



**TÜRKİYE VE AZERBAJCAN'DA ÖZEL SAĞLIK
SİGORTASI UYGULAMALARI**

**2022
YÜKSEK LİSANS TEZİ
AKTÜERYA VE RİSK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

Shovkat YUSIFOV

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hakim AZİZ**

**TÜRKİYE VE AZERBAYCAN'DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI
UYGULAMALARI**

Shovkat YUSIFOV

Dr. Öğr. Üyesi Hakim AZİZ

T.C.

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Aktüerya ve Risk Yönetimi Anabilim Dalında

Yüksek Lisans

Olarak Hazırlanmıştır

KARABÜK

Eylül 2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	1
TEZ ONAY SAYFASI.....	4
DOĞRULUK BEYANI	5
ÖNSÖZ	6
ÖZ.....	7
ABSTRACT.....	8
ARŞİV KAYIT BİLGİLERİ.....	9
ARCHIVE RECORD INFORMATION	10
KISALTMALAR	11
ARAŞTIRMANIN KONUSU	12
ARAŞTIRMANIN AMACI	12
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	12
KAPSAM VE SINIRLILIKLAR	12
GİRİŞ	13
1. BİRİNCİ BÖLÜM.....	14
SİGORTA VE SAĞLIK SİGORTASI GENEL BİLGİLERİ	14
1.1. Sigortanın Tanımı, Önemi, Tarihi, Türleri	14
1.1.1. Sigortanın Tanımı.....	14
1.1.2. Sigortanın Önemi.....	17

1.1.3.	Sigorta Tarihi	20
1.1.4.	Sigorta Türleri	22
1.2.	Sağlık Sigortası.....	26
1.2.1.	Genel Sağlık Sigortası.....	26
1.2.2.	Özel Sağlık Sigortası.....	27
2.	İKİNCİ BÖLÜM	32
	TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI	32
2.1.	Türkiye’de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimini Engelleyen Faktörler	32
2.1.1.	Tüketiciler	33
2.1.2.	Sigortacılar	35
2.1.3.	Sağlık Sigortası Sistemi	36
2.2.	Özel Sağlık Sigortasının Gelişiminde Önemli Olan Faktörler.....	37
2.3.	Özel Sağlık Sigortasında Tazminat ve Teminat	38
2.3.1.	Özel Sağlık Sigortasında Teminat Türleri	39
2.3.2.	Yatarak Tedavi Teminatı.....	39
2.3.3.	Ayakta Tedavi Teminatı.....	41
2.3.4.	Ek Teminatlar	42
2.4.	Özel Sağlık Sigortasında Poliçe Çeşitleri	43
2.5.	Özel Sağlık Sigortasında Bekleme Süreleri	44
2.6.	Özel Sağlık Sigortasında Şartlar.....	45
2.7.	Özel Sağlık Sigortasında Taraflar ve Yükümlülükleri.....	46
3.	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	49
	AZERBAYCAN’DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI	49
3.1.	Azerbaycan’da Sağlık Sigortaları.....	49
3.2.	Azerbaycan’da Özel Sağlık Sigortası	49
3.2.1.	Özel Sağlık Sigortasının Oluşmasının Ekonomik Temelleri	50
3.2.2.	Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Türleri.....	51

3.2.3. Özel Sağlık Sigortası Türleri	52
3.3. Özel Sağlık Sigortası Temel ve Ek Teminat Türleri	53
3.4. Özel Sağlık Sigortasında Sözleşmelerin İmzalanması ve Uygulanması	55
3.4.1. Özel Sağlık Sigortasında Sözleşmenin Feshi	56
3.5. Özel Sağlık Sigortasında Şartlar	57
3.6. Özel Sağlık Sigortasında Tarafların Hakları ve Yükümlülükleri	58
3.7. Azerbaycan'da Sağlık Sigortası Sisteminin Gelişimi	60
4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	68
TÜRKİYE VE AZERBAJCAN'DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ ...	68
4.1. Türkiye ve Azerbaycan Özel Sağlık Sigortası Sisteminin Kısmi Karşılaştırması	68
SONUÇ	71
KAYNAKÇA	73
TABLolar LİSTESİ	80
ŞEKİLLER LİSTESİ	81
ÖZGEÇMİŞ	82

TEZ ONAY SAYFASI

Shovkat YUSIFOV tarafından hazırlanan “TÜRKİYE VE AZERBAYCAN’DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Hakim AZİZ

.....

Tez Danışmanı, İşletme Bölümü Ticaret Hukuku Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Aktüerya ve Risk Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 26/09/2022

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Prof. Dr. Ferudun KAYA (BAİBÜ)

.....

Üye : Prof. Dr. Mehmet İSLAMOĞLU (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hakim AZİZ (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı herhangi bir yola tevessül etmeden yazdığımı, araştırmamı yaparken hangi tür alıntıların intihal kusuru sayılacağını bildiğimi, intihal kusuru sayılabilecek herhangi bir bölüme araştırmamda yer vermediğimi, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bu eserlere metin içerisinde uygun şekilde atıf yapıldığını beyan ederim.

Enstitü tarafından belli bir zamana bağlı olmaksızın, tezimle ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak ahlaki ve hukuki tüm sonuçlara katlanmayı kabul ederim.

Adı Soyadı: Shovkat YUSIFOV

İmza :

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca tecrübe ve bilgileriyle bana daim destek olan, yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hakim Aziz'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Maddi ve manevi her konuda ve koşulda, desteklerini benden esirgmeden yanımda olan değerli ailem'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

ÖZ

Özel sağlık sigortası, sigortalının hastalık ve kaza nedeniyle sağlık giderlerini karşılamak üzere tasarlanmış bir sağlık sigortası ürünüdür. Günlük yaşamda tüm önlemler alınmış olsa bile bazen insanın başına kazalar veya hastalıklar gelebilmektedir. Böyle bir durumla karşılaşmak fiziksel ve zihinsel olarak insanları yorabilir. Özel sağlık sigortası, seçilen bir doktor veya tedavi merkezinden eksiksiz bir sağlık taraması, teşhis ve tedavi hizmeti almayı sağlamaktadır. Ülkenin veya dünyanın her yerinde ihtiyaç duyulabilen bu tür bir sigorta ile her zaman risklere karşı hazır olmak mümkündür. Özel sağlık sigortasının anlaşmalı olduğu tüm hastaneler, klinikler, teşhis merkezleri, fizik tedavi merkezleri, eczaneler ve muayenehaneleri kapsayan tesislerden ihtiyaç duyulan hizmetler alınabilir. Özel sağlık sigortası, yatarak tedavi, yoğun bakım, kemoterapi, radyasyon tedavisi, diyaliz, küçük müdahaleler, yatış sonrası fizyoterapi, evde bakım, yardımcı tıbbi ekipman, trafik kazası sonucu diş tedavisi, mamografi ve PSA takibi, hava ambulansı, protez masrafları, check-up teminatı, ferdi kaza sigortası, yurt dışı yatarak tedavi, ayakta tedavi, tıbbi konsültasyon ve ambulans hizmetleri, doktor muayenesi, ilaçlar, 0-6 yaş arası çocuklara aşılar, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizyoterapi, gebelik takip giderleri, doğum teminatı, yeni doğan bebek teminatı hizmetlerini kapsamaktadır. Gerektiğinde sigortalıların tercih ettiği paketlerin poliçelerinde belirtilen maddelere bağlı olarak sigorta teminatı uygulanmaktadır. Özel sağlık sigortası ülkelere göre farklılık göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigorta; Sağlık Sigortası; Genel Sağlık Sigortası; Özel Sağlık Sigortası

