sözleşmesine tipik ferdi kaza poliçesinden daha fazla yakındırlar. Toplu ödeme mümkün olmakla birlikte, çoğu sigorta poliçesi yalnızca haftalık ödemeler sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Maluliyetin derecesine bağlı olacak şekilde uygun bir ödeme oranı

---

<sup>61</sup> Araslı U. (2000). *Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*. Ankara: Turhan Kitabevi,

<sup>62</sup> Araslı U. (2000).a.g.e

belirlenemeyeceği için poliçelerde kısmi maluliyet hali genellikle kapsam altına alınmamıştır. Bazı şirketler ise kısmi maluliyetleri genellikle 6 aya kadar bir süre için kapsam altına almışlardır. Bunun nedeni ise sigortalıları bir an önce eski işlerine geri dönmelerine zorlamak veya tüm maluliyet dönemini takip eden iyileşme süresinde yardımcı olmaktır<sup>63</sup>.

### ***Ödemelerin Azaltılması***

Bazı poliçeler belirli bir süre içinde azalan ödemeler sunar. Örneğin, ilk 26 hafta için %100, ve sonraki zamanlarda %75 ödeme sunar.

Bu tür durumlarda, üç ila yirmi dört ay içinde benzer ya da aynı sebepten dolayı ortaya çıkan ikinci ödeme talebi bir öncekinin devamı kabul edilir. Bunun nedeni sigortalının işe dönmesini ve ardından tam oranlı bir ödeme talebinde bulunmasını önlemektir.

### ***Tamamlayıcı Faydalar***

Bunlar şu şekilde sayılabilir<sup>64</sup>:

1. Asansör ödemeler: ödemeler aralıksız olarak 12 ay boyunca yapıldıktan sonra, kalan tazminat sonlanıncaya kadar yıllık olarak belirlenmiş bir yüzdeye bağlı olarak ödeme miktarının artırılmasını anlatır.
2. Ödemelerdeki otomatik artışlar: ödemelerdeki artışlar otomatik olarak ya da sigortalının isteğine bağlı olacak şekilde garanti edilir.
3. Endekse bağlı olan ödemeler: ödemeler tüketici fiyatları endeksine ya da uygun başka bir endekse bağlı olarak artacaktır. Ancak buradaki maksimum artış miktarı %12'dir.
4. Kalıcı maluliyet: Poliçeler bu durumda sigortalı işinden kalıcı olarak ayrı kaldığı için bir defalık ödemelerde bulunacak şekilde düzenlenmiştir.

---

<sup>63</sup> Yazgan T.(1969) Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayıncılık

<sup>64</sup> Yazgan T. (1969) a.g.e

Bu tür artışların düzenlenmesinin nedeni sigortalı işine devam etmiş olsaydı ücretinde artışların meydana geleceği gerçeğidir.

### *İstisnalar*

Genel İstisnalar şu şeklide sıralanabilir<sup>65</sup>:

- Kasdi olarak kendine zarar vermekten kaynaklanan hastalıklar ya da yaralanmalar nedeniyle meydana gelen maluliyet durumları
- Doktor reçetesi haricinde kullanılan ilaçlara ya da alkole olan bağımlılıktan kaynaklanan hastalıklar ya da yaralanmalar nedeniyle meydana gelen maluliyet durumları
- Savaşlar
- Motor yarışları, avcılık veya ulusal ya da uluslar arası havayollarında yolcu olmak haricindeki havacılık faaliyetleri gibi tehlikeli faaliyetlerden doğan hastalıklar ya da yaralanmalar nedeniyle maluliyet durumları
- Bir suça bağlı olarak ortaya çıkan maluliyet
- Doğum ve hamilelik
- AIDS

### *Şartlar*

Şartlar şu şekilde açıklanabilir<sup>66</sup>.

- *Yaş*: Herhangi bir ödeme talebi kabul edilmeden kanıtlar sağlanmalıdır. Eğer doğum tarihi yanlış belirtilmişse ödenen primlerce belirlenenden daha fazla tazminat ödenmez.
- *Prim Ödemeleri*: Primlerin gününde ödenmesi şarttır. Eğer primler ödenmemiş olursa poliçe askıya alınır ancak ödenmeyen kısmın faiziyle birlikte ödenmesi şartıyla bir yıllık süre içinde tekrar işleme konulabilir.

---

<sup>65</sup> Yazgan T. (1969) a.g.e

<sup>66</sup> Yazgan T. (1969) a.g.e

- *Maluliyet:* Şartlar sigortacının tanımlarına bağlı olacaktır. Maluliyet bildirgesi şirket tarafından belirtilen süre içinde şirkete verilmelidir.
- *Meslek:* Eğer müşteri mesleğini değiştirmiş ya da herhangi bir mesleği icra etmeyi sonlandırmışsa poliçe ancak şirket tarafından belirtilen şartlar ve terimler çerçevesinde yürürlükte kalacaktır.
- *Ödeme Talepleri:* Uygun bir maluliyet bildirgesinin verilmesi ve maluliyetin erteleme dönemi boyunca devam etmesi durumunda, sigortacı müşterinin doktoruna, doldurması amacıyla tıbbi sertifika verir. Buradaki maliyet müşteri tarafından karşılanacaktır. Belirli aralıklarla daha başka belgeler de istenebilir ayrıca şirket isterse müşterinin şirketin kendi doktoruna da görünmesini isteyebilir.
- *Orantılı Ödemeler:* Eğer belirli bir dönem sonrasında sigortalı önceki işinden daha az çaba ve emek gerektiren bir işi yapabilecek duruma gelmişse, bu durumda ödemeler durdurulacaktır. Ancak önceki işine göre daha az ücret alması nedeniyle, birçok poliçe müşteriye şu anki ödenen ücretinin daha önce almış olduğu tam ücretten düşülmesi neticesinde kalan miktarı aşağıda belirtilen ödemenin kısıtlanması şartına dayalı olacak şekilde ödeyecek şekilde bir madde içermektedir.
- *Ödemelerin Kısıtlanması:* Müşteriye ödenebilecek toplam miktar onun ortalama kazancının 2/3'üdür. Bu miktara bazı sigorta şirketleri başka kaynaklardan alınan miktarları katarken bazıları katmamaktadır.
- *Yerleşke:* Çoğu poliçelerde şirketler poliçe sahibinin yurtdışında yaşaması halinde poliçenin şartlarının uygulanmayacağını belirtmektedir. Çünkü yurtdışındaki talepleri kontrol etmek o ülkede bir temsilcilik bulunmadığı sürece zordur. Herhangi bir nedenle üç aydan daha kısa sürelerde yurtdışında bulunulma sırasında poliçenin yürürlükte kalacağı kabul edilir. Fakat poliçe sahibi yurduna dönmediği sürece ödemeler yapılmaz. Bazı

şirketler poliçe sahibi önceden haber vermemesi halinde bazı ülkelere gidilmesi halinde poliçeyi anında yürürlükten kaldırabilmektedir.

- *Primden Feragat:* Prim ödemeleri tazminat talebi döneminde devam eder aksi takdirde poliçe yürürlükten kalkacaktır. Sigortacılar poliçelere bu dönem içinde primlerden vazgeçeceklerine ilişkin hüküm koyabilirler.
- *Maluliyetin Yeniden Ortaya Çıkması:* Eğer ödemelerin sona ermesinden sonraki üç ay içinde herhangi bir sebeple sigortalı tekrar tam anlamıyla bir önceki sebepten dolayı malul hale gelirse, ikinci maluliyet dönemi öncekinin devamı kabul edilecek ve ödemeler hemen başlatılacaktır.

#### **2.4.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları**

##### **2.4.4.1. Teminat Kapsamı**

Katkı payı hariç olmak üzere, kamu sağlık sigortaları tarafından karşılanan teminat kapsamı ve limitleri dışında kalan sağlıkla ilgili giderleri kapsayacak nitelikte, sigorta şirketi tarafından verilecek olan isteğe bağlı sağlık sigortalarını kapsar<sup>67</sup>.

##### **2.4.4.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekçesi**

Genel Sağlık Sigortası sisteminin, Anayasamızın 56. maddesi hükmüne rağmen, ülkemizde bugüne kadar kurulamamasının önündeki en büyük engel, finansal argümanlar olmuştur. Halen yürütülen çalışmalarda da en çok tereddüte ve tartışmaya konu olan husus da bu argümana dayanmaktadır. Nüfusun tümünü kapsayan, insan onuruna yaraşır nitelikte bir sağlık hizmeti sistemi kurmak için,

---

<sup>67</sup> Araslı U. (2002).a.g.e



gereken finansmanın boyutu ve ülkemizin kaynaklarının sınırlılıkları, konu üzerindeki her türlü hassasiyeti haklı çıkaracak düzeydedir. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamada karşılaşılabileceği risklere yönelik önlemlerin başlangıçta öngörülmesi gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortası, bu riski; kapsamını, hizmet fiyatlarını ve katkı paylarını belirlerken paylaşmak durumundadır<sup>68</sup>.

Genel Sağlık Sigortası'nın üzerindeki harcama baskısını dengelemek ve kontrol etmek için bazı araçlara gereksinimi bulunmaktadır. Bunlar;

- ✓ Prim gelirlerinin arttırılması,
- ✓ Genel Sağlık Sigortası kapsamının daraltılması,
- ✓ Fiyat tarifesinin düşürülmesi,
- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerinde başarılı olması,
- ✓ Provizyon sisteminin etkin şekilde kullanılması ve
- ✓ Kişilerin beklentilerinin “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” ile dengelenmesi olarak sıralanabilir.

Prim gelirlerinin arttırılması ve Genel Sağlık Sigortasının kapsamının daraltılması, özellikle siyasi açıdan uygulanması en zor seçeneklerdir. Fiyat tarifi ile oynamak suretiyle toplam harcamalar kontrol edilebilir. Ancak sağlık hizmeti maliyetlerinin yapısı buna sınır getirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetinde sağlanacak başarı, sağlıktan kazançlı çıkma anlamına gelmektedir, ancak çağımızın getirdiği yaşam koşulları ve yaşlanma, bu aracın da kullanım esnekliğini azaltmaktadır. Provizyon sistemi, gerek sosyal ve gerekse özel sigortacılığın maliyetlerini kontrolde, vazgeçilmez ve etkin bir araçtır. Ancak uygulamada sınırlı bir etkisi vardır. “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” ise, Genel Sağlık Sigortası'nın üzerindeki harcama baskısını dengeleme ve kontrol etmede yukarıdaki tüm araçların uygulama esnekliğini arttıran ve sistemin bir anlamda sigortası konumunda bulunan bir yapıya sahiptir<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Sigortam.net. *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. <http://www.sigortam.net/tamamlayici-saglik-sigortasi-teminatlari-nelerdir> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>69</sup> Sigortam.net. *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. <http://www.sigortam.net/tamamlayici-saglik-sigortasi-teminatlari-nelerdir> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

#### 2.4.4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Fırsatları ve Tehditleri

Türkiye’de “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” sayesinde beklenen fırsatlar ve sağlanacak yararlar şunlardır<sup>70</sup>;

- ✓ Mevcut Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması ve tüm vatandaşların Temel Teminat Paketinin güvencesine sahip olması Devlet için bir mali risk oluşturacaktır. “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” ile bu riskin bir bölümü özel sektör ile paylaşılacaktır.
- ✓ Temel Teminat Paketinin kapsamının çok geniş tutulmaması, Genel Sağlık Sigortasından oluşabilecek aşırı taleplerin “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” na kanalize olmasını getirecektir.
- ✓ Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskılar azalacaktır,
- ✓ Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırları genişleyecektir,
- ✓ Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından prospektif kontrol sağlanacaktır,
- ✓ Genel Sağlık Sigortasının provizyon süreci ve diğer harcama kontrol sistemlerinde ek yatırım yapmadan Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin deneyimlerini paylaşımı söz konusu olabilecektir,
- ✓ Hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayacaktır,
- ✓ Özel Sağlık Sigortaları, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşacak, ülkemiz sigorta sektörünün gelişimine katkı sağlanacaktır,
- ✓ “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” nın devreye girmesi ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlarla daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşılacaktır. Sonucunda, daha büyük bir kesimde

<sup>70</sup> Sağlık Sigortacımız *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. <http://www.sagliksigortacimiz.com/-saglik-bransinda-beklentiler-giderek-yukseliyor-> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağımlılığın artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacaktır,

✓ Provizyon sistemi, Genel Sağlık Sigortası tarafından ek yatırım yapılmadan paylaşılabilir, paylaşılacaktır,

✓ Temel Teminat Paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak Genel Sağlık Sigortası içinde “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” hizmetinin verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması ihtimalinin ortadan kaldırılması sağlanmış olacaktır.

## 2.5. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi

### Sigorta sözleşmesinin özellikleri

TTK'nın 1263. maddesinde göre sigorta sözleşmesi belirtilmiştir. Bu maddeye göre; *"Sigorta bir akittir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan bir tehlikenin (bir rizikonun) meydana gelmesi halinde tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebiyle veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır"*<sup>71</sup>.

### Sigorta Sözleşmesinin Nitelikleri

Sigorta akdi bir özel hukuk akdidir. TTK tarafından hazırlanan bir anlaşma olmasına rağmen tarafları birbirine karşı borçlandıran bir Borçlar hukuku anlaşmasıdır. Bu anlaşma ile her iki taraf birbirilerine karşı belirli yükümlülerinin olduğunu kabul etmiş olmaktadır. Ayrıca sigorta ivazlı bir anlaşma olmakla birlikte rızai bir akittir. Çeşitli şekil ve şartlara bağlı kalmayıp tarafların dürüstlük ve iyi niyet esasına bağlıdır<sup>72</sup>.

### Sigorta sözleşmesinin Yazılı olması

<sup>71</sup> Türk Ticaret Kanunu. Madde 1223. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6102.html> (Erişim Tarihi 22.01.2013)

<sup>72</sup> Unan S.(1998) Hayat Sigortası Sözleşmesi. İstanbul: Beta Yayıncılık

TTK.nun 1265. maddesi: "Sigortacı, sigorta ettirene sigorta mukavelesi gereğince, her iki tarafın sahip olduğu hak ve borçları gösteren ve kendi tarafından imza edilen bir sigorta poliçesi veya onun yerine geçmek üzere bir muvakkat sigorta ilmühaberi(geçici sigorta belgesi) ekleriyle beraber vermeye mecburdur. Sigortacı poliçe veya ilmühaberin ve eklerinin bir örneğini imzalayarak sigortalıya vermekle mükelleftir." Hükümü ile sigortacıya poliçe verme borcunu oluşturmuştur<sup>73</sup>.

### **Sigorta Sözleşmesinde Asgari Yazılması Gerekenler**

Sigortacının ve sigorta ettirenin ve varsa sigortadan faydalanan kimselerin ad ve soyadı veya ticaret unvanı ve ikametgâhları, sigortanın konusu, sigortacının üstüne aldığı rizikolarla bunların başlayacağı ve son bulacağı an, sigorta bedeli, primin tutarı ile ödenme /zamanı ve veri, sigortacının üstüne aldığı rizikoların hakiki mahiyetlerini tamamen tayine yarayacak bütün hallerdir<sup>74</sup>.

-Tanzim tarihi.

-Sigorta Genel Şartları.

### **Sigortacılık Kanununa Göre Sigorta Sözleşmesi**

Sigorta sözleşmesinin esas içeriği, müsteşarlık tarafından onaylıdır ve genel şartlara uygun olarak hazırlanmaktadır. Gerekli hal ve durumlarda sözleşmelere özel şartlar konulabilmektedir. Özel şartlar, sigorta sözleşmesindeki özel şartlar başlığında ayrıca bildirilerek tarafları mağdur durumda bırakmayacak şekilde detaylı bir şekilde açıklanmalıdır. Sigorta sözleşmesinin geçerli olduğu süre boyunca sigorta şirketi ve sigorta acenteleri sigorta ettiren, lehtar ve sigortalıyı detaylı bir şekilde bilgilendirmelidir. Uyulması gereken kurallar ve izlenmesi gereken yollar da yönetmelikte düzenlemiştir. Bir sigorta sözleşmesine hangi risk gruplarının dahil edildiği veya edilemediğinin belirtilmesi gerekmektedir. Dahil edilmeyen risk grupları teminat altına alınmış olmaktadır. Sigorta sözleşmelerinde yabancı kelimeler bulundurulamaz. Sözleşmenin geçerlilik süresi sigorta sözleşmesinin bir diğer

---

<sup>73</sup> Unan S.(19989). a.g.e

<sup>74</sup> Unan S.(19989). a.g.e

öğesidir. Geçerlilik süresi, sigortacının kabul ettiğini onaylaması ve sigorta yaptırana ulaşmasından itibaren başlamaktadır. Sigortacı ve sigorta ettiren bu sureye riayet etmek zorundadır. Sözleşmenin süre bitiminden evvel sonlandırmak kurallara aykırı bir durumdur. Bir trafik sigortası sözleşmesindeki geçerlilik süresi, sözleşmenin düzenlendiği gün saat 12.00'da başlar ve sözleşmenin biteceği gün saat 12.00'da sona ermektedir. Hayat sigortalarında Sigorta şirketi, hayat sigortalarına ait sözleşmelerin Hayat sigortalarına ilişkin sözleşmelerin yapılmasına dair teklifnamenin, sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde sigorta şirketi tarafından reddedilmemesi halinde sigorta sözleşmesi yapılmış olur<sup>75</sup>.

### **Sigorta Sözleşmesinde Uygulanacak Hükümler**

Emredici nitelikteki Hükümler, Akit(Sözleşme) Hükümleri, TTK'nin Sigorta Hukukuna dair hükümleri, Borçlar Kanunu, Ticari Hükümler, Ticari Örf ve Adet, Genel (Umumi) Hükümler.

Sigorta Akdinin Kuruluşu

Sigorta Akdinin Akit Serbestisi İlkesine Göre Kurulması

Sigorta Akdi rızai bir akit olduğundan sigorta ettirenin ve sigortacının karşılıklı ve birbirine uygun iradelerini serbestçe (yani icap ve kabul) bildirmeleri ile anlaşma sağlanmış olmaktadır<sup>76</sup>.

### **Sigorta Akdi Kurma Zorunluluğu**

Türkiye'deki özel sigorta hukukunda gerek kanunen gerekse kanun dışındaki bir takım iradi kullanımlardan kaynaklanan akit kurma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu durum neticesinde kurulan sigortalara Mecburi/Zorunlu

---

<sup>75</sup> Unan S.(19989). a.g.e

<sup>76</sup> Avcı A. (1997). a.g.e

Sigortalar denmektedir. Trafik ve doğal afet sigortaları Mecburi/Zorunlu Sigortalara en güzel örneklerdir<sup>77</sup>.

### **Sigorta Akdinin Yürürlüğe Girmesi**

Kural: Sigorta Akdi, primin veya ilk taksitinin ödendiği tarihten itibaren yürürlüğe girer (Akdin maddi başlangıcı). Başka bir ifadeyle, sigortacı, primin veya ilk taksitinin ödendiği tarihten itibaren gerçekleşen rizikolardan sorumlu olur. Sigorta Akdinin Yürürlüğe girişinde istisnalar<sup>78</sup>,

#### **1 – Kanuni İstisna**

Kara ve denizde mal taşıma sigortalarında sigorta akdi kurulduğu tarihte yürürlüğe girer. Yani sigortanın şekli başlangıcı ile maddi başlangıcı aynı tarihe başlar. Bu tarihten itibaren gerçekleşen rizikolardan sigortacı sorumludur.

#### **2- Akdi İstisna**

Sigorta akdinin primin veya ilk taksitinin ödendiği tarihte yürürlüğe gireceği kuralı sigorta ettiren lehine olmak üzere taraflarca değiştirilebilir.

### **Sigorta Akdinin Değiştirilmesi**

Taraflarca sigorta akdinin şartlarında yapılacak değişiklikler eskisine ek bir sözleşme(zeyilname) imzalanarak gerçekleştirilebilir.

### ***Sigorta Akdinin İspatı***

Sigorta akdinin ispatı için kural olarak yazılı delil gerekir. Yazılı delillerin başında poliçe gelir. Ancak poliçe, sigorta akdinin yegane ispat aracı değildir. Poliçenin yanı sıra zeyilname, mektup, telgraf, ticari defterler de sigorta akdinin ispatına yarayabilirler. Ayrıca sigortacının ikrarı da bir ispat vasıtasıdır.

---

<sup>77</sup> Avcı A. (1997). a.g.e

<sup>78</sup> Avcı A. (1997). a.g.e

### ***Sigorta Akdinin Hükümleri (Borç ve Sorumluluklar)***

Sigorta akdinin tam iki taraflı yani karşılıklı bir akit olması nedeniyle, taraflardan birinin borcu, diğerinin alacağını teşkil eder.

## **2.6. Özel Sağlık Sigortalarında Kabul Şartnamesi**

Sigorta şirketinin geliştirecekleri sağlık sigortası ürünlerinin, piyasa talebini karşılayabilecek nitelikte ve başarılı olabilmeleri için aşağıda belirtilen özelliklere sahip olmaları gerekmektedir<sup>79</sup>.

- Tarifelerin, piyasa gereksinimini karşılayabilecek şekilde düzenlenmiş olması,
- Sigortaya kabul (underwriting) işleminin profesyonelce yapılması,
- Ürünlerin pazarlamasının kontrollü bir biçimde yapılması,
- Tüm tazminat taleplerinin ve ödemelerin yakından takip edilmesi ve istatistiklerin kısa aralıklarla değerlendirilmesi,
- Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre, gerekiyorsa primlerde veya özel şartlarda düzeltmeler yapılması veya yeni ürünlerin üretilmesi.

Yukarıda sayılan özelliklerden en önemlilerinden biri, sağlık sigortalarında yapılacak sigortaya kabul işlemidir. Buna ait gerekli alt yapının, ürünlerin satışına başlanmadan önce hazırlanması gerekir. Alt yapıda en önemli husus ise sigortaya kabul koşullarının detaylı bir biçimde hazırlanmasıdır. Sigortaya kabul koşulları, ürünün türüne, içerdiği teminatlara, sigortanın ferdi veya grup olarak satılmasına göre farklı olması gerekmektedir. Ancak temel bazı kavramların her koşulda yer alması gerekir<sup>80</sup>.

Sağlık sigortalarında ferdi veya grup olarak satma arasındaki en önemli fark, ferdi satışta antiseleksiyonun daha yüksek oluşudur. Bir başka deyişle,

---

<sup>79</sup> Sergici E. (2001) a.g.e

<sup>80</sup> Sergici E. (2001) a.g.e

ferdi sağlık sigortası almak isteyen kişiler, genellikle sigorta ihtiyacı hastalıkları nedeniyle hissetmiş olan, yüksek rizikolu kişilerdir. Gruplarda ise, gruba dahil kişilerin sigortaya girmesi halinde böyle bir riziko mevcut değildir. Bu nedenle ferdi sağlık sigortaları için hazırlanacak sigortaya kabul koşullarının daha detaylı bir şekilde hazırlanması ve sigortaya kabulün daha titizlikle yapılması gerekmektedir<sup>81</sup>.

Sigortalının sağlık durumu hakkında elde edilecek ilk ipucu, başvuru formundaki sorulara verilen cevaplarla ortaya çıkacaktır. Bu nedenle başvuru formunun hazırlanması ve sorulması gereken sorular, büyük önem taşımaktadır. Başvuru formunun sonunda, kişinin doğru cevap vermesi açısından, sigorta yasaları ve genel şartlara göre ne gibi sorumluluklar taşıdığı da açıkça belirtilmelidir. Başvuru formları, sigortanın ferdi veya grup olmasına göre ayrı ayrı düzenlenmeli ve tabii ferdi sigortalar için daha detaylı bir biçimde hazırlanmalıdır<sup>82</sup>.

Buna karşılık, sigorta şirketlerinin kendi elemanlarını ve aracı kuruluşlarını, sigortanın özellikleri ve gereken formları doğru bir biçimde cevaplandırılmasını sağlayacak şekilde eğitmesi ve sigortalıya yardımcı olmasını sağlaması da gerekmektedir. İleride doğacak problemleri önlemenin tek yolu sigortalıyı en iyi ve en doğru biçimde bilgilendirmekle mümkündür<sup>83</sup>.

Piyananın yakından takip edilerek ürünlerde ve primlerde gerekli düzeltmelerin yapılması, sağlık sigortalarının en önemli özelliklerinden biridir. Buna bağlı olarak gerekiyorsa sigortaya kabul koşullarında ve başvuru formlarında da değişiklik yapılması uygun olacaktır<sup>84</sup>.

## **2.7. Özel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu Sistemine Geçme Nedenleri**

---

<sup>81</sup> uhacı Y.K. (2004) a.g.e.

<sup>82</sup> uhacı Y.K. (2004) a.g.e.

<sup>83</sup> uhacı Y.K. (2004) a.g.e.

<sup>84</sup> uhacı Y.K. (2004) a.g.e.



21. yüzyılda bilim ve teknoloji alanında inanılmaz derecede gelişmeler ortaya sağlanmaktadır. Bu yüzyılda bilgi kavramının önemi, ancak bilgiye sahip olanların uzun dönemde başarılı olacağına fark edilmiş olması ile anlaşılmıştır. Bilgiye en çok muhtaç olan alanlardan biriside sağlık alanıdır. Sağlık ise insan neslinin gelişiminde anahtar konuma sahiptir. Ülkeler, devamlılıklarını sağlayıp geleceklerini teminat altına alabilmek için sağlıklı nesiller yetiştirebilmek istemektedirler. Bu çalışma, bir ülkenin ekonomik ve sosyal alanda gelişmeler kaydedilmesi için sağlık politikalarının ne kadar önemli olduğunun ve bu alandaki uygulamalar ile uzun vadede elde edilecek olumlu gelişmeleri bildirmek amacıyla yapılmıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin ekonomik ve sosyal düzeylerini belirlemede önemli bir etken olan sağlık, Türkiye için de ekonomik büyümenin ana dinamikleri içerisinde yer almaktadır. Türkiye’de cumhuriyetin kurulması ile birlikte Refik Saydam döneminden itibaren, sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilk dönemlerde gereken önem tanınarak, sağlık kurumlarının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Devlet desteği ön planda tutularak hizmet yapılandırması ve uygulamaların nitelikli bir şekilde devamı sağlanmıştır ve ayrıca sosyal sağlık sistemini yönünde adımlar atabilmek için sağlık alanında gerekli olan mali destekler genel bütçeden sağlanmıştır. “Hükümet Tabiplikleri” isimli örgütün oluşturulmasındaki ilk adımlar bu dönemde atılmaya başlanmıştır<sup>85</sup>.

24 Ocak 1980 tarihinde alınan kararlar ile birlikte, Sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından sunulmasından vazgeçilmiştir. Bu sayede özel sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli düzenlemelere yapılırken sosyalleşme çalışmaları geri plana kaydırılmıştır. Bu kararlarda 12 Eylül 1980 tarihinden sonra vaz geçilmiştir. Kamu desteği ile sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği 2000’li yıllara yaklaşıırken yeniden gündeme gelmiştir. Bu sebeple genel sağlık sigortası çalışmaları başlatılmıştır. Ayrıca gelir seviyesi belirli bir düzeyin altında kalan ve bakıma muhtaç<sup>86</sup> kişiler için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinin daha yaygın hale getirilmesi için çalışılmıştır. Türkiye sağlık ekonomisi alanında olumsuzluklar yaşanmasına rağmen

---

<sup>85</sup> Alper Y. (1999). Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar (SSK, Bağ-Kur). İstanbul: Alfa Yayınları

<sup>86</sup> Alper Y. (1999) a.g.e.

2003 yılından itibaren pek çok gelişmeler kaydedilmiştir. Gelişmeleri şu şekilde sıralayabiliriz<sup>87</sup>;

1) 1 Haziran 2003 tarihinden itibaren yürürlüğe giren “Teşhis ve Tedavi amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği” ile kamu çalışanlarının özel sağlık kuruluşlarında da tedavi olma imkanı doğmuştur.

2) 2004 Yılında çıkarılan “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı” ile referans fiyat uygulamasına geçilmiş, böylece çoğunluğu ilaçlardan oluşan beşeri ve tıbbi ürünlerin kaliteden ödün verilmeden ucuz şekilde temin edilmesi amaçlanmıştır.

3) “Sağlıkta Dönüşüm” reformu çerçevesinde, 1 Ocak 2005’ten itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) bünyesindeki bütün sağlık hizmet işletmelerinin yanında kamu kurumlarınca işletilen sağlık tesisleri de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması, uygulama farklılıklarının giderilmesi, hizmetlerin ortak standartlara bağlanması, kamu sağlık işletmelerindeki kaynaklardan maksimum düzeyde yararlanılması amaçlanmıştır.

4) 1 Ocak 2005’ten itibaren, SSK’ya tabi çalışanların ve emeklilerin reçeteli ilaçlarını anlaşmalı eczanelerden temin etmeleri mümkün hale gelmiştir.

5) 2005 yılından itibaren ilaç geri ödeme sisteminde “pozitif liste” uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama devletin ilaç harcamalarını kontrol etmesini, toplumun daha geniş bir listeden ilaç temin edebilmesini mümkün kılmıştır.

6) Sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması çalışmaları yapılmış, “Emekli Sandığı”, “Sosyal Sigortalar Kurumu” ve “BAĞ-KUR” isimleri altında ayrı olarak çalışmakta olan üç ayrı sosyal güvenlik kurumu, Mayıs 2006’da çıkarılan 5502 sayılı Kanun ile “Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK)” çatısı altında bir araya getirilmiştir.

7) “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” ile ilgili mevzuat çalışmaları yapılmış Kanun’un 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de son dönemde, sağlık

---

<sup>87</sup> Alper Y. (1999) a.g.e.

sisteminde yapılan reformlar nedeniyle, bir geçiş süreci yaşanmaktadır. Sağlık sektörünün, yıllar itibariyle yaşadığı sorunların çözümünü sağlamak amacıyla tasarlanan sağlıkta dönüşüm projesinin gerekliliğini anlamak ve SGK'nın oluşturulma nedenini görmek için öncelikle; 2003'te "sağlıkta dönüşüm projesi" uygulanmadan önce mevcut sağlık sistemindeki sorunları irdelemek gerekmektedir. 2003 yılı öncesinde; topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık hizmeti ile kayıtlı sektör çalışanları ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları insanları kapsayan bir dizi sosyal sigorta sisteminin bileşimi idi. Yoksul ve zayıf gruplar için de, yeşil kart adı altında, bir sosyal destek programı vardı. 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i uygulanmakta olan sağlık sigortası sisteminde yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise; bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Fakat aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı ağı aracılığıyla sunulan koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Bu durum parçalı ve verimsiz bir sağlık finansmanı ve sunumu sistemine neden olmaktaydı. Nüfusun %46,3'lk kesimini kapsayan SSK en büyük sigorta kurumuydu. Bunu nüfusun %22,3'n kapsayan BAğ-KUR izliyordu, daha sonra %15,4'n kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı ise %0,5'den daha düşüktü<sup>88</sup>.

---

<sup>88</sup> Alper Y. (1999) a.g.e.

**Tablo 4 :Sağlık Sigorta Kapsamı Türüne Göre Sigortalı Birey Sayısı,  
(2002-2003)**

SIGORTA KAPSAMI TÜRÜ	DPT 2002	HANE HALKI SAĞLIK HARCAMALARI ARAŞTIRMASI
	TOPLAM NÜFUSUN İÇİNDEKİ %	TOPLAM NÜFUSUN İÇİNDEKİ %
MEMUR	15,40	-
ÇALIŞAN	-	7,40
EMEKLİ	-	5,10
SSK	46,30	33,50
BAĞ-KUR	22,30	11,70
ÖZEL FONLAR	0,50	1,40
YEŞİL KART	-	8,60
DİĞERLERİ	-	0,50
<b><u>TOPLAM SİGORTALI</u></b>	<b><u>84,50</u></b>	<b><u>67,2</u></b>

**Kaynak:** Devlet Planlama Teşkilatı, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler ve Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması, 2002-2003

OECD'nin resmi internet sitesinde yer alan veriler incelendiğinde şu durum değerlendirilmesinin yapılması mümkündür: Kamudaki sağlık harcamaları 2003 yılından GSYİH'ya oranı %4'eyükselmiştir. Ulusal Sağlık Hesapları'na göre 1999 - 2000 yıllarında Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %37'sini özel sağlık harcamaları teşkil etmekteydi. Yataklı, ayakta, tedavi edici ve bakımı için kamu harcamalarının %50'sine yakını ayrılmaktadır. Kamu harcamalarının yaklaşık yarısının, hem yataklı hem de ayakta tedaviyi içeren, tedavi edici bakıma ayrılmış olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra %5'lik kısım ise koruyucu sağlık ve halk sağlığı için ayrılmıştır<sup>89</sup>.

2003 yılında, kırsal ve kentsel düzeyde sağlık hizmetlerine erişimi hususunda dengesizlikler, bölgesel düzeyde eşitsizlikler bulunmaktaydı. Kırsal kesimdeki sağlık hizmetleri, kaynak kısıtlamaları, kalifiye personel azlığı, ücretlerin yetersiz olması, teşviklerin az olması ikili uygulamaların yarattığı bölünme gibi sebepler ötürü

<sup>89</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

verimlilikleri oldukça düşük kalmaktaydı. Diğer bir önemli husus ise sağlık hizmetinde görevli olan personelin coğrafik olarak yanlış dağılımıdır<sup>90</sup>.

Sağlık sisteminde harcamaların artmasının başlıca nedeni, koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine, daha masraflı olan yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine ayrılmış olmasıdır. Sağlık sisteminin harcamalarını yükseltmekteydi. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesinin düşük olmasından dolayı bu kesime talep oldukça az olmuştur. Bu nedenle dört kademeli hizmet sunulmasına rağmen sevk sistemi yeterli düzeyde çalışmamaktaydı. Sevk sisteminin çalışması için gereken teşviklerin bulunmadığından bir üst basamağa yönelen hastalar sorunların giderek artmasına sebep olmaktadır. Bir diğer önemli sorun ise sağlık alanındaki kayıt dışı ödemelerin giderek artmış olmasıdır. Sağlık alanındaki mali desteklerin denetlenmemesi, şeffaflık ve hakkaniyet konusundaki sıkıntıları ortaya çıkarmaktaydı. Sigortaların sınırlı veya mali açıdan az desteklemelerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunan doktorların özel sektörde çalışabilme izinlerinin bulunması, hastaların doktorların özel muayenehanelerine yönlendirilmesi gibi etik dışı uygulamalar görülmüştür. Sağlık sisteminde, sağlıkta dönüşüm projesine geçilmesiyle birlikte 2003 yılında hızlı bir gelişme yaşanmıştır. Sağlıkta dönüşüm projesinin amacı; verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. Proje kapsamında kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır<sup>91</sup>.

- ✓ Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk işlevinin güçlendirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması
- ✓ SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye (SGK) altında birleşerek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası kurulması
- ✓ Kamu hastanelerine özerklik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi

<sup>90</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>91</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

oluşturmak, etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek vasıtasıyla sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin yeniden düzenlenmesi

✓ Projenin, sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konuların ele alınması. ( Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi) Proje kapsamında yapılan değişikliklerden bir diğeri de 5502 sayılı Kanun'un 2006'da TBMM'ce kabul edilmesidir<sup>92</sup>.

✓ 5510 sayılı Kanuna ilave yapması amaçlanan bu yasanın amacı üç ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleşmiştir. SGK bünyesinde Genel Sağlık Sigortası Fonu bulunmaktadır. Yeşil kart içinde olmak üzere, tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere ortak bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur. Bu sisteminin kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiştir<sup>93</sup>.

✓ Genel Sağlık Sigortası kapsamında, SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. Özel hastanelerin “ekstra faturalandırma” yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması yöntemleri, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK'nın benimsediği bir yöntemdir. 2008 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı tarafından yeni bir düzenleme kabul edilmiştir. Bu düzenleme; yeni özel ayakta tedavi klinik ve tanı merkezleri için “ihtiyaç ruhsatı” koşulu uygulamasını getirecektir. Bu düzenlemenin ülke genelindeki kamu kuruluşları ve özel kuruluşların etkili, daha kaliteli ve ihtiyaç odaklı bir şekilde işlemlerini sağlayarak önemli pozitif bir etkide bulunması öngörülmektedir<sup>94</sup>.

<sup>92</sup> Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. *Mevzuat*.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>93</sup> Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. *Mevzuat*.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>94</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

✓ Gerekli sağlık hizmetlerine erişimde, tüm fertlere eşit ihtiyaç için eşit tedavi hakkı tanınması, birçok ülkede başlı başına önemli bir hedeftir. Bu hedefin gerçekleşmesi, ulusun ortalama sağlık durumu üzerinde de kayda değer sonuçlar yaratacaktır. Genellikle sağlık hizmetlerine erişim eğiliminin, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç ile ters orantılı olmasının ana nedeni; düşük gelirliilerin, genellikle kötü sağlık durumu ile ilişkilendirilmeleridir. Türkiye’de 2006 yılından itibaren, bütün vatandaşların sağlık ocaklarında sağlanan birinci basamak sağlık hizmetine ve hastanelerdeki acil servis hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı bulunmaktadır. Bazı uzmanlar, sonuç olarak Nisan 2008’de Genel Sağlık Sigortası kabul edildiğinde sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yönelik etkin kapsamın neredeyse %100’e yaklaştığı görüşündedir. 1999 -2003 yılları arasında özel sektör harcamalarına göre; sağlık alanında kamu harcamalarında meydana gelen artış, bu düzelmelerin kaynağını oluşturmuş olmalıdır. OECD Sağlık Verileri 2009’a göre; özel sektör harcamaları, Türkiye’deki sağlık harcamalarının %28’ini oluşturmaktadır. Türkiye’de 2012 OECD verilerine göre sağlık harcamalarının gayri safi milli hasılaya oranı %6,1’dir. Türkiye’de 2012 kamusal kaynak oranı %73 ve 2000 yılındaki %63’lk oran dikkate alındığında geride kalan 12 yılda kamunun sağlığa ayırdığı kaynak açısından önemli bir dönüşüm gözleniyor.

✓ özel sağlık sigortasının rolü, üzerinde durulması gereken bir konudur. Türkiye, genel bir sağlık sigortası kapsamı geliştirdiğine ve kapsamlı bir teminat sistemine sahip olduğuna göre, isteğe bağlı özel sağlık sigortası açısından sınırlı bir rol söz konusu olacaktır. Bu durumda sigorta şirketleri; Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer alan teminatlarda, daha yüksek konfor standartları ve SGK ile anlaşması olmayan kaliteli ve belirli konularda uzmanlaşmış özel kurumların sunduğu bakım gibi ek hizmetleri de kapsama almak için tamamlayıcı sigorta poliçeleri geliştirme yolunda çaba göstereceklerdir<sup>95</sup>.

✓ 1923 yılında yorgun ama emin adımlarla kurulan Türkiye, sağlık sigorta politikaları ve finansmanı konusunda yaşanan sorunları zlemek ve gelişmiş dünya ülkelerinin düzeyine ulaşmak için çaba göstermektedir. Sağlık

<sup>95</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

insan gücü; kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamı anlamına gelir. Kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile beklenen sağlık hizmetinin sunulması için sağlık insan gücü planlamasına gerek vardır. Özellikle doktor başına düşen kişi sayısındaki azalma, önem arz etmektedir. Bu oran azaldıkça; ülkede yetişmiş kalifiye sağlık personelinin, hastasına ayırabileceği zaman artış göstermekte ve hizmet kalitesi yükselmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki düzeylere ulaşılamamış olsa da, önemli gelişme kaydedilmiştir. Diş hekimliği konusunda halen gelişme çabalarının hızla devam etmesinin nedeni; diğer uzmanlık alanlarına göre daha geç gelişim gösteriyor olmasıdır. Bunun nedeni; diş sağlığı konusunda yeterli bilincin toplumda yeni gelişiyor olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde bu refahın sağlanmasında, özel sektörün de katkısı vardır. Özel hastanelerin hizmet vermesi ile sağlık hizmet hattı genişlemiş ve tıp alanında yetiştirilmiş eleman sayısında artış sağlanmıştır. Çünkü; sağlık hizmet sunumu ve bu sektörde çalışanların çalışma koşulları ekonomik ve sosyal açıdan cazip hale getirilerek ekonomik doygunluk sağlanmıştır<sup>96</sup>.

## 2.8 Özel Sağlık Sigortası İle İlgili Yaşanan Sorunlar

Sağlık sigortası, tüm sigorta dalları içinde insan vücuduna yönelik bir sigorta branşı olması nedeniyle yaşamaktadır. Özel sigortacılığı düzenleyen mevzuatın eksikliği ve daha çok yabancı şirketlerle ilgili olması göze çarpan önemli sorunlardandır. Günümüzde sigortacılık alanı (özellikle sağlık) Türkiye için çok büyük bir önem arz etmektedir. Bu nedenle sigortacılığın yaşamakta olduğu genel sorunlar ele alınarak Türk Sigortacılığı'nın önünü tıkayan engellere çözüm getirilmesi de bir o kadar önem teşkil etmektedir<sup>97</sup>. Özel sağlık sigortası yapılırken, sigorta yaptıran kişi yeterli bilgiyi almamakta ve yaptırdığı sigorta ile ilgili kendisine yeterli bilgi verilmemekte ve kişi hastalık sigortası genel şartlarını okumadan imzalamaktadır. Sigorta yaptıran kişi daha çok hastalık problemi olduğunda imzalamış olduğu sağlık sigortasının kapsamlarını öğrenmektedir. Özel sağlık sigortasının teminat kapsamı, sigortalının sigorta içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanması halinde, tedavileri için

<sup>96</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>97</sup> Zakaryan K. (1998). Hastane Yönetimi Dergisi. Cilt 2. Sayı 9. Aralık



gerekli masrafları ile varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin etmesidir<sup>98</sup>.

***Sağlık hizmetlerinin sık kullanılması:*** Ödenen tazminatların fazlalığı diğer bir deyişle tazminat/prim dengesinin sigorta şirketi aleyhine olması özel sağlık sigortası için ele alınması gereken sorunlardan biridir. Sigorta kapsamında olan bir kişi için, sağlık hizmeti fiyatı sıfır olacağından, bu durum bireyi daha çok ve daha sık sağlık hizmeti tüketmeye yöneltecektir.

***Karşılıklı iyi niyet prensibine uymama:*** Kişi sigortalandıktan sonra yanlış beyanda bulunarak iyi niyet prensibini suiistimal edebilmektedir. Sağlık hizmeti alacak olanın, bu hizmete gerçekten ihtiyacı olmalıdır. Sağlık hizmeti ihtiyaç halinde talep edilmeli ve ihtiyaç görüldüğünde arz edilmelidir. Oysa sağlık hizmeti alınması sırasında doğacak giderlerin özel sağlık sigortasınca karşılandığı durumlarda kişilerin suiistimali söz konusu olmaktadır<sup>99</sup>.

***Farklı sağlık beyanında bulunma:*** Özel sağlık sigortası tüm branşlar içerisinde suiistimal en acık branştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve gelir düzeyinin düşüklüğü bireylerin risk oranı ortaya çıktıktan sonra, sigortaya yönelmelerine neden olmaktadır. Kişi sağlık beyanını doldururken, sağlık durumunu olduğundan farklı gösterebilmekte, önceden geçirdiği hastalıkları ve ailesinde var olan, kalıtsal olarak taşınması muhtemel rahatsızlıkları beyan etmemektedir<sup>100</sup>.