ABSTRACT

Private health insurance is a health insurance product designed to cover the health expenses of the insured due to illness and accident. Even if all precautions are taken in daily life, sometimes accidents or diseases can happen to people. Encountering such a situation can tire people physically and mentally. Private health insurance provides a complete health screening, diagnosis and treatment service from a selected doctor or treatment center. With this type of insurance, which can be needed anywhere in the country or the world, it is always possible to be ready for risks. Necessary services can be obtained from all hospitals, clinics, diagnostic centers, physical therapy centers, pharmacies and clinics with which private health insurance is contracted. Private health insurance, inpatient treatment, intensive care, chemotherapy, radiation therapy, dialysis, minor interventions, post-hospital physiotherapy, home care, auxiliary medical equipment, dental treatment after traffic accident, mammography and PSA follow-up, air ambulance, prosthesis costs, check-in up coverage, personal accident insurance, inpatient treatment abroad, outpatient treatment, medical consultation and ambulance services, doctor's examination, drugs, vaccines for children aged 0-6, laboratory services, imaging and diagnostic methods, advanced diagnostic methods, physiotherapy, pregnancy follow-up expenses, maternity guarantee, newborn baby guarantee services. When necessary, insurance coverage is applied depending on the items specified in the policies of the packages preferred by the insured. Private health insurance differs from country to country.

Key Words: Insurance; Health insurance; General health insurance; Private health insurance

ARŞIV KAYIT BİLGİLERİ

Tezin Adı	Türkiye ve Azerbaycan'da Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları
Tezin Yazarı	Shovkat YUSIFOV
Tezin Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Hakim AZİZ
Tezin Derecesi	Yüksek Lisans Tezi
Tezin Tarihi	26/09/2022
Tezin Alanı	Aktüerya ve Risk Yönetimi
Tezin Yeri	KBÜ/LEE
Tezin Sayfa Sayısı	82
Anahtar Kelimeler	Sigorta; Sağlık Sigortası; Genel Sağlık Sigortası; Özel Sağlık Sigortası

ARCHIVE RECORD INFORMATION

Name of the Thesis	Private Health Insurance Practices in Turkey and Azerbaijan
Author of the Thesis	Shovkat YUSIFOV
Advisor of the Thesis	Asst. Prof. Hakim AZIZ
Status of the Thesis	Master's Thesis
Date of the Thesis	26/09/2022
Field of the Thesis	Actuary and Risk Management
Place of the Thesis	KBU/LEE
Total Page Number	82
Keywords	Insurance; Health insurance; General health insurance; Private health insurance

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
MEGEP	: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sistemini Güçlendirme Projesi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
SAGMER	: Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SEGEM	: Sigortacılık Eğitim Merkezi
TƏBİB	: Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi (Tıbbi Bölgesel Birimlerin Yönetimi Derneği)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UHC	: Universal Health Care (Evrensel Sağlık Hizmeti)

ARAŞTIRMANIN KONUSU

AraŐtiranın temel konusu olan özel sağlık sigortası günümüzde daha çok orta ve üst gelir grupları tarafından tercih edilmektedir. nemli bir sigorta ürünü olan özel sağlık sigortasının hem hayat hem de hayat dışı sigorta özelliği bulunmaktadır. Diğer sigorta türlerine kıyasla özel sağlık sigortası daha yeni ve geliŐmekte olan bir alandır. Bu araŐtırmada Türkiye ve Azerbaycan'da özel sağlık sigortası uygulamaları hakkında genel bilgilere yer verilmiŐtir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma özel sağlık sigortası kavramını açıklamak, Türkiye ve Azerbaycan'da özel sağlık sigortasının durumunu ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma nitel araştırma yöntemlerinden biri olan belgesel kaynak tarama yöntemiyle gerçekleŐtirilmiŐtir. Konuyla ilgili yazılı kaynak kitaplar, tezler, makaleler ve web siteleri taranarak mevcut kaynaklardan bilgiler ve kişisel yorumlar da eklenerek hazırlanmıştır.

KAPSAM VE SINIRLILIKLAR

Araştırma Türkiye ve Azerbaycan'daki özel sağlık sigortasını kapsamaktadır. Bu araştırma özel sağlık sigortası ve mevcut kaynak kitaplar, tezler, makaleler, web siteleri ve araŐtırmacının yorumları ile sınırlıdır.

GİRİŞ

Canlı bir organizma olarak insan, bazen kendi vücudundan, bazen de dış etkilerden kaynaklanan, vücut bütünlüğünün bozulması veya işlevlerini yerine getirememesi nedeniyle masraf riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür risklerin insanlara zarar vermesini engellemek için sigorta sistemi geliştirilmiştir.

Çeşitli sigorta türleri olmakla birlikte en değerli varlık olan insanın sigortalı olması önem arz etmektedir. İnsanın sağlık durumunun bozulması ihtimaline karşı ortaya çıkan “Hastalık Sigortası” önemli bir sigorta türüdür. Ayrı bir düzenlemeye tabi olmayan, bir kaza sigortası çeşidi olmakla birlikte, kaza sonucu oluşan masrafları da tazmin etmesi nedeniyle “hastalık sigortası”, “sağlık sigortası” adı altında ayrı bir tür olarak benimsenmiştir. “Sağlık Sigortası”, insan sağlığına yönelik riskleri kapsayacak ve tedavi masraflarını karşılayacak şekilde hazırlanmıştır.

Sağlık bakım maliyetlerinin yüksek olması, özel hastanelerin piyasaya girmek istemesi, sosyal güvenlik sistemlerinin beklentileri karşılamaması, sağlık sorunları, zaman kaybını önleme isteği, belli bir kültürel ve finansal gelir düzeyine sahip büyük şehirlerde yaşayan bir azınlık, özel sağlık sigortası sisteminin oluşmasına neden olmuştur.

1990’ların başında, büyük sigorta şirketleri, temel endüstrilere ek olarak grup hayat poliçelerinin yanı sıra sağlık poliçeleri de düzenlemeye başlamıştır. Sağlık poliçelerinin yararları kısaca şöyle özetlenebilir; özel hastanelerden daha kolay yararlanma, zamandan tasarruf etme ve aynı zamanda sigortalı bireyin kendini özel ve farklı hissetmek istemesi ile de açıklanabilir.

Özel sağlık sigortasına başvurmadan önce ülkedeki özel sağlık sigortası sistemini incelemek ve özel sağlık sigortası ihtiyacını belirlemek gerekmektedir.