***Maliyetlerin düşürülmesi:*** Sağlık hizmet sonuçlarının verimsizlikleri tespit edilmelidir ve daha akılcı çözümler aranmalıdır. Sevk zincirinin uygun şekilde işletilmesi sigortalıların hastaneyi daha az kullanmasına ve dolayısıyla hasar/prim oranlarının daha yüksek seyretmesine faydalı olacaktır. Denetim mekanizmaları geliştirmelidir. Mevcut sistemde şirketlerin, özel hastane faturalarının yüksekliğinden yakındıkları gözlenmektedir. Kurulacak yeni denetim mekanizmalarından ziyade, özel sağlık kuruluşlarının sigorta şirketlerine “altın yumurtlayan tavuk” gibi görmeyi

---

<sup>98</sup> Yüçetürk A.(2001). Özel Sağlık Sigortaları. Yeni Türkiye, Baskı 2, Yıl: 7 Sayı 40, Türk Medya, İstanbul, 2001.

<sup>99</sup> 35. Karpuzoğlu, E.: Sağlık Sigortalarında Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Sayfa 74, 2001.

<sup>100</sup> Kurç, T.(2003). Hastanelerin Özel Sağlık Sigortalılarının Gereksiz Kullanımına İlişkin Görüşlerine Çözüm Önerileri. M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü. İstanbul

öğrenmeleri gerekmektedir. Zira şirketlerin sigortalı portföylerinin azalmasının aynı anda hastaneye yansıtılmasının bilincinde olarak kısa vadeli düşünmekten uzaklaşmak zorundadırlar<sup>101</sup>.

**Mevzuat eksikliğinin giderilmesi:** Halen yürürlükte bir sigorta mevzuatının olmayışı şirketlerin işlerini bir el yordamıyla yapmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle hazırlanmakta olan kanunun bir an önce eksiklikleri giderilmiş, boşlukları doldurulmuş şekilde çıkarılması gerekmektedir. Zira bu eksiklik şirketlerde bilmeyenden kaynaklanan bir çekingenliğe yol açmakta ve atılımlar yavaşlamaktadır. Sigortacılığın bir devlet politikası olarak ele alınmasıyla birlikte, kişilerin sigorta şirketlerine aktaracakları paralar önemli bir fon teşkil edecek ve devlet enflasyonunun düşürülmesinde bu fonu önemli bir kaynak olarak kullanabilecektir<sup>102</sup>.

Şirketlerin Sigortalılara sunulan ürünleri incelendiğinde çok büyük farklılıklar gözlenmemekte olup, teminat kapsamı dışında tutulan hastalıklar benzerlik göstermektedir. Bu da şirketlerin farklı teminatlar sunacak ya da var olan istisnaları da primini belirleyerek poliçe kapsamında sunacak şekilde bir alt yapıları olmadığını göstermektedir. Bu açıdan ele alınınca AB ile bütünleşmeye çalışan Türkiye’de sağlık sigortacılığında Türk şirketleri piyasa paylarını alt yapısı güçlü, var olan rahatsızlıkları prim tutarını hesaplayarak sigortalıya sunabilen AB şirketlerine kaptıracaklardır. Kaldı ki AB şirketleri finansal açıdan da güçlü olması nedeniyle ve Türkiye’deki potansiyel de dikkate alınınca kurulduklarından itibaren geçecek bir kaç yılda zarar etmelerini göze alarak düşük prim tutarları ile sektörde geniş kapsamlı sağlık sigortası ürünleri sunabileceklerdir. Bu da pazarın AB şirketlerince ele geçirilmesi demek olacaktır. Sigorta şirketleri farklı sigorta ürünleri sunabilmelidir. Ürünler var olan rahatsızlıkları da kapsayacak şekilde genişletilebilmelidir. Prim tutarları düşürülebilmelidir. Bunun için de şirketlerin anlaşmalı hastane ve doktor ile diğer anlaşmalı sağlık kişi ve kuruluşlarını tespit ederken seçici olması gerekmektedir. Tek bir şirketin anlaşmalı ağlar kurarak sorunu çözmeye çalışması zor olacaktır, ancak şirketlerin top yekün bu çalışmayı yapması sonucunda prim tutarları düşecektir<sup>103</sup>.

---

<sup>101</sup> Atlı, H. Ve Söylemez, D.: Hastane Hospital News Dergisi, Yıl 2, Sayı 7, Temmuz- Ağustos 2000.

<sup>102</sup> Yazan, N. Sağlıkta Özel Sigortalar, Hospital News Dergisi, Ocak-Şubat 2000.

<sup>103</sup> Karakaş İ. (2008). Genel Sağlık Sigortası Uygulama Rehberi. Ankara: Adalet Yayınevi

Bu girişimin rekabete aykırı olacağını söyleyenler ortaya çıkacaktır, ancak bu tür girişimlerin tamamıyla tüketici lehine (düşük prim oranları ve kaliteli hizmet sunumu) olduğunu düşünürsek rekabete aykırı bir girişim olduğu söylenemeyecektir. Bu konuda İngiltere de yapılan girişimler sonucunda yapılan incelemelerde sigorta şirketlerince uygulamaya konulan anlaşmalı ağların tamamıyla sigortalılar lehine olan bir girişim olduğu tespit edilmiştir<sup>104</sup>.

Diğer taraftan sigortacılık sektörü devletten yeterince ilgi görmemiştir. Sigorta sektörünün vergi mevzuatı ile teşvik edilmesinde cimri davranılmış, sektör yeterince desteklenmemiştir. Oysa verilecek teşvikler vergilerden azalma olarak karşımıza çıksa da özellikle vatandaşların mal ve can kayıplarında sigortacılık sektörünün devreye girmesiyle sağladıkları huzur ve finansal güven sayesinde toplumsal huzur ve refah artmaktadır<sup>105</sup>.

Sağlık sigortaları da devletin sosyal sigortacılık sistemi ile verdiği ve vergilerle finanse edilen kısmın yükünü paylaşan bir sistemdir. Özel sağlık sigortacılığının daha çok gelişmesi ve büyümesi sosyal sağlık sigortacılığının yükünün dolayısıyla devletin finansal yükünün ve dolayısıyla da vatandaşın üzerindeki vergi yükünün azalması demek olacaktır. Bu nedenle devletin vergisel teşvikleri artırması gerekmektedir<sup>106</sup>.

Sağlık sigortalarında bir başka sorun da sigorta primlerinin doğru bir şekilde saptanamamasıdır. Bunun nedeni yıllardır sağlam bir veri sisteminin oluşması için bir altyapının kurulamamış olmasıdır. Son yıllarda eksik olmakla birlikte değişik kurumların tutmuş olduğu veriler arasında bile tutarlılık bulunmamaktadır. Bu nedenle de primlerin oluşmasına ve Türkiye'nin hastalık tablolarının oluşumunu sağlayacak bir veri bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistemin bir an önce hazırlanıp sisteme sokulması gerekmektedir. Sigortacılık sektöründe yeni bir sigortacılık düzenleme ve denetleme kanununa ihtiyaç duyulmakla birlikte bu konuda henüz bir sonuç alınamamıştır. Bu durum sigortacılık sektörünün gelişmesini engellemekte olup,

---

<sup>104</sup> Karakaş İ. (2008) a.g.e.

<sup>105</sup> Çenberci M.(1985). Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi. Ankara: Olguç Matbaası

<sup>106</sup> Karakaş İ. (2008). a.g.e.

TBMM'nin bu dönemde ilgili kanunu çıkartacak olması da sektörün sorunlarının çözümünü sağlayacak bir unsurdur<sup>107</sup>.

Sağlık branşını etkileyen diğer husus enflasyon oranları ile sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerdir. Türkiye'de enflasyon oranları yıllarca yüksek seyretmiştir. 2003 yılı sonu itibariyle TÜFE %18.36, sağlık yüzde 27.77, ilaç yüzde 4.17, hekimlik yüzde 25.87, hastane yüzde 46.46 olarak gerçekleşmiştir. Bu verilere göre sağlık giderlerinde artış oranının ortalama yüzde 33 olarak gerçekleştiği görülmüştür. 2003 yılı sonu itibariyle sağlık sigortasına 704.545 kişi sahiptir. Bu sayının yükselmesinde özel sağlık sigortası şirketlerine iş düştüğü kadar devlete de görevler düşmektedir<sup>108</sup>. Türkiye Sigorta Birliği verilerine göre 2012 sonu itibariyle özel sağlık sigortalı sayısı 4.131.116 ya ulaşmıştır.

Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tamamı kapsamakta olup, finansman kişilerden sağlanan prim ödemeleri adı altında kesintiler ile işverenin ödeyeceği kesintilerdir. Hizmetin sunumunda finansal bir açıyla karşılanması ihtimalinde ise bu açık Devletin Hazinesinden karşılanacaktır. Ancak tüm nüfusun sağlık hizmetleri açısından kapsamı ve bazı hizmetlerde katkı payı ödenecek olsa dahi tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulacak olması sosyal sağlık sisteminin altından kalkabileceği bir yük olarak görülmemektedir. Diğer taraftan, bu özel sağlık sigortalarının gelişimini de önleyecektir<sup>109</sup>.

Devletin genel sağlık sigortası ile yapması gereken: ihtiyacı olanlara tüm sağlık hizmetlerini sunması, geride kalan tüm vatandaşlara insanın sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli olan hizmetleri temel teminat paketi altında sunarak geride kalan üst teminatların özel sağlık sigorta şirketlerince sunulacak olan tamamlayıcı sağlık sigortalarına bırakmasıdır. Bu devletin üzerindeki finansal yükü aldığı gibi, vatandaşların daha iyi sağlık hizmeti almasını da mümkün kılar. Çünkü bu durumda hastanelere aşırı bir yığılma söz konusu değildir<sup>110</sup>.

---

<sup>107</sup> Alper Y. (1999) a.g.e.

<sup>108</sup> OECD. *Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

<sup>109</sup> Duman Ş.(1990). Türk Sigorta Sektöründe Bos Kapasiteler Ve Ekonomik Kayıplar. İstanbul: Bilaraç Yayınları

<sup>110</sup> Duman Ş. (1990) a.g.e.

Ayrıca özel sağlık sigorta şirketlerince alınan primler yeni yatırımlar yapılmasına aktarılacak ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulması için yapılacak yatırımlar artacaktır. Türkiye’de enflasyon nedeniyle, uzun vadeli sağlık sigortaları ile uzun vadeli bakım sigortalarının da uygulama alanı bulamamış olması da sağlık sigortacılığının gelişmesini engellemiştir. Bu tür sigortalar enflasyon ve faiz oranlarının düşüşü ile ters orantılı olduğundan düşüş süreci sürdükçe özel sağlık sigortalarının uygulama alanı da gelişmiş olacaktır<sup>111</sup>.

Diğer taraftan, sigortacılıkta denetim iş ve işlemlerin yerinden denetimi ve erken uyarı modeli çerçevesinde uzaktan denetim şeklinde yapılmaktadır. İş ve işlemlerin yerinden denetimi işlemlerin üzerinden uzun süreler geçmesi nedeniyle sorunun farkına geç varılmasına ve çözümün geç üretilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle erken uyarı modeli ile yerinden denetimi birbiri ile uyumlaştıracak bir denetim sisteminin kurulması gerekmektedir. Bu denetim sisteminde branş bazında denetimlerin de yapılabilmesi gerekmektedir. Tüm bu gelişmeler AB üyeliği çerçevesinde ele alınırsa, sigorta sektörünün bankacılık ve sermaye piyasaları gibi bağımsız bir otorite tarafından düzenlenmesi ve denetlenmesi gereklidir. Bu nedenle bu düzenlemenin alt yapısının bugünden kurgulanması uygun olacaktır<sup>112</sup>.

## **2.9. Kamu Sağlık Sigortası İle Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar**

Uygulamada, tehlike, riziko ve ihtiyatsızlık kavramları arasında önemli bir ayırım yapılmadığı görülür. Tehlikenin, muhtelif gereksinmelere yol açacağı, ihtiyatsız atılımların ise muhtemel zarar ve kayıplara neden olacağı düşünülürken, riziko kavramına daha çok iktisadi bir anlam verilmektedir. ÖSS da rastlanan hasar sıklığı ile rizikonun ekonomik niteliği birbirine pek yakın düştüğü içindir ki, bu konuda yapılacak açıklamalarda temel çıkış noktası her zaman riziko kavramına dayandırılacaktır.<sup>113</sup>

Kamu sağlık sigortası konusunu teşkil eden rizikolar, yasa gereği zorunlu olarak üstlenilen ve bedeli yine zorunlu olarak çeşitli sosyal yaklaşımlar ölçüsünde kapsama giren kimselerden kesilen aidat ile karşılanması gereken karışık bir olgu iken, ÖSS

---

<sup>111</sup> Duman Ş. (1990) a.g.e.

<sup>112</sup> Duman Ş. (1990). a.g.e

<sup>113</sup> Avcı A. (1997). a.g.e.

kendi rizikosunu kendi seçerek, onunla baş etmek zorundadır. Bu zorunluluktan doğan sorunlar KSS da sadece kişilerin devam edip etmeme veya tabi olacakları sosyal sigorta kurumunu seçebilme hak ve olanakları ölçüsünde geçerlidir. Buna karşılık yasal zorunluluk nedeniyle sosyal sigorta kurumları kötü risklere karşı korumasız bırakılmışlardır. Sözleşme serbestisi çerçevesinde rizikonun tartılması ve seçim yapma olasılığı vardır. Sigorta işletmelerinin başarıları ise, işte böylece yapmak durumunda buldukları değerlendirmelere ve seçimlerindeki isabetliliğe bağlıdır. Zira unutulmamalıdır ki sigortanın fiyatını tespit eden en önemli faktör risk yönetiminin ve değerlendirmelerin kalitesidir<sup>114</sup>.

Rizikonun tanımında istatistik veriler büyük önem taşırlar. Bu nedenle ÖSS yapan sigorta şirketleri, sigorta ve reasürans şirketleri birlikleri ve sigorta denetleme kurumlarının yönlendirme ve özendirme ile müşterek çalışmaya yönelmeli, işbirliği sonucu ortaya çıkacak çok daha geniş tabanlı istatistik veriler yayınlanarak yarara sunulmalıdır. Bu sahada ön planda görülen, her sigorta şirketinin kendi istatistik verileri ışığında elde ettikleri sonuçlara göre biçimlenen ve bu nedenle de farklılık arz eden fiyat tarifeleridir. Sigorta tarifelerini denetleyen kurumlar, yapılan hesaplamaların şirketlerin kendi bünyelerindeki istatistik verilere uygunluğunu ararlar. Bunun için her şeyden önce elde bulunan verilerin istatistik değer oluşacak şekilde sayısal çoklukta olması istenir. Bir kere portföy dengesini kaybeden sigorta şirketi, yukarıdaki nedenlerle pahalı şirket olmak zorundadır. Bu fasit dairenin kırılması ise uzun zaman içinde sarf edilecek bitmeyen çabaları gerektirir. Bu nedenlerle ÖSS şirketlerine “İş kabul (yazım, underwriting)” politikalarında çok dikkatli olmaları öğütlenir. Riziko seçiminde, objektif ve sübjektif riziko ayırımına dikkat etmek gerekir<sup>115</sup>.

Riziko seçiminde dikkat edilecek hususlar şu şekildedir<sup>116</sup>.

---

<sup>114</sup> Avcı A. (1997) a.g.e

<sup>115</sup> Tezel A. ve Tezel Ş.(2004). Sosyal Sigortalar Mevzuatı. İstanbul: Yaklaşım Yayıncılık.

<sup>116</sup> Unan S.(1998).Hayat Sigortası Sozlesmesi. İstanbul:Beta Yayıncılık.

### ***Objektif riziko***

Cinsiyet, yaş, meslek, medeni hal, oturlan yer, iklim şartları gibi dış faktörlere bakılarak tanımlanan rizikolardır. Sübjektif rizikoyu ise, vücut yapısı, bünyesel özellikler, eğilimler, kalıtsal özellikler, sağlık durumu ve geçmişi gibi iç faktörler belirler. Bu harici ve dahili faktörlerden oluşan objektif ve sübjektif rizikolar ÖSS fiyatını doğrudan belirleyen veya en azından etkileyen yaşamsal önemi olan ayırıcı unsurlardır. Bunların sağlık sigortasının primine nasıl etki ettikleri daha sonra açıklanacaktır. Ancak şu aşamada bunların neler olduğu daha ayrıntılı incelenebilir.

### ***Yaş***

Sigortalanacak kişi ne kadar yaşlı olursa hastalık ihtimali o kadar artar. Bu nedenle ÖSS tarifeleri genellikle yaşa daha doğrusu sigortaya giriş yaşına göre kademelendirilir. Bu arada çoğunlukla, 25 yaşa kadar veya 26-30 yaş arası gibi gruplar oluşturulur. İlerleyen yaşla birlikte sigortacının rizikosu da artacağı için zorunlu olarak, hastalık sigortalarına has bir kural olan telafi ya da dengeleme prensibi uygulanarak daha yüksek bir fiyat saptanır. Dengeleme prensibinden anlaşılması gereken bu durumlarda riziko ile alınan prim arasında bir denge gözetilmesi, oluşturulması zorunluluğudur. Yaş faktöründen göreceli olarak daha az etkilenen bir riziko ise örneğin, diş tedavi ve protez giderleridir. Bu gibi özel riziko fiyatlarına, yaş gruplarına göre yapılan yüklemeler uygulanmayabilir. KSS de ise yaş ve cinsiyet hiçbir rol oynamadığı gibi fiyat hesabında sadece gelir seviyesi dikkate alınır ve aile içinde tek bir sigortalı ile birlikte (bakmakla mükellef olduğu kimseler kapsamında) daha kaç kişinin teminata girdiğine bile bakılmaz.

### ***Cinsiyet***

Kadın erkek arasındaki eşitlik ilkesi bir kamu hukuku kavramıdır. Özel hukuk alanında ise örneğin iş hukukunda olduğu gibi kadın ve erkeğin hakları ve tabi olacakları statü yasa ile belirlenir. Sigorta hukukunda ise, böyle düzenlemeler yer almamakta, daha çok dengeleme prensibi uygulanarak primin riziko ve dolayısı ile örneğin cinsiyet bağlantısı ön plana çıkarılmaktadır. Kadınların genellikle erkeğe göre hastalık sigortalarında daha sık tazminat talebinde buldukları, buna karşın yine genellikle erkeklerden daha uzun yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle ÖSS primleri

kadınlarda daha yüksek, hayat sigortalarında ise erkeklere nazaran daha düşüktür. Kadınların ÖSS rizikosunun daha yüksek oluşu sadece gebelik ve doğumdan kaynaklanmamakta, bu doğal gerçekler, rizikoyu çok az etkilemekte, asıl neden kadının vücut ve bünye yapısındaki, teknik deyimiyle dahili faktörlerdeki farklılıktan ve harici faktörlere verilen aşırı önemden kaynaklanmaktadır. Kadınlarda ÖSS rizikosu 40 yaş sınırına kadar erkeklere oranla adamakıllı yüksek seyretmekte, bu yaştan sonra giderek ve yavaş bir seyirle eşitlenmektedir. Kadınlardaki uzun yaşama olgusu, uzayan yaşlılık döneminde karşılaşılmaması kaçınılmaz hastalıklar sebebiyle rizikoyu ağırlaştırıran ayrı bir neden olarak düşünölmektedir.

### ***Meslek***

ÖSS tarifelerinde sigortalananacak şahsın mesleği önemli bir rol oynamamaktadır. Günlük hastalık giderleri sigortalarında meslek daha çok önem kazanmaktadır. Bakılması gereken husus ise sigortalının bağımsız çalışıp çalışmadığıdır. Çeşitli meslek gruplarına göre düzenlenmiş tarifelere pek rastlanmaz. Sadece hekimlere uygulanacak fiyatların, genelde teşhis maliyetini olumlu etkilediği düşünölmektedir indirildiği görölmektedir

### ***Sağlık Durumu, Önceden Geçirilmiş Hastalıklar***

Özel hastalık sigortacısı, teminat talebinde bulunan bir kimsenin her şeyden önce halihazır sağlık durumu ve sağlık geçmişı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Nasıl yanmakta olan bir evi yangına karşı sigortalamak olası değilse, teklif tarihinde hasta olan birisine de hastalık teminatı verilmesi beklenemez. Geçmişte geçirilen hastalıklara rağmen, ancak bunları dikkate alarak teminat verilmesi ise sigorta olmak isteyenlerin lehine bir gelişmedir. Böyle durumlarda sağlık geçmişinde yer alan hastalıkların yapılacak sigorta dönemi için rizikoyu ağırlaştırıp ağırlaştırmadığına bakılmalıdır. Örneğin geçirilmiş bir nezle ile yıllarca geride kalmış olsa bile tümörle mide hastalıklarının etkisi farklı olmaktadır.

Bu bağlamda bir hastalığın tıbben taşıdığı riziko ile sigortacı açısından ağırlık ve öneminin ayrı şeyler olabildiğini belirtmekte yarar vardır. Örneğin tıbbi açıdan günün



ilerlemiş tanı ve tedavi olanakları nedeniyle mide ülseri bir doktor için ürkütücü sayılmadığı halde, hastalık sigortacısı açısından tedavi giderlerinin yüksekliği ve tekrarlama yanında başka hastalıklara yol açma olasılığı yüzünden korkutucu sayılmaktadır. Böylece ÖSS açısından önemli bir kural ortaya çıkmaktadır. Geçmişte kalan hastalıklar ne kadar tekrarlama ve başka hastalıklara yol açma olasılığı taşıyorlarsa, rizikoyu da o ölçüde ağırlaştırıyorlar demektir. Bu konu kaçınılmaz olarak bazı yorum farklılıklarına ve anlaşmazlıklara neden olduğu içindir ki, teklifnamelere eklenen soru formlarında sağlık geçmişinde yer alan hastalıklar konusunda ayrıntılı bilgi özellikle istenmelidir. Böylece sigorta sözleşmeleri yasalarında yer alan “Sigortacının özellikle sorduğu ve yazılı olarak cevaplandırılmasını istediği hususlar, (teminatın geçerliliği bakımından) esaslı unsurlardan sayılır.” Hükmünden hareketle, bildirmeme veya yanlış bildirme halleri yaptırım kapsamına alınabilir. Sigortanın tanziminden sonra tatsız münakaşalara ve hatta hukuki ihtilaflara neden olan başka bir husus da, sigortalının teminatı satın almadan önce bazı şikayetleri olduğu halde, bunları kendince önemsemeyip saklamış olması ve poliçeyi yaptırdıktan sonra, o şikayetlere bağlı önemli hastalıkların ortaya çıkmasıdır<sup>117</sup>.

Örneğin hafif işitme, daha sonra ortaya çıkabilecek beyin tümörünün ön işareti olabilmektedir. Sırt ve eklem ağrıları, romatizmal belirtiler diye geçiştirilmek istendiği halde çok önemli hastalıkların habercisi olabilirler. En kötüsü ise doktorların teşhis hataları ve gerçek hastalığın hastadan saklandığı durumlardır. Bu tür felaketlerin önlenmesi için, soru formlarında her türlü şikayetler ile belirtilere ilişkin sorulara yer vermek gerekmektedir. Doğru verilen cevapların değerlendirilmesi ise sigortacının görevidir ve genellikle bir hekime danışmayı gerektirir. Soru formları ve bunların doğru olarak cevaplandırılması hiç kuşkusuz sigortanın tarafları için yaşamsal önem taşımaktadır<sup>118</sup>.

---

<sup>117</sup> Unan S.(1998) a.g.e.

<sup>118</sup> Anadolu Üniversitesi Sağlık Sigortacılığı. Özel Sağlık Sigortası.  
<http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK205U.pdf> (Erişim Tarihi 02.02.2013)

## 2.10. Sağlık Sigortaları Şartnamesi Teminat Dışı Kalan Durumlar

Aşağıda belirtilen haller özel sağlık sigorta şirketlerinin özel şartları ile teminat kapsamına alınamayacakları gibi, bu haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalacaktır<sup>119</sup>:

- Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç karışıklıklar
  - Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs
  - Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
  - Deprem, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,
  - Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
  - Nükleer rizikolar,
  - Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- Police özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

## 2.11. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Feshi

Sigortalı/sigorta ettiren sağlık sigortası sözleşmesini tek taraflı olarak sona erdirme hakkına sahiptir.

Sigorta şirketi ise, sigortalının;

- Sağlık bildiriminin gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğu
- Varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık veya hastalığı olduğunun

---

<sup>119</sup> Unan S.(1998) a.g.e.

- Sağlık sigortası sözleşmesi teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla kötü niyetle kullanıldığını

Tespit etmesi halinde sağlık sigorta sözleşmesini feshedebilir.

### **2.13. Avrupa Sağlık Sigortası Kartı**

#### ***Gerekçe***

Avrupa Sağlık Sektöründe kullanılan iki türlü kart vardır: Sağlık Kartı ve Sağlık Sigortası Kartı. Sağlık kartları kan grubu, tetkikler, tedaviler, tıbbi kayıtlar gibi acil durum bilgilerini içermektedir veya bu tür bilgilere güvenilir bir bilgi ağından ulaşmayı mümkün kılar. Sağlık sigortası kartları sağlık bakımının kolay yapılmasını ve faturanın kolay düzenlenmesini sağlar. 15/16 Mart 2002 tarihinde Barselona’da toplanan Avrupa Konseyi bir başka ülkedeki sağlık bakım ve muayenesini yapabilmek için gerekli olan mevcut kağıt formların yerine bir kart kullanılmasını kararlaştırmıştır<sup>120</sup>.

#### ***Ortaya Çıkış Nedeni***

Bu kart Avrupa’da seyahat etmeyi Avrupa Vatandaşları için oldukça kolaylaştırmaktadır. Herhangi bir üye ülkede hastalığa karşı sigortalanmış ve iş, çalışma veya turistik bir amaçla geçici olarak bir başka üye devlet içinde seyahat eden tüm kişiler bu kartı kullanabilirler. Kart, kişinin oturduğu ülkeden başka bir ülkeye gittiğinde oradaki sağlık sunucularına işlerini kolaylaştırmak amacıyla ortaya konmuş fikrin bir ürünüdür. Kart geçici olarak konaklama yapılacak olan üye ülkede herhangi bir sağlık harcamasının geri ödemesinin yapılabilmesi amacıyla düzenlenene ve herhangi bir üye devlet sınırında geçici olarak konaklamak için hareket etmeden önce alınması gereken E 111 formunu ortadan kaldıracaktır. Daha sonra E 110, E 119 ve E 128 nolu kağıt formları ortadan kaldıracak ve kendisi bunların yerlerini alacaktır. Prensip olarak, üye devletlerin( Almanya, Belçika, Danimarka, İspanya, Fransa, Finlandiya, Yunanistan,

---

<sup>120</sup> Ezerdi, H.C (2002). Avrupa’da Sigorta Sektörünün Finansal Sektör İçindeki Yeni Konumu ve Ekonomik Rolü. İstanbul: Commercial Union Sigorta Yayınları.

İrlanda, Lüksemburg ve İsveç) kuruluşları istek üzerine sigortalılara 1 Haziran 2004 tarihinden itibaren vermek zorundadırlar.

Her bir üye devlet hangi kurumunun Kartın basımı ve sigortalılara dağıtımını konusunda sorumlu olacağına karar vermek zorundadır. Kendilerine geçiş dönemi sağlanmış olan ülkeler sağlık sigortalarının kapsam altındaki insanlara E 111 'e eşdeğer bir belge vermeye devam edeceklerdir<sup>121</sup>.

### ***Fayda ve Kapsam***

Kart ya da eşdeğer bir belge taşıyan kişi tıbbi sebeplerden dolayı gerekli olması durumunda belgenin kendisine sağladığı hakları başka ülkede geçici olarak kalış süresi kadar kullanmasını sağlar.

Uygulamada, kart taşıyıcıları kalış sürelerini güvenli tıbbi koşullarda devam ettirmeleri için ihtiyaç duyulan her türlü faydalardan ( sağlık bakımı, muayene vb.) yararlanma hakkına sahiptir. Diğer bir deyişle ise buldukları ülkeden muayene amaçlı dahi olsa, ikamet ettikleri ülkeye kalış süresinin bitiminden önce dönmeye zorlanamazlar.

Hastanın (kart taşıyıcısı) tıbbi durumunu değerlendirmek ve gerekli olan tedaviyi uygulamak gerekirse tedavi için hastayı kendi her zamanki doktoruna muayene ettirmek hastanın kaldırıldığı sağlık sunum ünitesinin sorumluluğu altındadır.

Kart taşıyıcısı eğer süregelen veya mevcut bir hastalığa sahipse, tıbbi durumu göz önünde bulundurulması şartıyla, kalış süresi boyunca her türlü gerekli tedavi görme hakkına sahiptir.

---

<sup>121</sup> E 111 formu artık günümüzde yoktur. Basitleştirilmiş ve Birlik içinde sigortalanmış olanlara sunulan "hareketlilik belgesi" ne dönüştürülmüştür.

### ***Kapsam Dışı Alan***

Kart taşıyıcısı, prensip olarak geçici kalış süresi içinde tıbbi olarak olması gerekenden daha fazla maliyet gerektiren sağlık bakım masraflarını kapsayacak şekilde üyesi olduğu sağlık sigortası ürününden yararlanamaz.

Örneğin, Kart sigortalının bir başka üye ülkeye tıbbi muayene amaçlı olarak gitmesi durumlarını karşılamaz. Eğer kişi sırf muayene amaçlı olarak başka üye ülkeye gitmişe 1408/71 nolu düzenlemeye göre bu tür tedavinin masrafının karşılanması için sigortalının kendi hastalık sigortası kurumuna durumu bildirerek izin alması gereklidir.

### ***Doktor veya Hastane Seçimi***

Bulunulan ülkenin sağlık sigortası sistemi dışında olan özel hastaneye veya özel doktora giden kart taşıyıcısı bu üye devletin yasalarında belirtilen şartlara uygun olarak tazmin edilecektir. Eğer mevcutsa, hastaya hastalığının ek bir maliyet gerektirdiği veya sağlık sigortası kapsamı dışında olduğu belirtilmelidir.

Bir başka ülkede geçici olarak kalan kart taşıyıcıları üye devletin kendi sigortalıları için getirmiş olduğu yasal düzenlemelerde belirtilen şartlar altında sağlık bakımı masraflarının ödenmesi hakkına sahiptirler. Örneğin, eğer verilen tıbbi bakım sigortalının kaldığı üye ülkede bedava ise, sigortalıda kartını tıbbi bakımı sunan sağlık kurumuna göstererek kendisine verilen tıbbi bakım sonucunda para ödemeyecektir.

## **2.13. Özel Sağlık Sigortasında Hasta Haklarının Önemi**

“Hasta hakları kişilerin özel sağlık sigorta sorunlarına yönelik tutumlarında oldukça önemli bir olgu olduğu için bu bölümde hasta haklarına yer verilmiştir.”

Sağlık hakkı, kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve sağlığını sürekli geliştirebilmesi için toplumun sağladığı olanaklardan yararlanabilmesidir. Yaşama hakkının en önemli bileşenlerinden birisi olan sağlık ve sağlıklı yaşama hakkı, pozitif statü hakları arasında

yer almaktadır. Sağlıklı olma, sağlıklı olma halini sürdürme ve sağlığını geliştirme hakkı şu şekildedir<sup>122</sup>.

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerini alabilme ve yararlanabilme
- ✓ Sağlıklı bir ortam, çevre ve barınma koşulları
- ✓ Yeterli ve dengeli beslenme
- ✓ Sağlığını geliştirebilme
- ✓ Çalışma ve iş hürriyeti, üretebilme hakkı,
- ✓ Demokratik bir ortam ve eşit insan ilişkileri,
- ✓ Düşünce, inanç ve bunları ifade edebilme özgürlüğü,

Hasta hakları, en genel anlamıyla<sup>123</sup>;

✓ hasta olmadan önce hastalandıkları zaman yararlanacakları ulaşılabilir yeterli ve etkin sağlık hizmetinin önceden hazır olarak bulunuyor olmasını,

✓ hastalanıldığında ya da sağlıklılık hali yitirildiğinde bir sağlık kurumunda yetkin ve standart bir sağlık hizmeti almayı,

✓ hastalıkların insanlarda bıraktığı kalıcı olumsuzluklarla birlikte yaşayabilmek için gerekli olan hizmetlerden yararlanmayı kapsayacak kadar geniş bir içeriğe sahiptir. Ayrıca ortaya çıkan somut durumlara göre gelişme ve genişleme halindedir. “Hasta yakını hakları” hastalar talepte bulunamayacak durumda iseler yakınları tarafından talep edilen ve kullanılan haklardır.

Lizbon Bildirgesinde hasta hakları temeli belirlenmiştir. Doktor ve hasta arasındaki ilişkiler bu bildirgeye göre gerçekleşmektedir. Bildirgede tanımlanan temel haklar şunlardır<sup>124</sup>.

---

<sup>122</sup> Kavuncubaşı Ş. (2007). “Sağlık Kurumları Yönetimi”. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi

<sup>123</sup> Sert G.(2008). Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. İstanbul: Babil Yayınları

<sup>124</sup> Sert G.(2008). a.g.e

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen hekim tarafından bakılabılme hakkına sahiptir.
3. Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ve reddetme hakkına sahiptir.
4. Hasta, hekimden tüm tıbbi bilgi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hasta uygun bir dini temsilcinin yardımını içeren ruhi teselliği kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

#### ***Hasta haklarının kullanımı***

Öncelikle bu haklar her iki taraf açısından da iyi bir şekilde bilinmelidir. Taraflara düşen sorumluluklar sağlanmadan hiçbir hak talebinde bulunulamaz. “Haklarını bilmek” ve bu doğrultuda “bir şeyler yapmak” sonrasında ise “istemek ve kullanmak” adına gerekli adımların atılması gerekmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanacak kişiler, bu hizmeti alacağı kişilere sahip olduğu hakları ve optimum seviyede bu haklardan istifade etmek istediğini bildirmelidir<sup>125</sup>.

#### ***Hak ihlalleri***

Sık karşılaşılan hak ihlalleri ;

- ✓ Sağlık hizmetine ulaşma hakkı ihlal edilmektedir: Çünkü tüm ülkeyi kapsayan ve tüm vatandaşlara ayrımsız olarak ve eşit biçimde sunulan, hizmetin tüm gereklerini yerine getirecek bir sağlık hizmet organizasyonu yoktur.
- ✓ Hizmet sırasında hastalar ve yakınları bir “insan”ın onur ve saygınlığına koşut bir davranışla karşılaşmamaktadır.

---

<sup>125</sup> Sert G.(2008). a.g.e

- ✓ Hasta ve yakınları yeterince aydınlatılmamaktadır
- ✓ Yapılan her türlü tıbbi işlem ve girişimle ilgili olarak hasta ve yakınlarının usulüne uygun bir şekilde aydınlatılmış olarak onam-rızaları alınmamaktadır.
  - ✓ Tüm hastalar durumlarının gerektirdiği tanı, tıbbi bakım, tedavi, ve esenlendirme olanaklarından yeterince yararlanamamaktadır.
  - ✓ Hasta ve yakınlarının mahremiyetine yeterince özen gösterilmemektedir.
  - ✓ Yapılan işlem ve girişimlerde yeterince özen ve dikkat gösterilmemektedir.
  - ✓ Tıbbi kötü uygulama (mal practice) hepsi yaşamsal ya da sakat bırakıcı sonuçlar doğurmasa da sık olarak karşılaşılan bir durumdur.
  - ✓ Hastaların haklarını savunacak ve koruyacak bir kurumsallaşma ile hak ihlallerinde hızlı, etkin ve doğru bir şekilde işleyen başvuru yolları bulunmamaktadır.
  - ✓ "Sağlıkta Dönüşüm Programı" nedeniyle özellikle sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ve kamunun sağlık olanaklarından yararlanması güçleşmektedir<sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> Sert G.(2008). a.g.e



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### UYGULAMA

#### 3.1. Uygulamanın Amacı

Uygulamada özel hastanelerde özel sağlık sigortaları ile ilgili ne gibi sorunlar yaşandığının, var olan bu sorunların hastalara ve sağlık personellerine göre nasıl değiştiğinin incelenmesi için hem hastalar hem de sorumlu sağlık personelleri açısından anketler kullanılarak özel sağlık sigortaları sorunları ile ilgili tutumların ölçülmesi amaçlanmıştır.

Böylece özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik hem hastaların hem de hastaların yaşadığı sorunlarla yakından ilgili olan ve çözüm için çalışan sorumlu sağlık personellerinin bu konuya yönelik tutumları ölçülmüş hem de bu tutumların nelere göre farklılaştığına karar verilerek ortaya çıkacak sorunların ana başlıkları ile ilgili düzenlemeler yapılabilmesi için önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

Bu araştırma, seçilen örneklemden anket yöntemi ile elde edilen veriler sonucu oluşan tahminler ve öngörüler anakütleye genellenerek hem özel sağlık sigortası acenteleri hem de hizmet veren özel hastanelerde hizmet satışı, hizmet sunumu ve bu kurumlar arası sorun giderme mekanizması açısından izlenecek stratejilerin belirlenmesine; hastalar ve özel sağlık sigortası ile ilgili direkt veya dolaylı olarak hizmet vermede sorumlu olan sağlık personelleri açısından belirlenmiş olan başlıklar altındaki sorunlara çözüm bulmasına yardımcı olabilecek niceliksel ve ilişki belirlemeye yönelik bir uygulama içermektedir.

#### 3.2. Veri ve Yöntem

Uygulamada özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunlara yönelik hem hastalar hem de sorumlu sağlık personelleri açısından tutumların incelenmesi için İstanbul da hizmet veren bir özel grup hastanesinde Kasım 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında dağıtılan

anket formları aracılığıyla veriler toplanmıştır. Toplanan veriler düzenlendikten sonra 212 hasta ve 88 sorumlu sağlık personelinin anketleri geçerli olduğundan analize dahil edilmiştir.

Anket formları, hem hastalar hem de sorumlu sağlık personelleri açısından özel sağlık sigortaları sorunları ile ilgili tutumlarının ölçülebilmesi için demografik soruların yanı sıra; "Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum" şıklarını içeren 5'li likert ölçeği de kullanılmıştır. Demografik sorular ile birlikte hastalar açısından özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri, özel sağlık sigortasına sahip olmalarından memnun olup olmadıklarını vb. ölçebilecek sınıflı ve sıralı ölçekli kapalı uçlu sorular ile yöneticiler açısından yaşanan sorunlara farklı bakış açıları sağlamak için açık uçlu sorulara da yer verilmiştir.

Sorumlu sağlık personeli başlığı altında örnekleme dahil edilen sağlık personelleri; kurumda dolaylı veya direkt olarak bir şekilde özel sağlık sigortaları ile ilgili işlem yapma, bilgi verme yetkisine sahip Mali İşler Sorumlusu, Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu, SGK Sorumlusu, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Başhemşire, Sorumlu Hemşire, Doktor gibi sağlık personelleridir.

Hem hastalara hem de sorumlu sağlık personellerine anket formları dağıtılmış ve formların cevaplanması istenmiştir. Formların cevaplanmasında, her iki grup için de gönüllü cevaplayıcılık ilkesi esas alınarak ve hastaların psikolojileri de göz önünde bulundurularak anket formlarının cevaplanması istenmiş ve geri dönüşün %85 civarında olduğu gözlenmiştir.

Uygulamada elde edilen verilerin düzenlenmesi ile gerekli analizlerin yapılabilmesi için SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Bu paket program aracılığıyla hem hasta hem de sorumlu sağlık personelleri açısından demografik ve likert sorularının frekans analizleri, gerekli değişkenler arası çapraz tablolar, özel sağlık sigortaları sorunlarına yönelik tutumların hangi demografik özelliklere göre farklılaştığının belirlenmesi için parametrik hipotez testlerinden Bağımsız Örnek t Testi, Tek Yönlü ANOVA Testi ve Korelasyon Analizi gibi analizler kullanılmıştır. Analizlerde parametrik testlerin kullanılması için gerekli olan varsayımların sağlanıp sağlanmadığı incelenmiş ve testlerin kullanımına bu varsayımlara göre karar verilmiştir.

Testlerde kullanılacak serilerin dağılımları Kolmogorov-Smirnov Testleri ile incelenmiş ve serilerin normal dağılıma sahip olduğu belirlendiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Ayrıca, anketin güvenilirliği için elde edilen Cronbach's Alpha değeri hastalara uygulanan anket için 0,831; sağlık personeline uygulanan anket için 0,883 olarak elde edilmiştir.

### **3.3. Bulgular**

Çalışmanın bundan sonraki kısmında istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilecektir. Uygulamada hem hasta hem sorumlu sağlık personeli ele alındığından her analiz iki grup için de tekrarlanmıştır.

#### **3.3.1. Hasta Açısından Analiz Sonuçları**

Örnekleme yer alan hastaların özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili görüş ve tutumlarını belirttikleri anket formlarından elde edilen verilere göre demografik özelliklerin frekans dağılımları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 5. Ankete Katılan Hastaların Demografik Özellikleri**

Değişken		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	124	58,5
	Erkek	88	41,5
<b>Medeni Durum</b>	Evli	130	61,3
	Bekar	51	24,1
	Dul	31	14,6
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	6	2,8
	Lise	44	20,8
	Önlisans	36	17
	Lisans	79	37,3
	Lisansüstü	47	22,2
<b>Yaş</b>	18-30 arası	49	23,1
	30-40 arası	90	42,5
	40-50 arası	42	19,8
	50-60 arası	21	9,9
	60 ve üzeri	10	4,7
<b>Gelir</b>	1000 TL'den az	41	19,3
	1001-3000 TL	51	24,1
	3001-4000 TL	58	27,4
	4001 ve üzeri	62	29,2
<b>Meslek</b>	Serbest Meslek	53	25
	Memur	31	14,6
	İşçi	17	8
	Emekli	30	14,2
	Öğrenci	11	5,2
	Ve diğer	70	33

Tablo 5’ de yer alan demografik özelliklerin frekans analizleri incelendiğinde; ankete katılanların %58,5’i kadın hastalardan oluşurken %41,5’i erkek hastalardan oluşmaktadır ve hastalardan %14,6’sı medeni durumunu dul olarak belirtirken, %24,1’i bekar, %61,3’ü evli olarak belirtmiştir. Hastaların %37,3’ü lisans mezunu iken %22,2’si lisansüstü eğitime sahiptir. Bu oranları %20,8 ile lise mezunları takip eden geri kalan yaklaşık %20’lik kısmının %2,8’, ilköğretim geri kalan yüksek kısmı ise ön lisans mezunudur.

Hastaların gelir durumu incelendiğinde %29,2'sinin 4000TL ve üzeri gelire sahip olduğunu beyan ettiğini, %27,4'ünün 3000-4000TL, %24,1'inin 2000-3000TL arası gelire sahip olduğunu söylemek mümkündür. Hastaların %19,3'ünün ise geliri 1000TL altında yer almaktadır. Hastaların meslekleri incelendiğinde %25'inin serbest meslek sahibi, %14,6'sının memur, %14,2'sinin emekli, %8'inin işçi, %5,2'sinin öğrenci ve %33'ünün ise birden fazla başlıklar altında toplanan gazeteci, şirket sahibi vb. gibi meslek gruplarına dahil olduğunu söylemek mümkündür. Ankete uygulandığı özel hastaneden sağlık hizmeti alan hastaların yaş grupları incelendiğinde ise %23,1 18-30 yaş arası, %42,5 30-40, %19,8 40-50, %9,9 50-60 ve %4,7 60 yaş ve üzeri olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 6. Hastaların Sigortaları ile İlgili Frekans Tablosu**

		Frekans	
		Sayı	%
<b>Sosyal Güvence</b>	<b>Sgk</b>	146	68,9
	<b>Banka-vakıf</b>	43	20,3
	<b>İsteğe bağlı</b>	23	10,8
<b>Sağlık Poliçesi Türü</b>	<b>Bireysel</b>	93	43,9
	<b>Aile Sigortası</b>	84	39,6
	<b>Grup Sigortası</b>	35	16,5
<b>Sigorta Temini</b>	<b>Bireysel</b>	102	48,1
	<b>İşveren</b>	110	51,9

Hastaların özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili tutumların ölçüleceği anket formunda yer alan sosyal güvence sorusuna hastaların %68,9'u SGK, %20,3'ü banka veya vakfa bağlı sigorta, %10,8'i ise isteğe bağlı sigorta cevabını vermiştir.