Türkiye ve Azerbaycan’da özel sağlık sigortası uygulamalarını incelemeyi amaçlayan bu çalışmanın birinci bölümünde sigortanın tanımı, önemi, tarihi ve türleri incelenmektedir. Bu bölümde ayrıca sağlık sigortası, genel ve özel sağlık sigortası ile ilgili bilgiler de yer almaktadır. İkinci bölümde Türkiye’de özel sağlık sigortası, üçüncü bölümde ise Azerbaycan’da özel sağlık sigortası ayrıntılı olarak incelenmektedir. Dördüncü ve son bölümde ise Türkiye ve Azerbaycan özel sağlık sigortası sisteminin kısmi karşılaştırması yapılmıştır.

1. BİRİNCİ BÖLÜM

SİGORTA VE SAĞLIK SİGORTASI GENEL BİLGİLERİ

1.1. Sigortanın Tanımı, Önemi, Tarihi, Türleri

İnsanlar kendilerinin ve aynı zamanda kendi mal ve mülkiyetlerinin daim birçok tehlikelerle karşı karşıya olduğunu göz önünde bulundurarak, maddi ve ekonomik çıkarlarını korumak için sigorta denen evrensel bir araç oluşturmuştur.

Doğal olarak meydana gelen kasırgalar, seller, yangınlar, kazalar, hırsızlıklar ve diğer tehlikeler her bir mal sahibini ve üreticiyi sürekli olarak maddi çıkarlarının korunmasıyla ilgili olarak endişelendirmiştir. Bu fikre dayanarak mülk sahipleri kendi aralarında bir olay olduğu zaman zararın ödenmesi için belirli fonlar oluşturmuştur. O zamandan beri yüzyıllar boyu sigortanın özü değişmez kalmaktadır. Sigorta en eski toplumsal ilişkilerin kategorilerinden biridir (Xankişiyev, 2005, s. 3).

Genel olarak sigorta, finansal güvenliği korumaktadır. Örneğin, otomobil sigortası, araba kazaları ile ilişkili mali kayıplara karşı koruma sağlarken hayat sigortası, bir aile üyesinin ölümüyle ilişkili mali kayıplara karşı koruma sağlamaktadır. Sağlık sigortası biraz farklı olmaktadır. Sadece tıbbi masrafların ortaya çıkmasıyla ilişkili mali kayıplara karşı koruma sağlamayı değil, aynı zamanda sağlık güvenliğini korumayı da amaçlamaktadır. Yani, sağlık sistemine yeterince erişilememesinden kaynaklanan potansiyel sağlık kaybına karşı koruma sağlamaktadır (Borch, Aase, & Sandmo, 1990, s. 6).

1.1.1. Sigortanın Tanımı

Sigorta, bir vatandaşın ve bir kuruluşun, sigorta hizmetleri sağlayan özel bir uzman kuruluşa (sigortacı) parasal katkılarda bulunarak maddi ve kişisel maddi olmayan menfaatlerin sağlanmasıdır. Sigorta, insanların hayatta karşılaşılabilecek olumsuz durumlara karşı kendilerini önceden güvenceye almaları ve sosyal durumlarını muhafaza etmeleri bakımından yararlı bir faaliyettir. Sigorta hizmetleri sağlayan kuruluş olumsuz durumların ortaya çıkması halinde, belirtilen tutarı fondan poliçe hamiline veya başka bir kişiye ödemektedir (Güvel & Güvel , 2006, s. 30).

Bu nedenle sigortanın, bir birey veya tüzel kişinin uğradığı zararları birçok kişiye dağıtarak telafi etmenin bir yolu olduğu sonucuna varılmaktadır (Шахов, 1997, s. 14).

Sigorta, belirli olaylara (sigortalı olaylar) ve olumsuz durumlara karşı sigortalıların kendileri tarafından ödenen sigorta primlerinden oluşan fonlarla gerçek ve tüzel kişilerin mülkiyet haklarını koruyan bir sistemdir.

Zararların geri ödenmesi, sigorta kuruluşunun yetki alanına giren sigorta fonlarıyla yapılmaktadır. Sigortaya duyulan nesnel ihtiyaç, bazen hiç kimsenin kontrolü altında olmayan yıkıcı faktörlerin (doğanın kendiliğinden oluşan güçleri) bir sonucu olarak ortaya çıkan kayıplardan kaynaklanmaktadır. Böyle bir durumda, zararı tek başına telafi etmek imkansızdır ve mağdur belirli bir maddi desteğe ihtiyaç duymaktadır. Önceden kurulmuş bir sigorta fonu, hasar için bir tazminat kaynağı olabilmektedir. Sigorta, yalnızca sigortalı ile sigortacı arasında uzlaşılan ve yasal süreçlerin öngördüğü sigortalı olaylar (riskler) gerçekleştiğinde ve önemli bir para ihtiyacına neden olduğunda tavsiye edilmektedir (Федорова, 1999, s. 3).

Sigortayla ilgili çeşitli tanımlamalar olsa da, en yararlı olanlardan biri; sigorta, üzerinde anlaşmaya varılan sabit bir miktarın ödenmesi karşılığında, sigortacı olarak adlandırılan birine belirli finansal kayıp ve riskleri devretmek için meydana getirilmiş bir mekanizma (veya hizmet) olarak tanımlanır. Sigortacının koşullu tazminat talebini yerine getirebilmesi için önce ödeme yapılmalıdır.

Sigortalı açısından sigorta bir “transfer” ise, o halde sigortacı açısından sigorta bir “birleşme” mekanizması olmaktadır. Bir sigortacı, çok sayıda risk birimini veya riski bir araya getirerek “sigorta hizmetleri” sunarak riski azaltabilmektedir. Risk yönetimi perspektifinden bakıldığında, ideal olarak sigortalanabilir risk saf, statik ve özel bir risktir (Бакиров, 2016, s. 33).

Sigortacının bakış açısından, sigortanın mümkün olabilmesi için belirli koşulların var olması gerekmektedir. Bu koşullar (Адамчук, 2017, s. 10):

- Aynı tehlikeye tabi çok sayıda bağımsız, homojen zarar riski olmalıdır;
- Maruz kalınan kayıp zaman, yer, neden ve miktar olarak belirlenmelidir;
- Zarar maruziyeti hesaplanabilir olmalı ve ortaya çıkan prim ekonomik olarak uygulanabilir olmalıdır;

- Kayıp, sigortalının kontrolü altında olmayan kaza sonucu meydana gelen bir tehlikeden kaynaklanmalıdır.

Sigorta, bir poliçe ile temsil edilen, bir bireyin veya kuruluşun bir sigorta şirketinden mali koruma veya kayıplara karşı geri ödeme aldığı bir sözleşmedir. Sigorta poliçeleri, sigortalının veya malının zarar görmesinden veya üçüncü bir şahsın neden olduğu hasar veya yaralanma sorumluluğundan kaynaklanabilecek büyük ve küçük mali kayıp riskinden korunmak için kullanılmaktadır (İbrahimov, Hüseyinov, Salahov, & Abbasova, 2017, s. 35).

Çok sayıda farklı türde sigorta poliçesi mevcuttur ve hemen hemen her birey veya işletme, bunları bir ücret karşılığında sigortalamak isteyen bir sigorta şirketi bulabilmektedir. Kişisel sigorta poliçelerinin en yaygın türleri otomobil, sağlık, konut ve hayattır. Dış ülkelerdeki çoğu birey bu tür sigortalardan en az birine sahiptir ve araba sigortası kanunen zorunludur (Мамедалиева, 2016, s. 27).