Hastalara sahip oldukları özel sağlık poliçesinin çeşidi sorulduğunda ise %43,9'unun bireysel sağlık sigortasına, %39,6'lık gibi büyük bir diğer kısmının ise aile sigortasına sahip olduğunu belirttiğini söylemek mümkündür. Hastaların %16,5'lik kısmının ise grup sigortasına sahip olduğunu beyan etmiştir. Özel sağlık sigortasına

sahip hastaların %48,1'inin sigortası işvereni tarafından temin edilmişken, %51,9'u ise bireysel olarak sağlık sigortası sahibi olmuştur.

Hastalar, özel bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda özel sağlık sigortası olup olmadığının sorulmasından rahatsız oluyor musunuz sorusuna %83,5'i hayır cevabı verirken %16,5'i evet rahatsız oluyorum cevabı vermiştir ve hastaların %16'sı özel sağlık sigortası olduğunu belirtmezken %84'ü belirttiğini ifade etmiştir.

Özel sağlık sigortası olduğunu belirtmeyen hastaların %20'si kurumların kendi çıkarlarına göre bu durumu kullandığını belirtirken, yaklaşık %13'ü gerek duymadığını, yine %20'si zaman tasarrufu olması açısından belirtmediğini, %28,2'si zaten direkt sorulduğunu, %2,35'i doktorların tanıdık olması ve %16,4'ü ise diğer nedenlerden dolayı belirtmediğini söylemektedir.

**Tablo 7. Poliçe Satın Alırken Yaşanan Sorunlar ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S1	33	15,6	101	47,6	41	19,3	35	16,5	2	0,9
S2	22	10,4	107	50,5	38	17,9	37	17,5	8	3,8
S3	18	8,5	88	41,5	47	22,2	49	23,1	10	4,7
S4	25	11,8	93	43,9	63	29,7	30	14,2	1	0,5
S5	27	12,7	95	44,8	47	22,2	38	17,9	5	2,4
S6	28	13,2	113	53,3	34	16,0	31	14,6	6	2,8
S7	28	13,2	80	37,7	45	21,2	52	24,5	7	3,3
S8	40	18,9	102	48,1	36	17,0	32	15,1	2	0,9

Hastalara yöneltilen likert ölçek sorularının ilk alt başlığı olan poliçe satın alınma aşamasındaki tutumların frekansları Tablo 7.'de verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların yaklaşık %63'lük gibi büyük bir kısmı sigorta şirketinin poliçe ile ilgili tüm ayrıntıların açıklandığını belirtirken, %19,3'lük kısmı bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir. Hastaların %17,4'lük kısmı ise bu tutuma katılmamaktadır.

Hastaların %60,9'u bu esnada bazı önemli konuların açıklandığını söylerken yaklaşık %28'lik bölümü sadece sorulan sorulara cevap verildiğini söylemektedir.

Poliçe satın alırken yöneltilen soru formu yeterince kapsamlı olup olmadığı sorusuna hastaların %30'luk bölümü bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Geri kalan yaklaşık %15'lik kısmı ise yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Hastalar kullanıma bağlı bir indirim yapıp yapılmayacağı ve poliçenin yenilenip yenilenemeyeceği konularında verilir bilgilendirilmesinin de büyük oranlarda yeterli olduğunu belirtmektedir. Ancak hastaların sırasıyla yaklaşık %30'luk ve %16'lık bölümü bu konularda kararsız olduklarını ifade etmiştir.

Poliçe satın alma işlemleri sırasındaki tutumların ölçüldüğü sorularda bekleme süresi ile ilgili bilgi verildi mi sorusuna olumsuz cevaplayan hastaların oranının arttığı gözlenmiştir ve diğer hastaların %27,8'si olumlu cevap verirken %21,2'si ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Özel sağlık sigortasının maddi kısmı ile ilgili sorular ele alındığında Tablo 8.'de elde edilen sonuçlara göre hastaların sorunların %57,6'sı primlerin yüksek olmasından kaynaklandığını savunurken %25,5'i gibi oldukça önemli bir kısmı da kararsız kaldığını belirtmiştir.

**Tablo 8. Özel Sağlık Sigortası İle İlgili Sorunların Frekansları**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S9</b>	36	17,0	86	40,6	54	25,5	32	15,1	4	1,9
<b>S10</b>	15	7,1	70	33,0	73	34,4	52	24,5	2	0,9
<b>S11</b>	10	4,7	46	21,7	68	32,1	78	36,8	10	4,7
<b>S12</b>	35	16,5	85	40,1	60	28,3	31	14,6	1	0,5
<b>S13</b>	29	13,7	65	30,7	65	30,7	49	23,1	4	1,9

Hastaların yaklaşık %40'ı mali açıdan hastane bazında sorunlar yaşanmadığını belirtirken %34,4'ü kararsız olduğunu, %25,4'ü ise hastane açısından sorun yaşanmadığını belirtmektedir.

Hastaların %32,1'i sorunların doktorlar bazında yaşandığı konusunda kararsızken, %26,4'ü bu konuda kararlı ve sorunların doktorlardan kaynaklandığını, %41,5'i ise doktorlardan kaynaklanmadığını belirtmiştir.

Hastaların %56,6'sı maddi sorunların poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklandığını söylerken, asıl sorunun ise 44,4'lük bir ara ile provizyon işlemlerinden kaynaklandığını belirtmektedir.

Hastaların %15,1'i ise poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşmadığını belirtmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda özel sağlık sigortası ile ilgili hastaların %41,9'u farklı bir uygulama ile karşılaştıklarını belirtirken, %25,5'i bu konuda kararsız olduğunu, %32,5'i farklı bir uygulama ile karşılaşmadıklarını belirtmektedirler.

**Tablo 9. Özel Sağlık Kuruluşlarına Başvurulduğunda Yaşanan Sorunların Frekans Tablosu**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S14</b>	27	12,7	62	29,2	54	25,5	62	29,2	7	3,3
<b>S15</b>	33	15,6	46	21,7	61	28,8	64	30,2	8	3,8
<b>S16</b>	45	21,2	63	29,7	51	24,1	45	21,2	8	3,8
<b>S17</b>	39	18,4	87	41,0	47	22,2	34	16,0	5	2,4
<b>S18</b>	20	9,4	51	24,1	83	39,2	48	22,6	10	4,7

Hastaların %37'si gereksiz tetkiklerin yapıldığını savunurken, %34'ü bu görüşe katılmamaktadır. Bu görüşe katılmayan hastaların %30,2'si katılmıyorum cevabını verirken, %38'i kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir. Aynı şekilde bu görüşe katılan hastaların %21,7'si bu görüşe katıldığı cevabını verirken %15,6'sı kesinlikle katıldığı cevabını vermiştir.



Hastaların %50,9'u özel sağlık sigortasına sahip hastalara daha fazla ilgi gösterildiğini savunurken %24,1'i bu konuda kararsızdır. Aynı şekilde hastaların %59,4'ü daha hızlı hizmet sunulduğunu belirtirken %22'si bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir.

Hastaların %33,5'i özel sağlık sigortasına sahip hastalara daha pahalı hizmet sunulduğunu düşünürken %27,3'ü bu görüşe katılmamakta ve %39,2'si gibi büyük bir bölümü ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir.

Daha pahalı hizmet sunulduğunu düşünen hastaların %4,7'si bu konuda tutumunu kesinlikle katılıyorum olarak belirtirken daha pahalı hizmet sunulmadığını söyleyen 27,3'lük oranın %9,4'ü tutumunu kesinlikle katılmıyorum olarak belirtmektedir.

**Tablo 10. Özel Sağlık Kuruluşunda Sorunlarla İlgili Bilgi Verilmesinin Frekans Tablosu**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S19</b>	42	19,8	109	51,4	44	20,8	13	6,1	4	1,9
<b>S20</b>	27	12,7	96	45,3	53	25,0	23	10,8	13	6,1
<b>S21</b>	26	12,3	73	34,4	49	23,1	48	22,6	16	7,5

Hastalar özel sağlık kuruluşlarında özel sağlık sigortasına sahip hastalara sağlık sorunuyla ilgili yeterli bilgi verilmesi konusunda ise %71,2'lik bir oranda katılmakta, %8 oranında katılmamakta, %20,8'lik oran ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir.

Tablo 11.' de yer alan ve yapılacak operasyon ve nedeni ile ilgili olarak yapılan bilgilendirmelerin sonuçları incelendiğinde hastaların bu konu ile ilgili genel

tutumlarının olumlu yönde olduğunu ve hiç azımsanmayacak oranlarda da kararsız olduklarını söylemek mümkündür.

**Tablo 11. Sağlık Kuruluşlarında Yapılacak Operasyon Ve Yatış Nedeni İle İlgili Frekans Tablosu**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S22</b>	44	20,8	102	48,1	44	20,8	17	8,0	5	2,4
<b>S23</b>	28	13,2	88	41,5	57	26,9	33	15,6	6	2,8
<b>S24</b>	21	9,9	63	29,7	61	28,8	53	25,0	14	6,6

Hastalara anlaşmalı kurumlarda aldıkları hizmetlere yönelik sağlık sigortası ile genel memnuniyetlerini ölçmek adına sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılımları Tablo 12.'de yer almaktadır. Hastaların sağlık sigortası ile aldıkları hizmetlerden %84,4 oranında memnun olduklarını, sağlık personeli hizmetleri için ise bu oranın %80,7 olduğunu, hasta temsilcisi açısından %78,3 olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bu tutumlarda kararsızım seçeneklerinin oranlarının da azımsanmayacak kadar yüksek olduğunu göz önünde bulundurmak gereklidir.

**Tablo 12. Anlaşmalı Kurumdan Kaynaklanan Sorunların Frekans Tablosu**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S25</b>	56	26,4	123	58,2	24	11,3	9	4,2		
<b>S26</b>	60	28,3	111	52,4	33	15,6	8	3,8		
<b>S27</b>	57	26,9	109	51,4	34	16,0	10	4,7	2	0,9
<b>S28</b>	42	19,8	102	48,1	58	27,4	10	4,7		
<b>S29</b>	37	17,5	66	31,1	91	42,9	15	7,1	3	1,4
<b>S30</b>	48	22,6	87	41,0	64	30,2	12	5,7	1	0,5

Ankete katılan hastaların %79,2'si özel sağlık sigortası hakkında bilgi isteyen bir yakınınızı ikna eder miydiniz sorusuna evet cevabını verirken, %20,8'i hayır cevabını vermiştir.

EK Tablo 10'da yer alan çapraz tablo sonuçlarına göre sağlık sigortası işverenin tarafından temin edilen hastaların %47,6'sı bir yakınını özel sağlık sigortasından yaptırmaya ikna edebileceğini söylerken, bireysel olarak sigorta sahibi olan hastaların %52,4'ü bu soruya evet olarak yanıt vermektedir.

Hastanenin özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlarına yönelik tutumlarından elde edilen puanların bir yakınını sağlık sigortası yaptırmaya ikna edip etmemeye göre değişip değişmeyeceğinin incelenmesi için yapılan bağımsız bir t testi sonuçları Ek Tablo 11'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre Levene testi iki grup için de (ikna ederim diyen ve ikna etmem diyen hastalar) homojen varyans varsayımının sağlandığını (prob 0,05) Bağımsız Örnek t testi sonucu da (prob<0,05) bu 2 gruba göre sağlık sigortası tutumlarının değiştiğini göstermektedir.

Sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumların hastaların gelir seviyelerine göre değişip değişmediğinin incelenmesi için yapılan Anova testi sonuçları tek yönlü Ek Tablo 12'de yer almaktadır. Anova testi öncesi varyansların homojenliğini sınavan Levene testi prob. değeri 0,559 olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre varyansların eşitliğini gösteren hipotez reddedilemez. (prob>0,05) ve Anova analizi yapılabilir.

Ancak elde edilen Anova testi sonuçlarına göre prob değeri 0,357'dir ve bu durumda ve gelire göre sağlık sigortası sonuçları tutumları farklılık göstermemektedir. (prob=0,05).

Aynı şekilde Ek Tablo 12'de yer alan eğitim seviyelerine göre sağlık sigortası sonuçlarının farklılık gösterip göstermeyeceğinin incelendiği Anova test sonuçları varyansların her grup için homojen olduğunu (prob>0,079>09,05) ve t testi istatistiğinin prob değerine göre eğitim seviyeleri sağlık sigortası sonuçlarının tutumlarıyla farklılık yaratmadığını göstermektedir. Diğer bir nominal değişken medeni durum değişkeninin tutumlarda farklılık yaratıp yaratmadığını incelemek için de Anova testi kullanılmıştır. Ek Tablo 12'de yer alan tek yönlü test sonuçlarına göre varyanslar eşittir. (prob=0,545>0,05). Anova testi sonucu elde edilen F istatistiğinin prob değeri; ise 0,010 olduğundan medeni durumlarına göre sağlık sigortası sonuçları tutumları değişmektedir.

Özel sağlık sigortasına sahip hastaların özel sağlık kuruluşlarında hizmet satın alındığında %35,4'ü taburcu olurken hizmetin bedelini öğrenirken, %12,7'si provizyondan öğrendim, %23,1'si hastane bilgi vermiyor derken, %23,1'i ihtiyaç duymadığını, %5,7'si de öğrenmediğini belirtmiştir.

Özel sağlık sigortası sonuçlarının primlerin yüksek olması ve provizyon gibi sorunlardan kaynaklanması tutumların ortalamasını cinsiyete göre farklılık yaratıp yaratmadığını incelemek için Bağımsız Örnek t testi kullanılmıştır. Bu test sonuçlarına göre varyanslar eşit ve t testi sonucu prob değeri 0,035'tir. Diğer bir ifade ile prob<0,05 olduğundan cinsiyete göre farklılık söz konusudur.

EK Tablo 12'de yer alan Anova testleri sırayla medeni durum, eğitim ve gelir seviyelerinin farklılık yaratıp yaratmadığını incelemek için elde edilmiştir. Test sonuçlarına göre medeni durum, gelir ve meslek konularındaki tutumlarda fark yaratmazken (prob>0,05) eğitim seviyesi provizyon gibi sonuçların tutumlarında farklılık yaratmaktadır (prob<0,05).

### 3.3.2. Sorumlu Sağlık Personeli Açısından Analiz Sonuçları

Örneklemede yer alan sorumlu sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili görüş ve tutumlarını belirttikleri anket formlarından elde edilen verilere göre demografik özelliklerin frekans dağılımları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 13. Ankete Katılan Sorumlu Sağlık Personelinin Demografik Özellikleri**

Değişken		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	24	27,3
	Erkek	64	72,7
Medeni Durum	Evli	28	31,8
	Bekar	59	67
	Dul	1	1,1
Eğitim Durumu	İlköğretim	28	31,8
	Lise	28	31,8
	Önlisans	18	20,5
	Lisans	6	6,8
	Lisansüstü	8	9,1
Yaş	18-30 arası	33	37,5
	30-40 arası	40	45,5
	40-50 arası	11	12,5
	50-60 arası	3	3,4
	60 ve üzeri	1	1,1
Kurum Pozisyon	Hasta Hesapları/Vezne	33	37,5
	Yönetici	11	12,5
	Doktor/Hemşire	20	22,7
	SGK Sorumlusu	7	8
	Hasta Temsilcisi	13	14,8
	Tıbbi Sekreter	4	4,5

Hastaların özel sağlık sigortası işlemleri ile ilgilenen sorumlu sağlık personeli açısından da özel sağlık sigortası sorunlarına y6nelik tutumların 6l6lmesi i6in yapılan anket sonu6larına g6re elde edilen bulgular aşağıda 6zetlenmiştir.

Ankete katılan sorumlu personelin %37,5' i 18-30 yaş arası, %45,5'i 30-40 yaş arası, %12,5'i 40-50 yaş arası iken sorumlu personelin yaklaşık %4,5'i 50 yaş üzeridir. Sorumlu sağlık personelinin %72,7'si kadın personelden oluşurken geri kalan %27,3'l6k kısmı erkek sorumlu sağlık personelinden oluşmaktadır ve sorumlu sağlık personelinin %67'si evliyken %33'6 bekadır.

Sağlık personellerinin eğitim durumları incelendiğinde hem lise hem 6n lisans mezunu personelin oranlarının %31,8 ile aynı olduğu g6zlenmektedir. Personelin %20,5'i lisans mezunu iken %6,8'i y6ksek lisans, %9,1'inin ise doktora mezunu olduğunu s6ylemek m6mk6nd6r.

**Tablo 14. Ankete Katılan Sorumlu Sağlık Personelinin Kurum İçi Çalışma Özellikleri**

Değişken		Sayı	%
<b>Kurum İçindeki Mesleki Pozisyon</b>	<b>Hasta hesapları</b>	33	37,5
	<b>Yönetici</b>	11	12,5
	<b>Doktor/hemşire</b>	20	22,7
	<b>SGK sorumlusu</b>	7	8
	<b>Hasta temsilcisi</b>	13	14,8
	<b>Tıbbi sekreter</b>	4	4,5
<b>Toplam Görev Süreniz</b>	0-1 yıl arası	5	5,7
	1-5 yıl arası	28	31,8
	5-10 yıl arası	19	21,6
	10-15 yıl arası	19	21,6
	15 yıl ve üzeri	17	19,3
<b>Kurumdaki Görev Süreniz</b>	0-1 yıl arası	11	12,5
	1-5 yıl arası	33	37,5
	5-10 yıl arası	23	26,1
	10-15 yıl arası	14	15,9
	15 yıl ve üzeri	7	7,9
<b>Eğitim Programına Katıldınız Mı?</b>	Evet	50	56,8
	Hayır	38	43,2

Tablo 14’de belirtilen frekans durumlarına bakıldığında; sorumlu sağlık personelinin %37,5’i hasta hesapları/vezne konusunda çalışırken %22,7’sinin doktor ve hemşire, %14,8’inin hasta temsilcisi, %12,5’inin yönetici, %8,0’ın SGK sorumlusu ve %4,5’inin de tıbbi sekreter olduğunu söylemek mümkündür. Bu şekilde dağılıma sahip olan sağlık personellerinin özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili tutumlarını ölçmek için kaç yıldır sağlık sektöründe ve kaç yıldır bu özel sağlık kurumunda çalıştığı oldukça önemli olduğundan personelin tecrübeleri de ölçülmüştür.

Sorumlu sağlık personellerinin özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik herhangi bir eğitim programına katılıp katılmadıkları sorulduğunda %56,8’inin bu konu ile ilgili eğitim aldığını, %43,2 sinin ise bu konu ile ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir.

Hasta kaynaklı problem başlığı altındaki likert ölçekli sorular incelendiğinde; sorunların poliçe satın alınırken sözleşmenin okunmamasından kaynaklandığına kesinlikle katılan sorumlu sağlık personeli %38,6lık kısmı oluştururken, %44,3'ü katıldığını, %15,9'u kararsız olduğunu ve %1,1'i ise bu görüşe katılmadığını belirtmiştir.

Sorumlu personelin yaklaşık 73,8'i verilen bilgilerin hatırlanmamasından dolayı hasta kaynaklı problemin olduğunu belirtirken %4,5'i bu görüşe katılmamakta, %21,6 gibi bir kısım ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Sorumlu sağlık personelinin yaklaşık %76'sı sigortaya eksik beyan verilmesinden dolayı sorun yaşadığını belirtirken %13,6'sı bu konuda kararsız olduğunu, yaklaşık %10'u ise bu olgunun sorun teşkil etmediğini belirtmiştir.

Sorumlu sağlık personelinin yaklaşık %69'u bekleme süresinin kabul edilmeyişinden kaynaklı problemlerin yaşandığını söylerken %10,2'si tam tersini düşünmekte ve personelin %20,5'lik gibi bir kısmı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmektedir.

Genel istisnaların bilinmeyişinden dolayı sorun yaşanması düşüncesine personelin yaklaşık %80,6'sı katılıyorum diye cevap verirken %3,4'ü katılmamakta, %15,9'u ise kararsız kalmaktadır.

Sağlık personelinin işlem öncesi verilen bilginin anlaşılmasından dolayı sorun yaşanması ve hastanın ödeme yapmak istememesinden dolayı sorun yaşaması olgularında sırasıyla; yaklaşık %57'si ve %49'u bu düşüncelere katılırken yaklaşık %21'i her iki düşünceye de katılmamaktadır. %22,7'lik ve %30,7'lik oranda bir kesim ise bu iki olgu konusunda kararsızdır.

Hasta kaynaklı problemlerin maddi kaynaklı olduğu düşüncesine %66,8'lik kesim katılırken %18,2'lik bir kesimi bu düşünceye katılmamaktadır. %22,7'lik bir grup ise bu düşünce hakkında kararsızdır.

Sağlık personelinin hastanın aldığı hizmetten memnun olmaması olgusunda %29,5'i bu düşünceye katılırken %20,4'ü aynı düşünceyi savunmamaktadır. %50'si ise bu problemin sunulan hizmetten kaynaklı olduğu konusunda kararsızdır.



Hastanın sigortalı olmadan önceki sağlık bilgilerini doğru ve eksiksiz vermemesi durumunun problem yarattığı olgusuna sağlık personelinin %62,5'i katılırken %6,8'i bu durumun aksine düşünmektedir. %30,7'si ise bu durumun yaratacağı problem etkisi konusunda kararsızdır.

**Tablo 15. Hasta Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S1</b>	34	38,6	39	44,3	14	15,9	1	1,1	-	-
<b>S2</b>	20	22,7	45	51,1	19	21,6	4	4,5	-	-
<b>S3</b>	14	15,9	53	60,2	12	13,6	8	9,1	1	1,1
<b>S4</b>	20	22,7	41	46,6	18	20,5	9	10,2	-	-
<b>S5</b>	26	29,5	45	51,1	14	15,9	3	3,4	-	-
<b>S6</b>	14	15,9	36	40,9	20	22,7	16	18,2	2	2,3
<b>S7</b>	17	19,3	26	29,5	27	30,7	12	13,6	6	6,8
<b>S8</b>	15	17,0	35	39,8	27	30,7	11	12,5	-	-
<b>S9</b>	3	3,4	23	26,1	44	50,0	14	15,9	4	4,5
<b>S10</b>	14	15,9	41	46,6	27	30,7	6	6,8	-	-

Hekim kaynaklı problemlere bakıldığında yapılan işlemle ilgili raporun eksik yazılmasından kaynaklı problem olgusuna sağlık personelinin %61,4'lük kısmı katılırken %17'lik bir kesim tam aksini düşünmektedir. Personelin %21,6'lık kısmı ise konu hakkında kararsız olduğunu belirtmiştir.