Bir poliçe seçerken, sigortanın nasıl çalıştığını anlamak önemlidir. Her tür sigortanın çok önemli olan üç bileşeni (prim, poliçe limiti ve muafiyetler) vardır. Bunlar kısaca açıklanacak olunursa (Адамчук, 2017, s. 14):

Prim: Poliçe primi genellikle aylık maliyet olarak ifade edilen fiyattır. Prim, sigortalı gerçek veya tüzel kişinin kredi değerliliğini içerebilecek risk profiline göre sigortacı tarafından belirlenmektedir. Örneğin, birkaç pahalı arabaya sahip olan ve dikkatsiz bir sürüş siciline sahip olan biri, bir orta sınıf arabaya sahip olan ve mükemmel bir sürüş geçmişine sahip birinden muhtemelen daha fazla ödeyecektir. Ancak, bazı sigorta şirketleri benzer poliçeler için farklı primler talep edebilir. Bu nedenle doğru sigortayı ve en doğru sigorta bedelini bulmak biraz çaba gerektirmektedir.

Poliçe Limiti: Poliçe limiti, sigorta sözleşmesi kapsamında herhangi bir zarar için sigortacının sigortalıya ödeyeceği maksimum tutardır. Maksimum değerler her dönem için ayrı ayrı (örneğin, yıllık veya poliçe süresi), kaybın, zararın tür ve miktarına göre, yaralanmanın çeşidine göre ve son olarak hiçbir ön koşul olmaksızın poliçenin ömrü boyunca maksimum miktar üzerinden belirlenebilir.

Tipik olarak, daha yüksek limitler daha yüksek primler gerektirmektedir. Genel bir hayat sigortası poliçesi için, sigortacının ödeyeceği maksimum tutar, sigortalının ölümü üzerine lehtara ödenen tutar olan nominal değer olarak adlandırılır.

Muafiyetler: Bazı durumlarda, sigortacı bir tazminat öderken tüm masraflara sadece kendisi katlanmaz, poliçe sahibinin de katlanmak zorunda kaldığı bir miktar vardır. İşte sigortalının katlanması gereken bu miktar, sigortacının muaf olduğu bedeldir. Muafiyetler, aslında zararın tazmin edilmesi için sigortalıya ekstra yük yüklemek amacıyla değildir. Temel amaç büyük hacimli zararlara veya küçük ve önemsiz miktardaki masraflara karşı sigortalıya bir bilinç oluşturmak ve caydırıcılığı artırmaktır.

Muafiyetler, sigortacıya ve poliçenin türüne bağlı olarak poliçe bedeline göre veya talebe göre uygulanabilmektedir. Muafiyeti çok yüksek olan poliçeler, genellikle ucuzdur çünkü yüksek miktartlı muafiyet kazanmak isteyen sigortacı poliçeleri düşük tutar. Ancak muafiyetin yüksek olduğu poliçeler genellikle daha az taleple sonuçlanmaktadır.

1.1.2. Sigortanın Önemi

Hayat, özellikle zor zamanlarımızda sürprizlerle doludur. Bir kişi bir felaketin, bir soygunun kurbanı olabilir, aniden hastalanabilir, bir girişimcinin kar elde etmek için yaptığı hesaplar piyasa koşulları gereği tutmayabilir. Bu ve benzeri birçok durumda kişiyi zararlı sonuçlardan korumak veya olumsuz etkileri en aza indirmek gerekmektedir. Pek çok insan, yaşlanma, çalışma veya çevre koşulları nedeniyle sürekli olarak yüksek risk altındadır. İşle ilgili olarak en fazla risk altında olan meslek grupları itfaiyeciler, güvenlik görevlileri, kurtarma görevlileri ve diğer bazı mesleklerdir. İlgili bakanlıklar, daireler ve diğer kuruluşlar, işe alınmaları veya hizmete çağrılmaları durumunda, bu kişilerin ölüm veya kalıcı sakatlık durumlarında hayatlarını ve sağlıklarını güvence altına almakla yükümlüdürler. Bu ve benzeri koşullar oluştuğunda, uzman kuruluşların (sigortacılar) vatandaşlardan ve onlarla sigorta sözleşmesi imzalayan kuruluşlardan (poliçe sahipleri) katkı payı topladığı sigortadan bahsedebiliriz. Bu katkıların (sigorta primleri) pahasına, sigortacı, sözleşmede öngörülen bir olayın meydana gelmesi üzerine (ölüm, sakatlık, mülkün tahrip edilmesi, kar kaybı) özel bir sigorta fonu oluşturur. Oluşan bu fondan sigortacı, belirtilen miktarda

ödemeyi sigortalıya veya kanunda veya sözleşmede belirtilen başka bir kişiye ödemektedir (Əzimova , 2018, s. 6).

Sigortalı, bir kaza sonucu meydana gelen şahıs veya mal hasarı için parasal tazminat talep eder ve bu tazminatın miktarı mümkün olduğu kadar yüksek ve her halükarda ödenen sigorta primi tutarından fazla olmalıdır. Sigorta ödemesi bazen sigortalının kayıpları karşılamaının tek yoludur. Son olarak, güvenilir bir sigorta şirketi ile sözleşme imzalayan sigortalının yaşadığı "güvenlik" duygusu da unutulmamalıdır (Адамчук, 2017, s. 19).

Sigortacı ise sigorta primi elde etmeyi ve bunu belirli varlıklara yatırmayı ve yatırım geliri elde etmeyi amaçlar. Sigortacı için sigorta sözleşmelerinin sonuçlandırılması, her sözleşmenin sigortalı bir olayı olmadığı için mümkün olan bir tür girişimcilik faaliyetidir. Sigorta primleri, sigorta ödemeleri için fon oluşturmanıza olanak tanıyan her bir sözleşme için ödenilmektedir. Primlerin yerleştirilmesinden elde edilen gelirler de bu tür fonları yenilemek için kullanılmaktadır (Бакиров, 2016, s. 42).

Sigorta olaylarının meydana gelmesi olasılık yasalarına tabidir. Olasılık, çeşitli olaylar analiz edilerek matematiksel olarak hesaplanmakta ve sigorta priminin değerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bu set ne kadar geniş olursa, optimum prim miktarına o kadar yakın olur. Buna göre, sigortacı ne kadar çok sözleşme imzalarsa (sigorta alanı ne kadar genişse), işi o kadar istikrarlı olur (elbette olasılık doğru hesaplanırsa). Sigortacıların dediği gibi, kötü risk yoktur, küçük primler vardır.

Sigortanın en karakteristik özelliği, merkezi olmayan kaynaklardan (sigortalıların katkıları) ayrı bir mülkiyet fonu olan bir sigorta fonunun oluşturulmasıdır. Bu fon, bağımsız bir tüzel kişiliğin (sigorta faaliyetinde bulunma hakkı lisansı, lisanslı sigorta kuruluşu) emrindedir. Bu fondan, sigortalı bir olayın meydana gelmesi durumunda, ödemeler ya sigortalıya ya da kanun veya sözleşmede belirtilen başka bir kişiye yapılmaktadır (Мамедалиева, 2016, s. 35).

Sigortanın bir sektör olarak herhangi bir ekonominin gelişimi için nasıl ve neden önemli olduğu aşağıda ayrıntılı olarak incelenmektedir (HDFC ERGO General Insurance Company Ltd., 2021):

Sigortacılık, Kişilere ve İşletmelere Finansal Güvenlik Sağlar: Sigorta, finansal destek sağlar ve bireylerin ve işletmelerin yaşam döngülerinin her adımında karşılaştıkları belirsizlikleri azaltır.

Bireylere ve İşletmelere Potansiyel Olarak Finansal Sorunlara Karşı İdeal Bir Risk Azaltma Mekanizması Sağlar: Örneğin, yılda yaklaşık %15 oranında artan tıbbi enflasyonla, basit tıbbi prosedürler bile bir ailenin iyi hesaplanmış bütçesini bozmaya yetecek kadar maliyetlidir. Ancak bir sağlık sigortası aile için finansal güvenlik sağlayacaktır. Ayrıca işletme sigortasında yangın, hırsızlık, denizcilik faaliyetleri ile ilgili kazalar ve diğer çeşitli felaketler nedeniyle oluşan hasarlar ve kayıplara karşı maddi tazminat sağlamaktadır.

Uzun Vadeli Finansal Kaynak Yaratır: Sigorta sektörü, milyonlarca sigortalıdan prim yoluyla kaynak temin etmektedir. Bu fonların uzun vadeli olması nedeniyle ulus inşası için önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Çünkü düzenli prim gelirleri ve uzun vadede geri ödemelerin gerçekleşmesi nedeniyle altyapı (yollar, limanlar, enerji santralleri, barajlar vb.) inşasında kullanılabilir. Ekonomide sermaye oluşumuna yol açan büyük yatırımlarla istihdam olanaklarını artırır.

Ekonomik Büyüme Destekler: Sigorta sektörü, yurt içi tasarrufları harekete geçirerek genel ekonomi üzerinde önemli bir etki yaratır. Sigorta, birikmiş sermayeyi üretken yatırımlara dönüştürür. Sigorta ayrıca kayıpların azaltılmasını, finansal istikrarın sağlanmasını ve sürdürülebilir ekonomik büyüme ve kalkınma ile sonuçlanan ticaret ve ticaret faaliyetlerini teşvik eder. Bu nedenle sigorta, bir ekonominin sürdürülebilir büyümesinde çok önemli bir rol oynamaktadır.

Tıbbi Acil Durumlarda Ailelere Destek Sağlar: Ailenin refahı herkes için önemlidir ve aile üyelerinin sağlığı birçokları için öncelikli bir endişe kaynağıdır. Yaşlı ebeveynlerden yeni doğan bebeklere kadar, ilaç tedavisi ve hastaneye yatış, ailelerin refahını sağlamada önemli bir rol oynamaktadır. Artan tıbbi tedavi maliyetleri ve artan ilaç fiyatları, önlem alınmadığı takdirde birikimlerinizi tüketmeye yeterlidir. Herkes beklenmedik bir şekilde kritik hastalıkların (kalp krizi, inme, kanser vb.) kurbanı olabilir. Aynı zamanda, artan tıbbi maliyetler önemli bir endişe kaynağıdır. Sağlık sigortası, bireyleri çeşitli sağlık risklerinden finansal olarak koruyan bir poliçedir. Sağlık sigortası poliçesi ile acil tıbbi bakım sırasında sigortalıya maddi destek sağlanmaktadır.

Marj Riski: Sigorta, hasar riskinin sigortalıdan sigortacıya transfer edilmesini kolaylaştırır. Sigortacılığın temel prensibi, riski çok sayıda kişiye dağıtmaktır. İnsanların çoğunluğu, sigorta poliçeleri alır ve sigortacıya prim öder. Bir kayıp meydana geldiğinde, milyonlarca poliçe sahibinden toplanan fonlar aracılığıyla tazmin edilir.

Genel yapısı itibariyle sigorta, vatandaşların ve kuruluşların maddi ve kişisel maddi olmayan faydaları alanındaki olumsuz sonuçlara karşı kendilerini özel bir kuruluşun (sigortacı) özel bir fonuna parasal katkıları yaparak önceden sigortaladıkları bir tür gerekli, sosyal olarak yararlı faaliyettir.

1.1.3. Sigorta Tarihi

Sigorta, ülkenin finansal sistemini oluşturan zincirin halkalarından biridir. Toplumun ana gelişim kategorilerinden biri, sigorta kavramının evrimidir. Sigorta tarihsel bir kategoridir ve genel üretimin ilk günlerinde ortaya çıkan, üreticileri her türlü riskten koruyan bir mekanizma haline gelmiştir ki bunlar genel üretim, doğal afetler, can kaybı olarak sıralanabilir. Tesadüfen ortaya çıkmasına rağmen bir süre sonra kapsamını genişletmiş ve üretim sürecindeki katılımcılar arasında objektif olarak gerekli bir araç haline gelmiştir.

Sigortacılık kavramının tarihini inceleyen bilim adamları, en basit sigorta biçimlerinin, doğal verimlilik ve antik kültür çağından itibaren ortaya çıktığını, ilk ticari ilişkilerle birlikte geliştiğini düşünmektedir. Sigortanın kökenleri ve tarihi birçok tarih ve ekonomi kitabında bulunabilir.

Sigortacılığın tarihsel geçmişi incelendiğinde Fenikeli tüccarların toplu zarar tazmini kavramını milattan önce 3. binyılda uygulamaya başladıkları görülmektedir. Böylece, mal kaybı veya korsanlar tarafından yağmalama durumunda, gelir dağılımı düzenlenmiş bir anlaşmaya göre organize ediliyordu. Benzer şekilde Mısır piramitlerinin yapımında görev alan taş ocağı işçileri de birbirlerine yardım etmek amacıyla belirli bir bütçe oluşturmuşlardır. Bütçenin temel amacı, çalışırken can kaybı veya travma durumunda işçilerin ailelerine yardım sağlamaktır. Orta Doğu'da, milattan önce 2. binyılda ünlü Babil hükümdarı Hammurabi döneminde, tüccarların kervanlarıyla anlaşmalar imzalanmıştır. Anlaşmaya göre her tüccar, yoldayken herhangi bir yağma veya kayba karşı önlem olarak birlikte korunmayı kabul etmiştir.

Genel olarak, sigorta tarihi döneminde, doğal sigorta faktörü üstün olmuştur. Bu nedenle bu form, iklim faktörlerinin ve potansiyel düşmanların saldırılarına karşı korunmanın en iyi yoluydu. Kolektif koruma yönteminin etkinliğini gören insanlar, ortak üretim kaynaklarının birikimine katıldılar ve dernekler kurdular.

Sigorta kavramının en yaygın biçimi antik Roma'da görülmüştür. Antik Roma'da dini ve mesleki dernekler kurulmuştur. Sendikalar, yönetim kurulu üyelerini içeriyordu. Kurulun ana görevi, üyelerine yardım etmektir.