Sağlık personelinin sırasıyla %39,7 ve %44,3'lük kesimi, yapılan işleme karşılık gelen hizmetin yanlış iletilmesi ve işlem öncesinde gerekli ön bilgilendirme yapılmayışı olgularının problem yarattığı düşüncesine katılırken, yine sırasıyla %31,8 ve %29,5'lik kesimi tam tersini düşünerek bu olgulara katılmamaktadır. %28,4 ve %26,1'lik kesim ise bu iki durum hakkında kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Sorumlu sağlık personelinin %48,9'u hasta yönlendirmesiyle tanı ve teşhisten bağımsız olarak tarama amaçlı tetkikler istenmesinden kaynaklı sorun yaşandığı olgusuna katılırken, %26,1'i bu durumun sorun yaratmadığını belirtmiştir. %25'lik bir kısım ise bu olgunun problem teşkil ettiği konusunda kararsızdır.

**Tablo 16. Hekim Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S11	21	23,9	33	37,5	19	21,6	15	17,0	-	-
S12	9	10,2	26	29,5	25	28,4	24	27,3	4	4,5
S13	12	13,6	27	30,7	23	26,1	25	28,4	1	1,1
S14	16	18,2	27	30,7	22	25,0	22	25,0	1	1,1

Anlaşmalı kurum kaynaklı problemlere bakıldığında sağlık personelinin %48,9'u anlaşma tanımının yanlış yapılmasından dolayı problemin ortaya çıktığını savunurken, %19,3'ü ise bu duruma katılmamaktadır. %31,8'lik kesim olgu hakkında kararsız olduklarını belirtmiştir.

Sağlık personelinin %43,1'i problemin kurum prosedürlerine göre ücretlendirmenin yapılmayışından kaynaklandığını savunurken, %38,7'si bu olguya katılmamaktadır. %18,2'si ise kararsızdır.

Çalışan yetersizliği nedeniyle provizyon süresinin uzamasından kaynaklı problemin oluşuna sağlık personelinin %64,8'i katılırken, %23,8'i bu olgunun problem yarattığı düşüncesine katılmamaktadır. %11,4'lük bir kesim ise olgu hakkında kararsızlıklarını belirtmişlerdir.

Problemin çalışan yetkinliğinin az olması ve doğru teminat gösterilerek provizyon alınmamasından kaynaklandığı düşüncelerine sağlık personelinin sırasıyla %50'si ve %34,1'i katılırken, %29,5'lik ve %35,3'lük kesim bu olgulara katılmamaktadır. Sırasıyla %20,5 ve %30,7'lik bir grup ise olgular konusunda kararsızlıklarını belirtmişlerdir.

Sigorta anlaşmalarını kabul etmeyen anlaşmasız hekim tercih edildiğinde hastaya hizmet vermeden önce doğru bilgilendirme yapılmamasından dolayı çıkan

problemlerin oluşunu sağlık personelinin %53,4'ü kabul ederken, %22,7'si bu olguyu savunmamaktadır. %23,9'u bu olgunun ne şekilde problem yaratacağı konusunda kararsızdır.

**Tablo 17. Anlaşılabilir Kurum Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S15</b>	8	9,1	35	39,8	28	31,8	14	15,9	3	3,4
<b>S16</b>	12	13,6	26	29,5	16	18,2	32	36,4	2	2,3
<b>S17</b>	19	21,6	38	43,2	10	11,4	20	22,7	1	1,1
<b>S18</b>	12	13,6	32	36,4	18	20,5	25	28,4	1	1,1
<b>S19</b>	8	9,1	22	25,0	27	30,7	29	33,0	2	2,3
<b>S20</b>	21	23,9	26	29,5	21	23,9	15	17,0	5	5,7

Tablo 17'de sistemsal ve tanımlama kaynaklı problemlere bakıldığında Sağlık personelinin sırasıyla %54,6'sı ve %65,9'u anlaşılabilir koşullarına göre sistemsal tanımlamada karşılaşılan hatalardan ve anlaşılabilir değişikliklerinde gerekli güncellenmenin geç yapılması veya yapılmamasından kaynaklanan problemlerin varlığını kabul etmektedir. Yine sırasıyla %9,1'i ve %6,8'i bu iki olgunun problem teşkil ettiği düşüncesine katılmazken, %36,4 ve %27,3'lük kesim kararsızlıklarını belirtmişlerdir.

TTB tanım değişikliklerinde bilgilendirme eksikliklerinden kaynaklı problemin varlığını sağlık personelinin %50'si kabul ederken %18,2'si bu düşünceye katılmamakta ve 31,8'i olgu konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir.

Sağlık personelinin %53,4'ü tanımlamanın sistemsal yapılmadığı için bazı hizmetlerin manuel hesaplanmasının probleme yol açtığını düşünürken %10,2'si bu düşünceye katılmamakta ve %36,4'ü ise konu hakkında kararsız olduğunu belirtmektedir.

**Tablo 18. Sistemsel ve Tanımlama Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S21</b>	18	20,5	30	34,1	32	36,4	8	9,1	-	-
<b>S22</b>	24	27,3	34	38,6	24	27,3	6	6,8	-	-
<b>S23</b>	15	17,0	29	33,0	28	31,8	13	14,8	3	3,4
<b>S24</b>	21	23,9	26	29,5	32	36,4	9	10,2	-	-

Tablo 18’de yer alan sigorta şirketinden kaynaklı problemler incelendiğinde Poliçe primlerinin yüksek olması durumunun hastanın beklentisini arttırması sebebiyle problem yarattığı olgusuna %73,8’lik kısım katılırken, %11,4’lük kısım bu düşünceye katılmamaktadır. %14,8’lik bir kesim ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin %80,7’si sigorta şirketinin poliçe teminatı dışındaki hususlarla ilgili yeterli bilgiyi paylaşmamasından kaynaklı problemin ortaya çıktığı düşüncesine katılırken %3,4’ü bu düşünceye katılmamakta ve %15,9’u konu hakkında kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Müşteri memnuniyeti adı altında rapor değişiklik taleplerinden kaynaklı problemin ortaya çıktığı düşüncesine sağlık personelinin %50’si katılırken %12,5’i bu olguya katılmamaktadır. %35,5’lik bir kesim ise konu hakkında kararsızlıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin %70,5’i problemin kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzamasından kaynaklı olduğunu savunurken, %10,2’si bu olgunun problem yaratmadığını düşünmektedir. %19,3’ü ise bu düşüncenin ne şekilde problem yaratacağı konusunda fikir sahibi değildir.

Telefonla dönülmesi gerekildiğinde sigortaya ulaşamaması olgusunun problem yarattığı düşüncesine sağlık personelinin %70,5’i katılırken, %12,5 ise katılmamaktadır. %17’si ise konu hakkında kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin sırasıyla %67’si ve %45,5’i sözlü ve onay verilmesine rağmen faturaların iade gönderilmesi ve onay numarası olmasına rağmen sistemde

onayların bulunmaması olgularının problem yarattığını savunurken, sırasıyla %11,4 ve %17'lik kesimler ise bu iki düşünceye katılmadıklarını belirtmişlerdir. %21,6 ve %37,5'lik kesim ise bu görüşler hakkında kararsızdır.

Problemlerin yazılı dönülen provizyonların geç cevaplanmasından dolayı ortaya çıktığı düşüncesi %73,8'lik kesim tarafından savunulurken, %43'lük kesim bu duruma katılmamakta ve %23,9'luk bir kesim ise konu hakkında kararsız olduklarını belirtmektedir.

Düzeltilme onaylarında yaşanan gecikmelerden kaynaklı problemlerin varlığını %72,7'lik kısım savunurken, %3,4'ü bu düşünceye katılmamaktadır. %23,9'luk kesim ise konu hakkında kararsızlıklarını ifade etmişlerdir.

Sorumlu sağlık personelinin %65,9'u sorunların provizyon yetkilisinin tecrübesizliğinden kaynaklandığını savunurken, geriye kalan kesimin %1,1'i bu düşünceye katılmamakta ve %33'ü bu olgu hakkında kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 19. Sigorta Şirketinden Kaynaklı Problemler ile İlgili Olgular**

Sorular	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>S25</b>	26	29,5	39	44,3	13	14,8	10	11,4	-	-
<b>S26</b>	33	37,5	38	43,2	14	15,9	3	3,4	-	-
<b>S27</b>	17	19,3	27	30,7	33	37,5	10	11,4	1	1,1
<b>S28</b>	24	27,3	38	43,2	17	19,3	8	9,1	1	1,1
<b>S29</b>	35	39,8	27	30,7	15	17,0	10	11,4	1	1,1
<b>S30</b>	28	31,8	31	35,2	19	21,6	10	11,4	-	-
<b>S31</b>	18	20,5	22	25,0	33	37,5	15	17,0	-	-
<b>S32</b>	34	38,6	31	35,2	21	23,9	2	2,3	-	-
<b>S33</b>	28	31,8	36	40,9	21	23,9	3	3,4	-	-
<b>S34</b>	27	30,7	31	35,2	29	33,0	1	1,1	-	-

Sorumlu sağlık personelinin özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlara yönelik tutumlarının cinsiyete göre değişip değişmediğinin incelenmesi için yapılan bağımsız örnek t testi sonuçlarına göre varyansların Levene testi sonuçlarına göre eşit olduğu gözlenmiştir (prob=0,392>0,05). Varyanslar homojen olduğundan t testi sonuçları ele alınmıştır. t testi sonucu elde edilen prob değeri 0,016'dır ve bu sonuca göre kadın ve erkek sorumlu sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumları farklılık göstermektedir. Personelin tutumları cinsiyete göre farklılık yaratmaktadır. Kadın personelin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumlarının ortalaması ( $\bar{x}$  k=3,72) erkek personelin tutum ortalamasından daha yüksektir ( $\bar{x}$ e=3,46)

Personelin medeni durumuna göre tutumların değişip değişmediği incelendiğinde ise prob. değerinin 0,228 olarak elde edildiği Ek Tablo 13'de görülmektedir. Bu sonuca göre medeni durumuna göre tutumları farklı değildir (prob > 0,05).

Sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutum ortalamalarının eğitim seviyesine göre farklı olup olmadığının incelenmesi için Anova testi yapılmıştır. Anova testi öncesi varyansların eşitliği Levene testi ile sınanmış ve varyansların eşit olduğuna ifade eden  $H_0$  hipotezi red edilememiştir (prob > 0,05). Yapılan Anova testi sonucuna göre F testinin prob değeri 0,612dir ve bu durum eğitim seviyesine göre personel tutumlarının farklı olmadığını ifade etmektedir (prob > 0,05).

Sorumlu sağlık personelinin kurumdaki pozisyonuna göre özel sağlık sigortası sorunlarına bakışlarının değişip değişmediğinin incelenmesi için Anova testi kullanılmıştır. Anova testi öncesi Levene test istatistiği 1,478 prob değerine ise 0,206 olarak elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre varyansların homojen olduğuna söylenebilmektedir. Devamında elde edilen Anova test istatistiği diğer bir ifade ile F istatistiği 3,086 olarak elde edilmiştir. F test istatistiğinin prob değerine 0,013 olduğundan sağlık personelinin kurumdaki pozisyonlarına göre sorunlara bakış açıları farklı ortalamalara sahiptir (prob < 0,05).

Farklılığın kurumdaki hangi pozisyondan kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan çoklu karşılaştırma Post Hoc testlerinden Tukey testi sonuçlarına göre SGK sorumlularının farklılık yaratan pozisyon olduğuna belirlenmiştir. SGK ile hasta temsilcisi

prob değeri 0,011 olduğundan diğer pozisyonlara göre bu iki pozisyonadaki sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik bakış açısı farklıdır.

Sağlık personellerinin hem toplam sağlık sektöründe çalışma süresinin hem de söz konusu kurumdaki çalışma süresinin sorunlara yönelik tutumlarda farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi için yapılan Anova testi sonuçlarına göre prob değerleri sırasıyla 0,306 ve 0,574 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre çalışma süreleri sorunlara yönelik tutum ortalamalarında farklılık yaratmaktadır (prob > 0,05).

Sorumlu sağlık personeline açık uçlu soru olarak sorulan özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan en önemli sorunun ne olduğu sorusuna hem hastalar hem de kurum açısından elde edilen sonuçlar oldukça dikkat çekmektedir. Personelin %46,6'sı hasta açısından özel sağlık sigortası sorunlarının en önemli konusunun bilgi yetersizliğinden, %53,4'ü ise provizyondan kaynaklandığını belirtmektedir. Kurum açısından ise personelin %27,3'ü otomasyondan kaynaklı sorunları en önemli sorun olarak görürken, %26,1'i bilgi eksikliğini, %21,6'sı provizyon sorununu, %17'si iletişim eksikliğini ve %8'i ise anlaşmaları en büyük sorun olarak gördüğünü belirtmiştir.

### **3.4. Genel Değerlendirme**

Çalışmanın amacı son dönemlerdeki hastanelerde yaşanan özel sağlık sigortası sorunlarının hem sağlık personeli hem de hasta açısından ele alınması ve sorunların farklı bakış açılarına göre incelenmesidir. Bu nedenle yapılan analiz sonuçları sorunların hangi konular etrafında yoğunlaştığını ve yoğunluğun hem hastalar hem de özel sağlık sigortası sorunları ile ilgilenen sağlık personeli açısından nasıl bir farklılık yarattığı belirlenmiştir.

Hastaların özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili tutumlarından elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde şu sonuçlar dikkat çekmektedir.

Söz konusu sağlık kurumundan hizmet talep eden ve örneklemimizi oluşturan hastaların eğitim seviyeleri oldukça yüksektir.

Özel sağlık sigortasına sahip hastaların sigortayı temin etme türleri incelendiğinde, sigortanın bireysel olarak temin edilmesi ile işveren tarafından temin edilmesine ait oranların birbirine oldukça yakın olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, hastaların işverenleri tarafından sigortalanması beklenenden oldukça yüksek bir oranda olduğu söylenebilir. Bu durum da özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumlarda memnuniyeti artırıcı yönde etki yaratmaktadır. Hastalar özel sağlık sigortası için artı bir bedel ödemediğinden sorunlara yönelik tutumları memnuniyet yönündedir.

Diğer bir farklı sonuç ise hastaların özel sağlık sigortası sahibi olup olmadığının sorulmasından rahatsızlık duymaması olarak elde edilmiştir. Bunun yanı sıra hastaların oldukça büyük bir çoğunluğu özel sağlık sigortası sahibi olduğunu sorulmadan kendi belirttiğini söylemektedir. Bu sonucu destekleyen diğer bir sonuç da hastaların genel bir yargı olarak görülen özel sağlık sigortasına sahip hastaların gereksiz tetkiklere tabi tutulması kanısına katılmamasıdır.

Hastaların büyük bir çoğunluğu sağlık hizmeti satın alma aşamasından önce poliçe satın alma işlemi sırasında gerekli tüm ayrıntıların detaylı bir şekilde açıklandığını belirtirken, bu konuda kararsız olan hastaların oranı da azımsanmayacak kadardır ve hastaların yaklaşık olarak yarısı özel sağlık sigortası sahibi olma sebebi ile farklı bir uygulama ile karşılaştıklarını belirtmektedir.

Hastalardan elde edilen sonuçların geneli incelendiğinde poliçe satın alma işleminden hastaneden sağlık hizmeti satın alma işlemine kadar özel sağlık sigortaları ile ilgili tutumlarında memnuniyet söz konusu iken konu provizyon, bekleme süresi ile ilgili detaylı bilgi alma konularında memnuniyetsizlik ve kararsız olma oranları artmaktadır. Bu sonuçta özel sağlık sigortaları sorunları açısından hastaların en çok provizyon konusunda da hem fikir olduğunu göstermektedir.

Hastaların bir yakını özel sağlık sigortası sahibi olmaya ikna edip etmeyeceği konusunda işvereni tarafından özel sağlık sigortası temin edilen hastalar daha az oranda evet cevabını verirken hayır diyenler aynı orana sahiptir diğer bir ifade ile ortak bir dağılıma sahiptir.

Yapılan istatistikî testlerde gelire göre özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumlarda bir farklılık elde edilememiştir. Bu durum normal karşılanabilir. Çünkü



örnekte yer alan hastaların gelir seviyelerinin frekansları incelendiğinde yüksek gelirli hastalardan oluştuğu gözlenmiştir. Bu durumda farklılığın olmamasına sebep olmaktadır.

Özel sağlık sigortası ile ilgili işlemlerde sorumlu olan veya bu sorunlarla karşı karşıya kalan ve çözüm arayan sağlık personelinin de görüşlerinin alındığı çalışmada elde edilen sonuçlar genel olarak ele alındığında aşağıdaki sonuçlar dikkat çekmektedir.

Hastaların aldığı hizmetlerden memnun olup olmaması konusunda örnekleme yer alan sorumlu sağlık personelinin yarısı kararsız olduğunu belirtmiştir. Sağlık personelinin büyük bir çoğunluğu özel sağlık sigortası ile ilgili sorunların sunulan hizmetten kaynaklandığı konusunda da kararsızdır. Bu sonuca göre sağlık personelinin, hastane hizmetlerinin memnun edici düzeyde olduğunu belirttiği ve özel sağlık sigortası sorunlarının bu memnuniyeti etkileyip etkilemeyeceği konusunda kararsız olduğu söylenebilir.

Sorumlu sağlık personeline göre hastaların özel sağlık sigortası ile ilgili yaşadığı sorunların büyük bir kısmı hastaların sigortalı olmadan önceki sağlık bilgilerini doğru ve eksiksiz belirtmemesinden de kaynaklanmaktadır. Sağlık personeline göre özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunların bir diğer nedeni ise poliçe primlerinin yüksek olması durumunda hastanın beklentisinin artması ve bununla probleme dönüşmesidir. Bu beklenti özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca sorumlu sağlık personeline göre sigorta şirketinin poliçe teminatı dışındaki hususlarla ilgili detaylı bilgi vermemesi de büyük bir sorun teşkil etmektedir.

Hastalar açısından elde edilen sonuçlarda yaşanan en önemli sorun provizyon ve bekleme süreleri ile ilgili detaylı bilgi verilmemesi olarak elde edilmişti. Sorumlu sağlık personeli de bu konuda aynı fikre sahip olduğunu belirtmiştir. Sorumlu sağlık personelinin çok büyük bir bölümü özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunların kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzaması ve telefonla dönülmesi gerektiğinde sigortaya ulaşılamaması gibi konuların büyük sorunlar yarattığını ifade etmektedir. Ayrıca sorumlu sağlık personeli provizyon ile ilgili sorunların provizyon yetkilisinden ve otomasyon sisteminden kaynaklandığı konusunda hem fikirdir.

İstatistiki test sonuçlarına göre sorumlu sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumlarının cinsiyete göre değiştiği söylenebilmektedir. Uygulamada seçilen örnekleme kadın sorumlu sağlık personeli yüzdesinin erkek personelden fazla olması da bu sonucu destekler niteliktedir. Yapılan test sonucunda cinsiyetin özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumlarda farklılık yarattığını göstermektedir.

Sağlık personelinin kurumdaki pozisyonuna göre de özel sağlık sigortası sorunlarına yönelik tutumların değiştiği gözlenmiştir. Bu farklılığın hangi pozisyondan kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan testler farklılığın SGK'dan sorumlu personelden kaynaklandığı göstermektedir. Bu durumda sorunlarla daha çok ilgilenen personelin sorunlara yönelik tutumlarda daha farklı bir bakış açısından yaklaştığını göstermektedir.

## **Sonuç**

Sigorta; kişi veya kurumların olumsuz bir takım olaylar sebep olduğu maddi ve manevi açıdan ortaya çıkan zararların belirli bir teminat altına alma esasına dayanmaktadır. Sigorta sisteminden faydalanan kullanıcıların (bireysel veya kurumsal, vb.) olumsuz olaylar karşısında maruz kalacakları büyük zararları küçük miktarlar karşılığında bir teminat altına alma prensibine dayanmaktadır. Sigorta sistemi Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Genel Sigorta ve Özel Sigorta olmak üzere üç farklı şekilde sunulmaktadır. Türkiye’de 2006 yılına kadar sosyal sigorta işlemleri SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı olmak üzere üç farklı kurum tarafından halkın hizmetine sunulmaktaydı. Yaşanılan bir takım olumsuzlukları ortadan kaldırma için bu üç kurum Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) altında birleştirilerek hizmete sunulmuştur. Temel olarak SGK, bireylerin yaş hadlerini tamamlamaları ve belirli bir süre boyunca devlete ödemesi gereken primleri tamamladıktan sonra maaş almalarını ve SGK ile anlaşmalı hastanelerde sağlık hizmetlerini cüzi bir ücret karşılığında almalarını sağlamaktadır. Öte yandan Genel sigorta, hiçbir sağlık güvencesi bulunmayan kişileri kapsarken, Özel Sağlık Sigortaları, kullanacak kişilere bağlı olarak farklı sağlık güvenceleri sağlamaktadır.