Öncelikle yönetim kurulu üyesi olmak için fona giriş ücreti ödenmesi gerekiyordu. Kurullar bazında oluşturulan karşılıklı koruma sigortası, üyelerin başlangıçta ödeyecekleri ücret esasına göre faaliyet gösteriyordu. Fona ödenecek miktar, yönetim kurulu üyelerinin mallarının büyüklüğüne göre belirlenirdi. Bu faktör aynı zamanda kurumda bir sosyal adalet sisteminin varlığına da işaret etmektedir (banco.az, 2021).

İktisat literatürünün temsilcileri, Orta Çağ dönemini sigortacılığın gelişimi açısından önemli bir dönem olduğunu vurgulamaktadır. O dönemde sigortacılık lonca çerçevesinde yapılıyordu. En yaygın lonca türü tüccarlar birliğiydi. Her bir birliğin ekonomik bağımsızlığı bulunuyordu. Tüccarlar, pazar yolunda kendilerini savunmak, rakiplerini ortadan kaldırmak ve herhangi bir fiyat politikası uygulamak için loncalarda birleşmişlerdi.

Varoluşlarının ilk döneminde loncalar geçici dernekler olarak oluşturulmuş olsada, Orta Çağ'da yavaş yavaş kalıcı örgütlere dönüştüler. Bazı loncalar, körlük, cüzzam veya diğer hastalıklar durumunda üyelerine ödenekler ödüyordu. O zaman, asıl amacı lonca üyelerinin ve mallarının korunması olan koruma loncaları oluşturuldu. Bu loncaların asıl işlevi, acil durumlarda karşılıklı yardımlaşma, bir başka deyişle sigortacılıktı.

Orta Çağ'ın sonraki dönemlerinde şehirlerin ve yapı işlerinin sayısının artması sonucunda yangın, sel ve diğer doğal afetler nedeniyle binaların yıkılma olasılığı ve tehlikesi de artmıştır (Banker.az, 2021).

1666 yılında Londra'da çıkan ve dört günde 13.000 ev ile 100 kilisenin yanmasına neden olan yangın, toplumu ciddi şekilde yaralamış ve bu tür felaketlerin

sonuçlarına karşı önlem alma fikrini doğurmuştur. Bu fikirden yola çıkarak tarihte ilk kez 1680 yılında İngiltere’de yangın sigortası şirketi kurulmuştur.

17. yüzyılda Londra, denizciliğin merkezi olarak biliniyordu. Bu dünyaca ünlü liman kentinden dünyanın her kıtasına sürekli gemiler yol alıyordu. 1689’da Edward Lloyd adında bir adam Tower Caddesi’nde bir kahve dükkanı açtı. Lloyd’un kahve dükkanında gemi sahipleri, gemi kaptanları, tüccarlar, komisyoncular ve sigortacılar sık sık bir araya gelirdi. Deniz taşımacılığı sigortası fikri ilk olarak 17. yüzyılda burada ortaya çıktı. Bu sayede gemi ve yük sahipleri, geminin hasar görmesi durumunda kendilerini mali güvenceye alıyorlardı. Tüccar gemileri bir komisyoncu görevlendiriyor ve komisyoncu her işlem için ayrı ayrı zengin insanlarla tanışarak onlara riskin bir kısmını satıyordu. Gemi ve yük ile ilgili herhangi bir olay meydana gelmemişse bu durumda sigortacılar kar elde ediyorlardı, gemi kazaya uğradığı zaman veya yükün tahribatı sonucunda onlar maddi, hatta tüm mal varlığını sigortalıya vermekle yükümlüydüler.

İngiltereyle benzer şekilde Rusya’da sigortanın ortaya çıkışı yangınla ilişkilidir. O zamanlar, Rusya’daki tüm binalar ahşaptan yapılmıştı. 1827’de I. Nikolay’ın kararnamesi ile yangın sigortası şirketi kurulmuştur. Daha sonra 1835’te Rusya’da hayat sigortası ile ilgili ilk sigorta şirketi kurulmuştur. Bu sigorta türü kendi başına zayıf gelişim göstermiş, sonradan yirminci yüzyılın başlarında yerini sağlamlaştırmıştır.

Böylelikle uzun bir tarihi yol kateden sigorta ilişkileri sistemi 19. yüzyıldan itibaren genişlemeye başlamıştır. 1850’lerde 7 ülkede 30’dan fazla sigorta şirketi vardı. Bunlardan 14’ü İngiltere’de, 5’i ABD’de, 3’ü Almaniyada, 3’ü Danimarkada ve 2’i Fransada bulunuyordu. Daha sonra kısa bir zamanda sigorta şirketleri diğer ülkelerde de kurulmaya başlandı. 1910 ve 1920 yılları arasında sigorta şirketlerinin hızla ortaya çıkışının bir sonucu olarak 1990’lı yıllarda 100’e yakın ülkeyi kapsamış ve zaman ilerledikçe 10.000’i aştı. (Xankişiyev, 2005, s. 13).

1.1.4. Sigorta Türleri

Sigortanın sınıflandırılması, sigortayı faaliyet alanlarına, sektörlere, türlere ve bağlantılara ayıran bilimsel bir sistemdir. Örgütsel yapısı gereği sigorta, devlet sigortası, anonim sigorta ve karşılıklı sigorta olarak faaliyet göstermektedir.

Devlet Sigortası: Devletin özel yetkili kuruluşların şahsında bir sigortacı olarak hareket ettiği örgütsel bir biçimdir. Devletin menfaatleri, herhangi bir veya bireysel sigorta türü üzerindeki tekeli içerir.

Anonim Sigorta: Özel sermayenin bir anonim şirket şeklinde sigortacı olarak hareket ettiği, kayıtlı sermayesi hisse senetlerinden (tahviller), tüzel kişiler ve bireylerin sahip olduğu diğer menkul kıymetlerden oluşan devlet dışı bir organizasyon şeklindedir. Görece sınırlı fonlarla, sigorta şirketlerinin etkin çalışmalarını hızlı bir şekilde yaymaya olanak tanımaktadır.

Karşılıklı Sigorta: Bir grup birey ve tüzel kişilik arasında, kabul edilen koşullara uygun olarak belirli hisselerdeki gelecekteki olası kayıplar için birbirlerini tazmin etmek için bir anlaşmayı ifade eden devlet dışı bir organizasyon biçimidir. Kar amacı gütmeyen tipte bir sigorta organizasyonu olan karşılıklı sigorta şirketi, büyük bir kurumsal sigorta şeklindedir. Karşılıklı Sigorta Derneği, mülkiyet haklarının sigorta koruması için aralarındaki gönüllü bir anlaşmaya dayanarak oluşturulan birey veya tüzel kişilik birliği olarak hareket etmektedir. Karşılıklı sigorta şirketi, tüzel kişiliktir ve tüm malvarlığıyla ilgili yükümlülüklerinden sorumludur. Her poliçe sahibi, karşılıklı bir sigorta şirketinin üye hissedarıdır. Asgari hissedar üye sayısı şirket tüzüğüne göre belirlenmektedir (Адамчук, 2017, s. 30).