Özel Sağlık Sigortalarındaki ödeme miktarları, kullanacak kişinin talepleri doğrultusunda oluşturulacak poliçeye göre farklılık göstermektedir. Günümüzde Özel Sağlık Sigortaları ile hastane ve hastane çalışanları arasında yaşanan sorunların sebebi, bu sigorta sisteminin ülkemizde uygun bir zemini olmamasından kaynaklanmaktadır. Özel Sağlık Sigortaları, sağlık hizmetlerini hastanelerle yapmış oldukları anlaşmalara bağlı olarak vermektedirler. Sağlık hizmetinden faydalanacak kişilerin ödeyecekleri ücretler ise, hastanelerin hizmet politikalarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Özel hastanelerin hizmet politikalarındaki imtiyaz hakları kendilerinde olduğu için Türk Tabipler Birliğinin belirlemiş olduğu fiyatlara bağlı olarak şekillendirme yapabilmektedirler. Bu duruma bağlı olarak hastane ve özel sigorta şirketleri arasında rekabet artmakta, ayrıca özel sigorta hastaneler arasında yapılan farklı anlaşmalar hastaneler arası özel sigortalı hasta portföyünü etkileyerek hastaneler arası rekabeti de arttırmaktadır. Bu nedenle hastane ile özel sigorta arasında yaşanan problemlerin başında maddi nedenler gelmektedir. Yapılan anlaşmalar reel hizmet maliyetleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. Anlaşma koşulları hem sigorta elemanları hem de hastanenin özel sigortalıya hizmet veren tüm çalışanları tarafından iyi bilinmelidir, bunun için de özel sigorta hastane işbirliği ile hizmet içi eğitimler yapılmalıdır. Ayrıca anlaşma koşullarının, TTB tanım değişikliklerinin güncel olarak otomasyon sistemine tanımlanması ve çalışanların anında uyarılacağı bir anlaşmalı kurumlar uyarı sisteminin otomasyonlarda yapılandırılması kişi kaynaklı işlem hatası, maddi kayıpları ve zaman kaybını önleyecek ve hasta memnuniyeti yaratacaktır. Özel sigortalı hastanın işlemleri için, hastaya verilen hizmetlerle ilgili sigorta kurumundan provizyon alma işleminin en hızlı şekilde yapılması için gerekli alt yapı hazırlanmalı, tel. veya faks yerine online provizyon alınabilmeli, sistemi desteklemek için hastane otomasyon sistemleri ile online provizyon sistemleri entegre edilmelidir. Provizyon bekleme süresi ile ilgili hasta bilgilendirilmesi yapılmalıdır. Provizyon alınamayan durumlarda bunun gerekçesi konusunda hasta bilgilendirilmeli, poliçe kapsamı konusunda farkındalık yaratmalıdır. Özel sigortaların hastaneye ödemelerde esas aldıkları raporların eksiksiz ve zamanında hazırlanması tanı kodlarının en doğru şekilde seçilmesi, istenen tetkiklerin gerekçelerinin eksiksiz belirtilmesi, hasta gözlem notları, ameliyat raporları hasta epikrizleri ve tıbbi tetkik raporlarının eksiksiz hazırlanması sağlanmalıdır. Yapılacak tetkik ve tedaviler genel istisnalara giriyorsa veya kapsam dışında ise hasta

işlem öncesi bilgilendirilmeli ve onayı alınmalıdır. Özel sigortalı hastanın hastaneye girişten itibaren aldığı tüm hizmetlerden memnuniyetinin hastane sigorta şirketi arasındaki bağı güçlendireceğini unutmamalıdır.

Hastaneler ve özel sigortalar aralarındaki anlaşmalar çerçevesinde, etik ve hasta haklarına saygılı bir tutum içinde olmalı, hastanın verdiği bilgi veya rapor değişiklik taleplerinde gerçeği yansıtmayan düzenlemeler kesinlikle yapılmamalıdır.

Sigorta şirketleri hizmetlerinin uygulama noktası olan hastanelerde sigortalı hasta memnuniyeti açısından poliçe satış aşamasında bilgilendirmeyi eksiksiz yapmalıdır. Provizyon sürelerini kısaltmak için hastanelerle ortak çözüm oluşturmalıdır. Sağlık hizmetinin süresiz bir hizmet olması nedeniyle özel sağlık sigorta şirketleri 7/24 ulaşılabilir olmalıdır.

Özel Sağlık sigortalarına faturalandırma süreçlerinde hastane eksiksiz doküman göndermeli, özel sağlık sigortaları provizyon bilgisini hızlı ve en doğru şekilde vermeli kontrollerini en hızlı şekilde yapıp ödemeleri zamanında yapmalıdır. Özel sağlık sigorta ve hastane anlaşmalarının devamlılığı ve güven ilişkisi açısından bu süreç önem taşımaktadır. Hastaneler ve sigorta şirketleri her türlü dokümantasyondaki bilgi güvenliğinin sağlanmasına özen göstermeli ve hasta hakları ilkelerine saygılı davranmalıdır.

Sistemli çalışabilmenin yanı sıra kişi ve kurum arasındaki sorunları çözebilmek için kullanılan sigorta sistemi için sağlam bir temel oluşturulmalıdır.

Bunun dışında hastanelerde anlaşma koşulları ne olursa olsun kişileri hem mağdur durumunda bırakmamak hem de memnuniyet seviyesini yükseltebilmek için sağlık hizmetleri en iyi şekilde verilmelidir. Sağlık hizmetlerinin yaşam kalitesine odaklı olması hem kişi ve kurumlar arası güven ortamı oluşması hem de oluşan hasta memnuniyeti ile daha fazla kişiye ulaşılmasını sağlayacaktır.

## **EK TABLOLAR**

## Ek Tablo 1. Hastaların Özel Sağlık Sigortası Sahibi Olma Nedenleri

### resmi sosyal güvenlik kurumunun yetersizliği sebebiyle

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	159	75,0	75,0
evet	53	25,0	100,0
Total	212	100,0	

### kaliteli hizmet talebi sebebiyle

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	129	60,8	60,8
evet	83	39,2	100,0
Total	212	100,0	

### sağlık nedeni ile karşılaşılabilecek maddi giderlerin güvence altına alınması sebebiyle

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	143	67,5	67,5
evet	69	32,5	100,0
Total	212	100,0	

### zaman kaybı önleme sebebiyle

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	186	87,7	87,7
evet	26	12,3	100,0
Total	212	100,0	

### işyeri sebebiyle

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	164	77,4	77,4
evet	48	22,6	100,0
Total	212	100,0	

**Tavsiye sebebiyle**

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	200	94,3	94,3
evet	12	5,7	100,0
Total	212	100,0	

**Ek Tablo 2. Özel Sağlık Sigortası Sahipliği ile İlgili Sorular****Özel Sağlık Sigortanızın Olup Olmadığının Sorulmasından rahatsız oluyor musunuz?**

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
evet	35	16,5	16,5
hayır	177	83,5	100,0
Total	212	100,0	

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
evet	178	84,0	84,0
hayır	34	16,0	100,0
Total	212	100,0	

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
hayır	127	59,9	59,9
kurumların kendi çıkarlarına göre kullanması	17	8,0	67,9
gerek duyulmaması	11	5,2	73,1
zaman tasarrufu	17	8,0	81,1
direkt sorulması	24	11,3	92,5
doktorların tanıdık olması	2	,9	93,4
diğer	14	6,6	100,0
Total	212	100,0	

**Ek Tablo 3. Poliçe Satın Alınırken Yaşanan Sorunlara Yönelik Sorular**

	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	2	,9	,9
katılmıyorum	35	16,5	17,5
kararsızım	41	19,3	36,8
katılıyorum	101	47,6	84,4
Kesinlikle katılıyorum	33	15,6	100,0
Total	212	100,0	

**Bazı önemli konular açıklandı**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Cumulative Percent
kesinlikle katılmıyorum	8	3,8	3,8	3,8
katılmıyorum	37	17,5	17,5	21,2
kararsızım	38	17,9	17,9	39,2
katılıyorum	107	50,5	50,5	89,6
Kesinlikle katılıyorum	22	10,4	10,4	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Sadece sorulan sorulara cevap verildi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	10	4,7	4,7	4,7
katılmıyorum	49	23,1	23,1	27,8
kararsızım	47	22,2	22,2	50,0
katılıyorum	88	41,5	41,5	91,5
Kesinlikle katılıyorum	18	8,5	8,5	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Yöneltilen soru formu yeterince kapsamlıydı**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	1	,5	,5	,5
katılmıyorum	30	14,2	14,2	14,6
kararsızım	63	29,7	29,7	44,3
katılıyorum	93	43,9	43,9	88,2
Kesinlikle katılıyorum	25	11,8	11,8	100,0
Total	212	100,0	100,0	



**Kullanılanıma bağılı bir indirim yapılıp yapılmayacağı konusunda yeterli bilgi verildi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	5	2,4	2,4	2,4
katılmıyorum	38	17,9	17,9	20,3
kararsızım	47	22,2	22,2	42,5
katılıyorum	95	44,8	44,8	87,3
Kesinlikle katılıyorum	27	12,7	12,7	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Poliçenin yenilenip yenilenmeyeceği konusunda bilgi verildi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	6	2,8	2,8	2,8
katılmıyorum	31	14,6	14,6	17,5
kararsızım	34	16,0	16,0	33,5
katılıyorum	113	53,3	53,3	86,8
Kesinlikle katılıyorum	28	13,2	13,2	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Bekleme süresiyle ilgili bilgi verildi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	7	3,3	3,3	3,3
katılmıyorum	52	24,5	24,5	27,8
kararsızım	45	21,2	21,2	49,1
katılıyorum	80	37,7	37,7	86,8
Kesinlikle katılıyorum	28	13,2	13,2	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Anlaşmalı kurumlarla ilgili bilgi verildi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	2	,9	,9	,9
katılmıyorum	32	15,1	15,1	16,0
kararsızım	36	17,0	17,0	33,0
katılıyorum	102	48,1	48,1	81,1
Kesinlikle katılıyorum	40	18,9	18,9	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 4. Özel Sağlık Sigortasında Yaşanan Sorunların Kaynakları**

**Primlerin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	4	1,9	1,9	1,9
katılmıyorum	32	15,1	15,1	17,0
kararsızım	54	25,5	25,5	42,5
katılıyorum	86	40,6	40,6	83,0
Kesinlikle katılıyorum	36	17,0	17,0	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Özel hastanelerden kaynaklanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	2	,9	,9	,9
katılmıyorum	52	24,5	24,5	25,5
kararsızım	73	34,4	34,4	59,9
katılıyorum	70	33,0	33,0	92,9
Kesinlikle katılıyorum	15	7,1	7,1	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Doktorlardan kaynaklanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	10	4,7	4,7	4,7
katılmıyorum	78	36,8	36,8	41,5
kararsızım	68	32,1	32,1	73,6
katılıyorum	46	21,7	21,7	95,3
Kesinlikle katılıyorum	10	4,7	4,7	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Police teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanmaktadır.**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	1	,5	,5	,5
katılmıyorum	31	14,6	14,6	15,1
kararsızım	60	28,3	28,3	43,4
katılıyorum	85	40,1	40,1	83,5
Kesinlikle katılıyorum	35	16,5	16,5	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Provizyon işlemlerinden kaynaklanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	4	1,9	1,9	1,9
katılmıyorum	49	23,1	23,1	25,0
kararsızım	65	30,7	30,7	55,7
katılıyorum	65	30,7	30,7	86,3
Kesinlikle katılıyorum	29	13,7	13,7	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 5. Özel Sağlık Kuruluşuna Başvurulduğunda Yaşanan Sorunlar****Farklı bir uygulama ile karşılaşılmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	7	3,3	3,3	3,3
katılmıyorum	62	29,2	29,2	32,5
kararsızım	54	25,5	25,5	58,0
katılıyorum	62	29,2	29,2	87,3
Kesinlikle katılıyorum	27	12,7	12,7	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Gereksiz tetkikler yapılmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	8	3,8	3,8	3,8
katılmıyorum	64	30,2	30,2	34,0
kararsızım	61	28,8	28,8	62,7
katılıyorum	46	21,7	21,7	84,4
Kesinlikle katılıyorum	33	15,6	15,6	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Daha fazla ilgi gösterilmektedir**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	8	3,8	3,8	3,8
katılmıyorum	45	21,2	21,2	25,0
kararsızım	51	24,1	24,1	49,1
katılıyorum	63	29,7	29,7	78,8
Kesinlikle katılıyorum	45	21,2	21,2	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Daha hızlı hizmet sunulmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	5	2,4	2,4	2,4
katılmıyorum	34	16,0	16,0	18,4
kararsızım	47	22,2	22,2	40,6
katılıyorum	87	41,0	41,0	81,6
Kesinlikle katılıyorum	39	18,4	18,4	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Özel sigortalılara daha pahalı hizmet sunulmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	10	4,7	4,7	4,7
katılmıyorum	48	22,6	22,6	27,4
kararsızım	83	39,2	39,2	66,5
katılıyorum	51	24,1	24,1	90,6
Kesinlikle katılıyorum	20	9,4	9,4	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 6. Özel Sağlık Kuruluşunda Bilgilendirme ile İlgili Sorunlar****Sağlık sorunuyla ilgili yeterli bilgi verilmektedir**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	4	1,9	1,9	1,9
katılmıyorum	13	6,1	6,1	8,0
kararsızım	44	20,8	20,8	28,8
katılıyorum	109	51,4	51,4	80,2
Kesinlikle katılıyorum	42	19,8	19,8	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Bazı önemli konular açıklanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	13	6,1	6,1	6,1
katılmıyorum	23	10,8	10,8	17,0
kararsızım	53	25,0	25,0	42,0
katılıyorum	96	45,3	45,3	87,3
Kesinlikle katılıyorum	27	12,7	12,7	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Sadece sorulan sorular yanıtlanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	16	7,5	7,5	7,5
katılmıyorum	48	22,6	22,6	30,2
kararsızım	49	23,1	23,1	53,3
katılıyorum	73	34,4	34,4	87,7
Kesinlikle katılıyorum	26	12,3	12,3	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 7. Yapılacak Operasyon ve Yatış Nedeni ile İlgili Sorunlar****Yeterli bilgi verilmektedir**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	5	2,4	2,4	2,4
katılmıyorum	17	8,0	8,0	10,4
kararsızım	44	20,8	20,8	31,1
katılıyorum	102	48,1	48,1	79,2
Kesinlikle katılıyorum	44	20,8	20,8	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Bazı önemli konular açıklanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	6	2,8	2,8	2,8
katılmıyorum	33	15,6	15,6	18,4
kararsızım	57	26,9	26,9	45,3
katılıyorum	88	41,5	41,5	86,8
Kesinlikle katılıyorum	28	13,2	13,2	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Sadece sorulan sorular yanıtlanmaktadır**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	14	6,6	6,6	6,6
katılmıyorum	53	25,0	25,0	31,6
kararsızım	61	28,8	28,8	60,4
katılıyorum	63	29,7	29,7	90,1
Kesinlikle katılıyorum	21	9,9	9,9	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 8. Hastaların Anlaşılabilir Kurumlardan Aldığı Hizmet Memnuniyeti**

**Genel olarak memnunuz**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
katılmıyorum	9	4,2	4,2	4,2
kararsızım	24	11,3	11,3	15,6
katılıyorum	123	58,0	58,0	73,6
Kesinlikle katılıyorum	56	26,4	26,4	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Sağlık personeli Doktor/Hemşire/Hastabakıcı/Rehabilitasyon hizmetlerinden memnunuz**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
katılmıyorum	8	3,8	3,8	3,8
kararsızım	33	15,6	15,6	19,3
katılıyorum	111	52,4	52,4	71,7
Kesinlikle katılıyorum	60	28,3	28,3	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Hasta temsilcisi hizmetlerinden memnunuz**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	2	,9	,9	,9
katılmıyorum	10	4,7	4,7	5,7
kararsızım	34	16,0	16,0	21,7
katılıyorum	109	51,4	51,4	73,1
Kesinlikle katılıyorum	57	26,9	26,9	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Mali işlerin hizmetlerinden memnunuz**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
katılmıyorum	10	4,7	4,7	4,7
kararsızım	58	27,4	27,4	32,1
katılıyorum	102	48,1	48,1	80,2
Kesinlikle katılıyorum	42	19,8	19,8	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ambulans hizmetlerinden memnunum**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	3	1,4	1,4	1,4
katılmıyorum	15	7,1	7,1	8,5
kararsızım	91	42,9	42,9	51,4
katılıyorum	66	31,1	31,1	82,5
Kesinlikle katılıyorum	37	17,5	17,5	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Tıbbi danışmanlık hizmetlerinden memnunum**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
kesinlikle katılmıyorum	1	,5	,5	,5
katılmıyorum	12	5,7	5,7	6,1
kararsızım	64	30,2	30,2	36,3
katılıyorum	87	41,0	41,0	77,4
Kesinlikle katılıyorum	48	22,6	22,6	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Ek Tablo 9. Özel Sağlık Sigortası Memnuniyeti**

**Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz?**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
evet	168	79,2	79,2	79,2
hayır	44	20,8	20,8	100,0
Total	212	100,0	100,0	

## Ek Tablo 10. Çapraz Tablo Sonuçları

Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz? \* özel sağlık poliçeniz var mı Crosstabulation

			özel sağlık poliçeniz var mı			Total
			evet, bireysel	evet, aile sigortası	evet, grup sigortası	
Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz?	evet	Count	74	69	25	168
		% within	44,0%	41,1%	14,9%	100,0%
	hayır	Count	19	15	10	44
		% within	43,2%	34,1%	22,7%	100,0%
Total		Count	93	84	35	212
		%	43,9%	39,6%	16,5%	100,0%

Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz?

\* cevabınız evet ise işveren tarafından mı bireysel mi? Crosstabulation

			cevabınız evet ise işveren tarafından mı bireysel mi?		Total
			evet	hayır	
Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz?	evet	Count	80	88	168
		% within	47,6%	52,4%	100,0%
	hayır	Count	22	22	44
		% within	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	102	110	212
		% within	48,1%	51,9%	100,0%

## Ek Tablo 11. Hasta Açısından Bağımsız Örnek t Testi Sonuçları

### Group Statistics

	cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortalamanın Std. Hatası
tutum	erkek	88	3,1886	,64709	,06898
	kadın	124	3,3790	,64408	,05784



**Independent Samples Test**

		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortalamanın Std. Hatası
tutum	evet	168	3,54	,421	,032
	hayır	44	3,35	,404	,061

		Levene Testi		Ortalamaların Testi							
		F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	%95 Güven Olasılığı		
										Düşük	Düşük
tutum	Equal variances assumed	,000	,989	-2,117	,210	,035	-,19040	,08995		-,36771	-,01308
	Equal variances not assumed			-2,115	,186971	,036	-,19040	,09002		-,36798	-,01281

**Ek Tablo 12. Hasta Açısından Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum
1000 tl den az	41	3,50	,475	,074	2	5
2001-3000 tl	51	3,54	,422	,059	3	5
3001-4000 tl	58	3,42	,360	,047	3	4
4001 tl ve üzeri	62	3,54	,444	,056	3	5
Total	212	3,50	,424	,029	2	5

**Test of Homogeneity of Variances**

tutum

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,690	3	208	,559

**ANOVA**

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Between Groups	,583	3	,194	1,083	,357
Within Groups	37,338	208	,180		
Total	37,921	211			

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum
ilköğretim	6	3,31	,204	,083	3	4
lise	44	3,45	,502	,076	2	5
onlisans	36	3,60	,415	,069	3	5
lisans	79	3,47	,365	,041	3	5
lisans üstü	47	3,55	,456	,066	3	5
Total	212	3,50	,424	,029	2	5

Levene Statistic	df1	df2
2,123	4	207

#### ANOVA

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Between Groups	,908	4	,227	1,269	,283
Within Groups	37,013	207	,179		
Total	37,921	211			

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum
bekar	51	3,42	,429	,060	2	5
evli	130	3,57	,429	,038	3	5
dul	31	3,35	,335	,060	3	4
Total	212	3,50	,424	,029	2	5

#### Test of Homogeneity of Variances

tutum

Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
,609	2	209	,545

#### ANOVA

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	1,650	2	,825	4,755	,010
Grupiçi	36,271	209	,174		
Total	37,921	211			

	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum
bekar	51	3,2549	,71114	,09958	2,00	5,00
evli	130	3,3538	,61583	,05401	2,00	4,40
dul	31	3,1484	,68111	,12233	1,60	4,40
Total	212	3,3000	,65063	,04469	1,60	5,00

**özel sağlık sigortanızın olup olmadığının sorulmasından rahatsız oluyormusunuz**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid evet	35	16,5	16,5	16,5
Valid hayır	177	83,5	83,5	100,0
Total	212	100,0	100,0	

**Test of Homogeneity of Variances**

tutum2

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,302	2	209	,739

**ANOVA**

tutum2

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Between Groups	1,193	2	,597	1,415	,245
Within Groups	88,127	209	,422		
Total	89,320	211			

**Ek Tablo 13. Sorumlu Sağlık Personeli Açısından Bağımsız Örnek t Testi Sonuçları**

**Cinsiyete Göre Tutum Farklılıkları**

**Group Statistics**

cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
tutum _ bay	24	3,4694	,37810	,07718
_ bayan	64	3,7201	,44383	,05548

**Independent Samples Test**

		Levene Testi		Ortalamaların Testi							
		F	Sig.	t	df	Sig.	Ortalama Farkı	Farkın Std. Hatası	%95 Güven Olasılığı		
										Düşük	Yüksek
tutum	Equal variances assumed	,740	,392	-2,452	86	,016	-,25077	,10226	-,45406	-,04747	
	Equal variances not assumed			-2,638	48,211	,011	-,25077	,09505	-,44185	-,05968	

**Medeni Duruma Göre Tutum Farklılıkları**

**Group Statistics**

medenidurum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
tutum bekar	28	3,7374	,43144	,08153
_ evli	59	3,6147	,44410	,05782

**Independent Samples Test**

		Levene Testi		Ortalamaların Testi							
		Sig.	t	Sig.	t	Sig.	t	Sig.	%95 Güven Olasılığı		
										Düşük	Upper
tutum	Equal variances assumed	,321	,573	1,215	85	,228	,12274	,10100	-,07808	,32355	
	Equal variances not assumed			1,228	54,558	,225	,12274	,09995	-,07761	,32309	

## Ek Tablo 14. ANOVA Test Sonuçları

### Eğitim Seviyesine Göre Tutum Farklılıkları

#### Descriptives

tutum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Güven Olasılığı		Minimum	Maksimum
					Düşük	Yüksek		
lise	28	3,5746	,42558	,08043	3,4096	3,7396	2,82	4,74
ön lisans	28	3,6807	,52459	,09914	3,4773	3,8841	2,65	4,88
lisans	18	3,7680	,37785	,08906	3,5801	3,9559	3,18	4,50
yüksek lisans	6	3,6716	,33864	,13825	3,3162	4,0269	3,15	4,03
doktora	8	3,5441	,36769	,13000	3,2367	3,8515	3,24	4,35
Total	88	3,6517	,43938	,04684	3,5586	3,7448	2,65	4,88

#### Test of Homogeneity of Variances

tutum	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
	,925	4	83	,453

#### ANOVA

tutum	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	,528	4	,132	,674	,612
Gruplar içi	16,267	83	,196		
Total	16,796	87			

### Kurumdaki Pozisyona Göre Tutum Farklılıkları

#### Descriptives

tutum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Güven Olasılığı		Minimum	Maksimum
					Düşük	Yüksek		
hasta hesapları/vezne yönetici	33	3,6221	,47959	,08349	3,4520	3,7922	2,65	4,50
doktor/hemşire	11	3,8342	,47375	,14284	3,5160	4,1525	3,15	4,74
sgk sorumlusu	20	3,6000	,31726	,07094	3,4515	3,7485	3,24	4,35
hasta temsilcisi	7	4,0504	,39230	,14827	3,6876	4,4132	3,62	4,88
tıbbi sekreter	13	3,3801	,35324	,09797	3,1666	3,5936	2,71	3,91
Total	4	3,8382	,25697	,12848	3,4293	4,2471	3,59	4,09
Total	88	3,6517	,43938	,04684	3,5586	3,7448	2,65	4,88

**Test of Homogeneity of Variances**

tutum

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,478	5	82	,206

**ANOVA**

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	2,660	5	,532	3,086	,013
Gruplar içi	14,136	82	,172		
Total	16,796	87			

**Post Hoc Test Sonucu**

tutum

Tukey HSD

(I) kurumpozsyn	(J) kurumpozsyn	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Olasılığı	
					Düşük Sınır	Yüksek Sınır
hasta hesapları/vezne	yönetici	-,21212	,14455	,686	-,6340	,2097
	doktor/hemşire	,02210	,11766	1,000	-,3212	,3655
	sgk sorumlusu	-,42832	,17277	,142	-,9325	,0759
	hasta temsilcisi	,24201	,13596	,484	-,1547	,6388
	tıbbi sekreter	-,21613	,21982	,922	-,8576	,4253
yönetici	hasta hesapları/vezne	,21212	,14455	,686	-,2097	,6340
	doktor/hemşire	,23422	,15586	,663	-,2206	,6890
	sgk sorumlusu	-,21620	,20074	,889	-,8020	,3696
	hasta temsilcisi	,45413	,17009	,093	-,0422	,9505
	tıbbi sekreter	-,00401	,24242	1,000	-,7114	,7034
doktor/hemşire	hasta hesapları/vezne	-,02210	,11766	1,000	-,3655	,3212
	yönetici	-,23422	,15586	,663	-,6890	,2206
	sgk sorumlusu	-,45042	,18234	,145	-,9825	,0817
	hasta temsilcisi	,21991	,14792	,674	-,2117	,6516
	tıbbi sekreter	-,23824	,22741	,900	-,9019	,4254
sgk sorumlusu	hasta hesapları/vezne	,42832	,17277	,142	-,0759	,9325
	yönetici	,21620	,20074	,889	-,3696	,8020
	doktor/hemşire	,45042	,18234	,145	-,0817	,9825
	hasta temsilcisi	,67033	,19465	,011	,1023	1,2383
	tıbbi sekreter	,21218	,26024	,964	-,5472	,9716
hasta temsilcisi	hasta hesapları/vezne	-,24201	,13596	,484	-,6388	,1547
	yönetici	-,45413	,17009	,093	-,9505	,0422
	doktor/hemşire	-,21991	,14792	,674	-,6516	,2117
	sgk sorumlusu	-,67033	,19465	,011	-1,2383	-,1023
	tıbbi sekreter	-,45814	,23740	,392	-1,1509	,2346
tıbbi sekreter	hasta hesapları/vezne	,21613	,21982	,922	-,4253	,8576
	yönetici	,00401	,24242	1,000	-,7034	,7114
	doktor/hemşire	,23824	,22741	,900	-,4254	,9019
	sgk sorumlusu	-,21218	,26024	,964	-,9716	,5472
	hasta temsilcisi	,45814	,23740	,392	-,2346	1,1509

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Toplam Çalışma Süresine Göre Tutum Farklılıkları

### Test of Homogeneity of Variances

tutum

Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
,553	5	82	,735

### ANOVA

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	1,165	5	,233	1,222	,306
Gruplar içi	15,631	82	,191		
Total	16,796	87			

## Kurumda Çalışma Süresine Göre Tutum Farklılıkları

### Test of Homogeneity of Variances

tutum

Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
,199 <sup>a</sup>	4	82	,938

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for ort5.

### ANOVA

tutum

	Kareler Toplamı	df	Kare Ortalaması	F	Sig.
Between Groups	,754	5	,151	,771	,574
Within Groups	16,042	82	,196		
Total	16,796	87			

**Ek Tablo 15. Sağlık Personeline Göre Özel Sağlık Sigortası ile İlgili Yaşanan En Önemli Sorunlar**

**Hasta Açısından En Önemli Sorun**

**hastaacısından sorun**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
bilgi yetersizliği	41	46,6	46,6	46,6
provizyon	47	53,4	53,4	100,0
Total	88	100,0	100,0	

**Kurum Açısından En Önemli Sorun**

**personel açısından sorun**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
iletişim eksikliği	15	17,0	17,0	17,0
otomasyon	24	27,3	27,3	44,3
bilgi eksikliği	23	26,1	26,1	70,5
provizyon	19	21,6	21,6	92,0
anlaşmalar	7	8,0	8,0	100,0
Total	88	100,0	100,0	



**Ek Tablo 16. Hastalara Uygulanan Anket Formu**

**Anket Formu**

Bu anket, özel hastanelerde özel sağlık sigorta ve özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunların incelenmesi için hazırlanmış bir çalışmadır. Anketin birinci bölümü demografik özelliklere ait soruları, ikinci bölüm ise özel sağlık sigortaları ile ilgili olguları içermektedir. Araştırma sonuçları bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Bu nedenle adınızı ve soyadınızı belirtmeye gerek yoktur. İlginiz ve vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/>	Bay	<input type="checkbox"/>	Bayan				
Yaşınız:								
Medeni Durumunuz:	<input type="checkbox"/>	Bekar	<input type="checkbox"/>	Evli	<input type="checkbox"/>	Dul		
Eğitim Durumunuz:	<input type="checkbox"/>	Okur -Yazar Değil	<input type="checkbox"/>	İlköğretim	<input type="checkbox"/>	Lise		
	<input type="checkbox"/>	Ön Lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans Üstü		
Aylık Geliriniz:	<input type="checkbox"/>	1000 TL'den az	<input type="checkbox"/>	1000-2000 TL	<input type="checkbox"/>	2001-3000 TL		
	<input type="checkbox"/>	3001-4000 TL	<input type="checkbox"/>	4001-5000 TL	<input type="checkbox"/>	5000 TL'den fazla		
Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Kişi Sayısı:								
Aile Tipi:	<input type="checkbox"/>	Tek Yetişkin	<input type="checkbox"/>	Tek Çocuklu Çekirdek Aile				
	<input type="checkbox"/>	İki ve Daha Fazla Çocuklu Aile	<input type="checkbox"/>	Geniş Aile				
Mesleğiniz:	<input type="checkbox"/>	Serbest Meslek	<input type="checkbox"/>	Memur	<input type="checkbox"/>	İşçi		
	<input type="checkbox"/>	Emekli	<input type="checkbox"/>	Öğrenci	<input type="checkbox"/>			
Diğer.....								
Sosyal Güvence:	<input type="checkbox"/>	SGK	<input type="checkbox"/>	Banka-Vakif	<input type="checkbox"/>	İsteğe bağlı	<input type="checkbox"/>	Yok
Özel Sağlık Poliçeniz var mı?								
<input type="checkbox"/>	Evet, Bireysel							
<input type="checkbox"/>	Evet, Aile Sigortası							
<input type="checkbox"/>	Evet, Grup Sigortası							
<input type="checkbox"/>	Hayır							

<p>Cevabınız Evet ise; Poliçe sahipliğiniz kendi tarafınızdan mı işveren tarafından mı temin edildi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>
<p>Özel Sağlık Poliçesi yaptırma nedeninizi işaretleyiniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Resmi sosyal Güvenlik Kurumlarının yetersizliği</p> <p><input type="checkbox"/> Kaliteli Hizmet Talebi</p> <p><input type="checkbox"/> Sağlık nedeni ile karşılaşılabilecek maddi giderlerin güvence altına alınması</p> <p><input type="checkbox"/> Zaman kaybını önleme</p> <p><input type="checkbox"/> İşyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Tavsiye</p>
<p>Sağlıkla ilgili bir sorunuz olduğunda başvurduğunuz kurumun özel sağlık sigortanızın olup olmadığını sormasından rahatsız oluyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>
<p>Başvurduğunuz kuruma özel sağlık sigortanızın olup olmadığını belirtir misiniz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>
<p>Belirtmiyorsanız nedeni nedir? (Sadece bir şıkkı işaretleyiniz)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurumların kendi çıkarlarına göre kullanması</p> <p><input type="checkbox"/> Gerek duyulmaması</p> <p><input type="checkbox"/> Zaman tasarrufu</p> <p><input type="checkbox"/> Direkt sorulması</p> <p><input type="checkbox"/> Doktorların tanıdık olması</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer.....</p>
<p>Başvurduğunuz sağlık kurumunda aldığınız hizmetin maliyetini öğreniyor musunuz? (Sadece bir şıkkı işaretleyiniz)</p> <p><input type="checkbox"/> Özel sağlık sigortasına sahip olduğum için öğrenme ihtiyacı duymadım</p> <p><input type="checkbox"/> Taburcu olurken öğrendim</p> <p><input type="checkbox"/> Provizyondan öğrendim</p> <p><input type="checkbox"/> Hastaneler detaylı bilgi vermiyor</p> <p><input type="checkbox"/> Öğrenmedim</p>

Aşağıda yer alan ifadeleri katılım derecenize göre işaretleyiniz. (Lütfen sadece bir şık işaretleyiniz)

<b>Katılım Derecenizi Yansıtan Seçenekler</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>
<b> Poliçe satın alırken;</b>					
Sigorta şirketi, gerekli tüm ayrıntıları açıkladı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı önemli konular açıklandı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sadece sorulan sorulara cevap verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yöneltilen soru formu yeterince kapsamlıydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kullanılanıma bağlı bir indirim yapıp yapılmayacağı konusunda yeterli bilgi verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliçenin yenilenip yenilenmeyeceği konusunda bilgi verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekleme süresiyle ilgili bilgi verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlaşmalı kurumlarla ilgili bilgi verildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b> Özel sağlık sigorta sorunları;</b>					
Primlerin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Özel hastanelerden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doktorlardan kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provizyon işlemlerinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b> Özel sağlık kuruluşlarına başvurduğunuzda;</b>					
Farklı bir uygulama ile karşılaşılmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereksiz tetkikler yapılmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha fazla ilgi gösterilmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha hızlı hizmet sunulmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Özel sigortalılara daha pahalı hizmet sunulmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Özel sağlık kuruluşunda;</b>					
Sağlık sorunuyla ilgili yeterli bilgi verilmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı önemli konular açıklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sadece sorulan sorular yanıtlanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Özel sağlık kuruluşunda, yapılacak operasyon ve yatış nedeni ile ilgili;</b>					
Yeterli bilgi verilmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı önemli konular açıklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sadece sorulan sorular yanıtlanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anlaşılabilir Kurumlardan aldığınız hizmetten;</b>					
Genel olarak memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık personeli Doktor/Hemşire/Hastabakıcı/Rehabilitasyon hizmetlerinden memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta temsilcisi hizmetlerinden memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mali işlerin hizmetlerinden memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulans hizmetlerinden memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi danışmanlık hizmetlerinden memnunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bir yakınınız sizden özel sağlık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi isteseydi, onu özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna eder miydiniz?

Evet       Hayır

*Vakit ayırdığınız için teşekkürler...*

## Ek Tablo 17. Sağlık Personeline Uygulanan Anket Formu

### Anket Formu

Bu anket, özel hastanelerde özel sağlık sigorta ve özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunların incelenmesi için hazırlanmış bir çalışmadır. Anket hem hastalara hem de kurum çalışanlarına uygulanmaktadır. Anketin birinci bölümü demografik özelliklere ait soruları, ikinci bölüm ise özel sağlık sigortaları ile ilgili olguları içermektedir. Araştırma sonuçları bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Bu nedenle adınızı ve soyadınızı belirtmeye gerek yoktur. İlginiz ve vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan
Yaşınız:
Medeni Durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul
Eğitim Durumunu <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Kurum içerisindeki mesleki pozisyonunuz:
Cevabınız Yönetici ise göreviniz: <input type="checkbox"/> Mali <input type="checkbox"/> İdari <input type="checkbox"/> Sağlık
Toplam Görev Süreniz: .....yıl
Kurumdaki Görev Süreniz: .....yıl

Aşağıda yer alan ifadeleri katılım derecenize göre işaretleyiniz. (Lütfen sadece bir şık işaretleyiniz)

<b>Katılım Derecenizi Yansıtan Seçenekler</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>
<b>Hasta kaynaklı problemler;</b>					
Poliçe satın alırken sözleşmenin okunmamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verilen bilgilerin hatırlanmamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigortaya eksik beyan verilmesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekleme süresinin kabul edilmeyişinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genel istisnaların bilinmeyişinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İşlem öncesi verilen bilginin anlaşılmadığının söylenmesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanın ödeme yapmak istemesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maddi nedenlerden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldığı hizmetten memnun olmamasından kaynaklanmaktadır					
Sigortalı olmadan önceki sağlık bilgilerini doğru ve eksiksiz vermemesinden kaynaklanmaktadır					
<b>Hekim kaynaklı problemler;</b>					
Yapılan işlemle ilgili raporun eksik yazılmasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yapılan işleme karşılık gelen hizmetin yanlış iletilmesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İşlem öncesinde gerekli ön bilgilendirme ve yönlendirmenin yapılmayışından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta yönlendirmesi ile tanı ve teşhisten bağımsız olarak tarama amaçlı tetkikler istenmesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Anlaşmalı Kurum kaynaklı problemler;</b>					
Anlaşma tanımının yanlış yapılmasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurum prosedürlerine göre ücretlendirmenin yapılmayışından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çalışan yetersizliği nedeniyle provizyon süresinin uzamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çalışan yetkinliğinin az olmasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğru teminat gösterilerek provizyon alınmamasından (ayakta/ yatan) kaynaklanmaktadır					
Sigorta anlaşmalarını kabul etmeyen anlaşmasız hekim tercih edildiğinde, hastaya hizmet vermeden önce doğru bilgilendirme yapılmamasından kaynaklanmaktadır					
<b>Sistemsel ve tanımlama ile ilgili problemler;</b>					
Anlaşma koşullarına göre sistemsel tanımlamada karşılaşılan hatalardan kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlaşma değişikliklerinde gerekli güncelleme geç yapılması/yapılmamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTB tanım değişikliklerinde bilgilendirme eksikliklerinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanımlamanın sistemsel yapılamadığı için, bazı hizmetlerin manuel hesaplanmasından kaynaklanmaktadır					
<b>Sigorta şirketinden kaynaklı problemler;</b>					
Poliçe primlerinin yüksek olması, hastanın beklentisini artırmasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigorta şirketinin poliçe teminatı dışındaki hususlarla ilgili yeterli bilgiyi paylaşmamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müşteri memnuniyeti adı altında rapor değişiklik taleplerinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonla dönülmesi gerektiğinde sigortaya ulaşılamamasından kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sözlü ve onay verilmesine rağmen faturaların iade gönderilmesinden kaynaklanmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onay numarası olmasına rağmen sistemde onayların bulunmamasından kaynaklanmaktadır					
Yazılı dönülen provizyonların geç cevaplanmasından kaynaklanmaktadır					

Düzeltilme onaylarında yaşanan gecikmelerden kaynaklanmaktadır					
Provizyon yetkilisinin tecrübesinden kaynaklanmaktadır					

<p>Özel Sağlık Sigortaları ile ilgili herhangi bir Anlaşmalı Kurumlar Eğitim Programına katıldınız mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet    <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Cevabınız Evet ise eğitim programı yararlı oldu mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet    <input type="checkbox"/> Hayır    <input type="checkbox"/> Kararsızım</p>
<p>Anlaşmalı özel sağlık sigortası şirketleri ile sigorta kapsamındaki sorunlara yönelik toplantılar yapılıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet    <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Cevabınız Evet ise sorunlar dikkate alınarak çözüm önerisi getiriliyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet    <input type="checkbox"/> Hayır    <input type="checkbox"/> Kararsızım</p>
<p>Size hasta açısından özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan en önemli sorun nedir?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Size kurumunuz açısından özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan en önemli sorun nedir?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

*Vakit ayırdığınız için teşekkürler...*



## KAYNAKÇA

- Alpay T.(2001). Temel Sigortacılık ve Uygulamalı Hasar Yönetimi. İstanbul: Tavaslı Matbaacılık.
- Alper Y. (1999). Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar (SSK, Bağ-Kur). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Anadolu Üniversitesi Sağlık Sigortacılığı. Özel Sağlık Sigortası. <http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK205U.pdf> (Erişim Tarihi 02.02.2013)
- Araslı U. (2000). **Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Atlı, H. ve Söylemez, D.(2000). Hastane, Hospital News Dergisi, Yıl 2, Sayı 7.
- Avcı A. (1997).Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı. İstanbul: Melisa Matbaacılık
- Çuhacı Y.K. (2004).Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, Milli Reasürans T.A.S. İstanbul: Ceyma Matbaacılık.
- Çenberci M.(1985). Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi. Ankara: Olgaç Matbaası.
- Demirci S. ve Astar M. (2012). Türkiye’de Özel Sigortayı Etkileyen Faktörler: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Vol. 13, Sayı. 2.
- Duman Ş.(1990).Türk Sigorta Sektöründe Bos Kapasiteler Ve Ekonomik Kayıplar. İstanbul: Bilaraç Yayınları.
- Erdoğan İ.(1993). İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetine Bağlı Karşı Tutum. İstanbul: Beta Yayınları.
- Erederdi, H.C (2002). Avrupa’da Sigorta Sektörünün Finansal Sektör İçindeki Yeni Konumu ve Ekonomik Rolü. İstanbul: Commercial Union Sigorta Yayınları.
- Güvel E.A ve.Güvel A.Ö. (2002). Sigortacılık. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Karakaş İ. (2008). Genel Sağlık Sigortası Uygulama Rehberi. Ankara: Adalet Yayınevi
- Karpuzoğlu, E.: Sağlık Sigortalarında Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Sayfa 74, 2001.
- Kavuncubaşı Ş. (2007). “Sağlık Kurumları Yönetimi”. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi
- Kurç, T.(2003). Hastanelerin Özel Sağlık Sigortalılarının Gereksiz Kullanımına İlişkin Görüşleri ve Çözüm Önerileri. M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü. İstanbul

Namer C. Ve Yunak H. (2000). Sigortanın Genel Prensipleri. Milli Reasürans. İstanbul: Taş Yayını.

OECD *Health Data*.

<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>. (Erişim Tarihi 27.01.2013)

Pekiner K.(1981). Sigorta İşletmeciliği. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi. *Sagmer İstatistikleri*.

[http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer\\_2012\\_subat.pdf](http://www.sbm.org.tr/view/contentFiles/raporlar/sagmer_2012_subat.pdf)(Erişim Tarihi: 12.01.2013)

Sağlık Sigortası Poliçe Teminatları. <http://www.sigortasi.info/saglik-sigortasi-policesi-teminatlari.html> (Erişim Tarihi 22.01.2013)

Sağlık Sigortamız *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. <http://www.sagliksigortacimiz.com/-saglik-bransinda-beklentiler-giderek-yukseliyor-> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

Sergici E.(2001). Sigorta Ve Pazarlama& Makaleler. İstanbul:İsviçre Sigorta Yayınları.

Sert G.(2008). Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. İstanbul: Babil Yayınları

Sigortacılık Eğitim Merkezi. *Yönetmelikler*.

<http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp>(Erişim Tarihi: 13.01.2013)

Sigortam.net. *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. <http://www.sigortam.net/tamamlayici-saglik-sigortasi-teminatlari-nelerdir> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. *Mevzuat*.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> (Erişim Tarihi 27.01.2013)

T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. *Sigortacılık*.

<http://www.hazine.gov.tr/default.aspx?nsw=EilDPQez15w=-H7deC+LxBI8=&mid=99&cid=15&nm=35#> .( Erişim Tarihi 14.01.2013)

Türkiye Sigorta Birliği İnternet Sitesi. *Tarihçe*.

<http://www.tsrbsb.org.tr/tsrbsb/Birlik/Tarihce/> (Erişim Tarihi:24.11.2012)

Türk Ticaret Kanunu, *Madde 117*, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6102.html> (Erişim Tarihi 14.01.2013)

Türk Ticaret Kanunu. *Madde 1223*. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6102.html>  
(Erişim Tarihi 22.01.2013)

Ulaş I.(2010). Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Güncelleştirilmiş 7. Bası, Ankara.

Uralcan S. (2006). Temel Sigorta Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi. İstanbul: Bilyay Yayınları.

Unan S.(1998) Hayat Sigortası Sozlesmesi. İstanbul: Beta Yayıncılık

Yazgan T.(1969) Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayıncılık.

Yazan, N. (2000). Sağlıkta Özel Sigortalar, Hospital News Dergisi.

Yüçetürk A.(2001). Özel Sağlık Sigortaları. Yeni Türkiye, Baskı 2, Yıl: 7 Sayı 40, Türk Medya, İstanbul, 2001.

Zakaryan K. (1998). Hastane Yönetimi Dergisi. Cilt 2. Sayı 9. Aralık