Sigorta şekli zorunlu ve isteğe bağlı olabilir. Zorunlu sigortanın başlatıcısı, bir yasa biçiminde tüzel kişileri ve bireyleri kamu yararını sağlamak için fon sağlamayı mecbur hale getiren devlettir. Ticari kuruluşlar, bireyler ve tüzel kişiler, gönüllü sigortanın başlatıcılarıdır.

Öte yandan sigorta konusu fonksiyonel bir bölümlendirme yapıldığında aşağıdaki gibi gruplandırılabilir (SEGEM, 2012, s. 26):

- Sigorta sahibinin mülkiyet ve malı ile ilgili sigortalar;
- Sigorta sahibinin sorumluluğu ile ilgili sigortalar;
- Sigorta sahibinin şahsı ile ilgili kişisel sigortalar;
- Sigorta sahibinin hakları ve mali menfaati ile ilgili sigortalar.

Bu sigortalardan birkaçına örnek verecek olursak:

Mülkiyet Sigortası: Tüzel kişiler ve bireyler, mülkle ilgili konularda sigorta sözleşmeleri imzalayabilir. Bu sigorta, binaları, yapıları, iletim tesislerini, enerji işçilerini ve diğer makine, teçhizatı, araçları, balıkçı ve diğer gemileri, balıkçılık tesislerini, devam eden ve sermaye inşaatlarını, envanteri, mamulleri, malları, ham maddeleri ve diğer malzemeleri kapsar.

Yangın Riskleri ve Doğal Afet Riskleri: Bu tür mülk sigortası için standart riskler şunlardır; yangın, yıldırım, patlama, sel, deprem, toprak kayması, fırtına, kasırga, yağmur, dolu, heyelan hasarı veya mülk hasarı, yeraltı suyu hareketi, bir bölgede olağandışı donlar ve yoğun kar yağışı, doğal afetler nedeniyle elektrik kesintileri, araç kazaları, ısınma, sıhhi tesisat, kanalizasyon ve diğer sistemlerde oluşan hasarlar, komşu bölgelerden su girişi, hırsızlık, üçüncü şahıslar tarafından yasadışı elektrik kesintileri.

Kaza Sigortası: Kaza sigortası, sigortalının sağlığını kaybetmesi veya ölümünden sonra geride kalanlara güvence sağlamak için tasarlanmıştır. Bu, gruplar halinde (örneğin, çalışanların sigortası) ve bireysel formların yanı sıra gönüllü ve zorunlu sigorta türlerinde yapılabilmektedir.

İnşaat ve Kurulum Risk Sigortası: Bir şantiyede veya kurulum yapılacak mekanda kullanılan tüm malzemelerin, inşaat ekipmanlarının ve inşaat makinelerinin, saha temizlik maliyetlerinin, çöplerin boşaltılması, destek ve inşaat işlerinin sigortasını içermektedir (Öztürk & Güven, 2019, s. 281).

Sorumluluk Sigortası: Sigortalıyı, sigortalının aile üyelerini veya çalışanlarını can, sağlık veya malına gelebilecek zararın tazmini ile ilgili mülkiyet haklarını güvenceye alan bir sigorta türüdür.

Üçüncü Şahıs Hukuki Sorumluluk Sigortası: Sigortalının iş yerindeki kaza, ihmal veya sorumsuz davranışı nedeniyle yaralanma veya maddi hasar meydana gelmesi durumunda yasal prosedürler ve tazminat hakları sağlamaktadır.

Ürün Sorumluluk Sigortası: Sigortalıya ait iş yerinde, kendisi tarafından üretilen mal ve hizmetlerin kullanımından kaynaklanan bir kişi veya mülke gelebilecek olası hasarların tazminatını sağlamaktadır (Адамчук, 2017, s. 37).

Mesleki Sorumluluk Sigortası: Mesleki sorumluluk sigortasının amacı, profesyonel meslek erbaplarının haksız fiillerine neden olabilecek ve bu durumda zanaatkarların hasarlarına neden olabilecek durumları telafi etmektir.

İşveren Sorumluluk Sigortası: İşveren sorumluluk sigortasının amacı, çalışanların mülküne, hayatına ve sağlığına gelebilecek olası zararlardan korumaktır.

Çevresel Sorumluluk Sigortası: Çevresel hasar sorumluluk sigortasının amacı, bir kişinin eylemleri sonucunda ortaya çıkan ani ve beklenmedik çevresel zararlardan korumaktır.

Yöneticiler ve Yetkililer Sorumluluk Sigortası: Bu sigortanın amacı, şirket yönetiminde yapılan hatalar sonucunda şirket hissedarlarına gelebilecek olası zararlardan şirket yöneticilerini korumaktır.

Araç Sahibinin Sorumluluk Sigortası: Bu sigortalı kişinin hatası nedeniyle bir araç kazasında yaralanan tarafa verilen hasarın tazminini içermektedir. Sigortacı, sigortalının zarar durumunun bir sonucu olarak ortaya çıkan fiili masrafları karşılar. Ancak sigorta sözleşmesinde öngörülen sigorta tutarından fazlasını karşılamamaktadır (Мамедалиева, 2016, s. 56).

Kişisel Sigorta: Sigortanın amaçlarının bir kişinin hayatı, sağlığı ve çalışma kapasitesi olduğu bir sigorta dalı olarak yorumlanmaktadır. Kişisel sigorta, hayat sigortası ve kaza sigortası olarak alt bölümlere ayrılmıştır. Bir sigorta poliçesi ile teminat altına alınan kredilerin verilmesi de dahil olmak üzere risk ve tasarruf işlevlerini birleştirmektedir (İbrahimov, Hüseyinov, Salahov, & Abbasova, 2017, s. 205).

Hayat Sigortası: Kişinin hayat sigortasına konu olduğu her türlü sigorta hayat sigortası olarak kabul edilmektedir (Özbolat , 2011, s. 41). Ancak bir kişinin hayatının maliyetini belirlemek mümkün olmadığından, sigorta şirketleri müşterinin gelirin göre hareket eder. Ortalama olarak, müşterinin sigortadan yıllık geliri 3 ile 10 kat arasında değişmektedir. Hayat sigortası sözleşmeleri en az bir yıllık bir süre için yapılır. Hayat sigortası çeşitli riskleri kapsayabilir. Kaza, maluliyet, kısmi maluliyet ve kritik hastalıklara (onkoloji vb.) karşı sigortadır.

Sağlık Sigortası: Vatandaşların, bir kaza durumunda primlerden elde edilen fonlardan tıbbi bakım almaları ve önleyici tedbirleri finanse etmeleri için bir garanti oluşturmaktadır.

Yurtdışı Seyahat Sigortası: Mal sahibi yurtdışına seyahat ettiğinde mülke, hayata ve sağlığa gelen zarara karşı sigorta sağlamaktadır (Бакиров, 2016, s. 71).

1.2. Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası, toplumun sağlıkla ilgili çıkarlarını koruma altına alan sosyal bir güvenlik sistemidir. Sağlık sigortası temelinde potansiyel tıp hizmetlerinden yaralanmak için tüketiciler tarafından düzenli olarak ücretin ödenmesi nedeniyle gelecekteki masrafların karşılanması prensibi bulunmaktadır. Sigortalıdan tahsil edilen fonlar (sigorta primleri) pahasına garantili tıbbi bakım ve önleyici tedbirlerin finanse edilmesi, sigortalı bir olay olması durumunda zararın ödenilmesi sağlık sigortasının temel amacıdır. Sağlık sigortası zorunlu ve gönüllü olarak yapılmaktadır (Xankişiyev, 2005, s. 18).

Zorunlu sağlık sigortası, bölgesel program kapsamında sigortalı bir olay olması durumunda sigortalıya ücretsiz tıbbi bakım sağlamayı amaçlayan devlet tarafından oluşturulan yasal, ekonomik ve örgütsel önlemler sistemi olan bir zorunlu sosyal sigorta türüdür.

Gönüllü sağlık sigortası, zorunlu sağlık sigortası programında tanımlananlara ek olarak vatandaşlara ekstra tıbbi ve diğer sağlık hizmetleri sağlar. Gönüllü sağlık sigortasında sigorta primi tutarı, gönüllü sağlık sigortası içeriğine bağlı olarak tarafların mutabakatı ile belirlenmektedir (medicalnewstoday.com, 2021).

1.2.1. Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası, bireylerin ekonomik gücüne ve istekli olup olmadığına bakılmaksızın, hastalık riskine karşı toplumun tüm üyelerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır (Özen, 2019, s. 25). Teorik olarak tanımlanacaksa genel sağlık sigortası, toplumda yaşayan tüm insanlara sağlık hizmetlerini finanse etmek için oluşturulmuş ve hizmeti alacak kişilerden prim tahsil etmeye dayanan bir sosyal sigorta olarak tanımlanabilir (Akgül, 2003, s. 16).

Genel sağlık sigortasında insanlar, gelirleri dahilinde sağlık hizmetlerinin finansmanına katılırlar. Tahsil edilen sigorta primleri, diğer devlet gelirlerinden ayrı bir fonda toplanır ve yardımın vadesi geldiğinde bu fondan karşılanmaktadır. Devlet bazı zamanlarda, sigorta finansmanına dahil olur. Bu katkı, ödeyemeyenler için sigorta primi ödenmesi şeklinde olabileceği gibi, tahsil edilen primlerin giderleri karşılamaması durumunda gelir-gider dengesinde oluşan açığı kapatma şeklinde de olabilir. Genel sağlık sigortası, sigortalılar için zorunlu bir sigorta sistemidir. Sağlık temel bir insan hakkıdır. İnsanlar her yaşta hastalığa yakalanabilir. Genel sağlık sigortası sahipleri sağlıklı olduklarında sigorta primi ödeyerek sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunurlar ve hasta olduklarında bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanabilirler (Oral, 2001, s. 40).

Kaliteli sağlık hizmetini sosyal bir insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının kurulmasının temel nedeni, sağlık harcamalarında önemli bir tasarruf olmasının yanı sıra hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunması olarak değerlendirilmektedir. Etkili bir yönetimin sonucu olarak, genel sağlık sigortası sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilmektedir. Genel sağlık sigortasının amaçları genel olarak; tüm vatandaşların sosyal insan haklarına uygun olarak sağlık hizmetlerine aktif olarak erişmesini sağlamak ve sağlığı finanse ederken ayrılan sağlık harcamalarını etkin bir şekilde kullanmaktır (Kızılova, 2015, s. 31).

Genel sağlık sigortasında sağlık hizmetleri, hem kamu hem de özel sektör hastaneleri, laboratuvar ve muayene merkezleri, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanan polikliniklerden hizmet sunulmaktadır. Sigortalı, sözleşme imzalayan sağlık hizmet sunucularından bedelsiz olarak yararlanabilir. (Balkanlı, 2017, s. 10).

1.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Risk, hastalık ve sakatlık gibi sağlık sektörünün kendine has özellikleri, bunlarla ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılacağının meçhul olması ve bir sağlık durumunda bu hizmetlerin maliyetinin insanların ekonomik gücünü açma olasılığı gibi durumlar insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılama arzusunu doğurmuştur.

Bu gereklilik sağlık sigortasının temel dayanağıdır. Bu ihtiyacı, özel sağlık sigortası olan bireylerin bürokratik engellere ve tıkanıklıklara takılmadan sağlık

hizmetlerine kamu sağlık sigortası sistemlerine göre daha kolay erişebilmeleri de bu ihtiyaçı körüklemektedir.

Sigortanın temeli, kişi ve grupları olası kayıplardan koruma amacıdır ve sigorta şirketleri bunu risk dağılımını uygulayarak yani kişi ve grupların riskini tüm poliçe sahiplerine yayarak sağlamaktadır (Kender, 2021, s. 125).

Özel sağlık sigortası, kişilerin isteğe bağlı olarak sigorta şirketlerinden belirli bir prim karşılığında aldıkları olası hastalık risklerini karşılamak için uygulanan bir sigorta türüdür. Sağlık sigortaları 1 yıllık olarak düzenlenir. Poliçe teminatı, sözleşmede aksi bir hüküm olmadıkça sağlık sigortası genel şartlarında belirtildiği üzere öğlen 12.00'de başlayıp öğlen 12.00'de sona ermektedir.

Polielerde ilk sigorta için yaş sınırı olmakla beraber, bakmakla yükümlü olunan çocukların çocukken sigorta yaptırabilmeleri için yaş sınırı vardır. Bireysel ve grup poliçelerinde, bazı şirketler artık 18 yaşından büyük çocukları birey olarak görüyor, bazı şirketler 30 yaşına kadar bekar çocukları ailelerine alıp aile indirimlerinden yararlanıyor ve sigorta alabiliyor. Belirtilen yaş sınırının üzerindeki çocuklar için ayrı bir poliçe aılabilmektedir (Balkanlı, 2017, s. 19).

Özel sağlık sigortası, sigorta kısıtlamaları veya gereklilikleri ile sınırlı değildir. Bir hasta veya aile tarafından talep edilen hizmetleri içerebilir ve uzun veya kısa vadeli olabilir. Hastalar evde, kalifiye bir bakım veya rehabilitasyon merkezinde, hastanede ve hatta tatilde bile özel bakım alabilirler.

Özel sağlık sigortası, sigortanın kapsayacağının üzerinde ve ötesinde bakım konusunda daha rahat olmanız durumunda, kapsanan hizmetleri tamamlayabilir veya genişletebilir. Özel bakım hizmetleri, 24 saat kalifiye hemşirelik bakımından, taburculuk sırasında yardım gerektiren tıbbi bir prosedürden eve tek seferlik refakat etmeye kadar uzanmaktadır. Özel bakım hizmetleri aşağıdakileri içerebilir (VNS Health, 2021):

- Nitelikli hemşirelik veya rehabilitasyon bakımı;
- Kronik durumların yönetimi (ilaçların, yaşamsal belirtilerin ve sağlıktaki değişikliklerin izlenmesi);
- Bakım, giyinme, ağız hijyeni ve kontinans konularında yardım;

- Hafif temizlik (market alışverişi, ayak işleri ve çamaşır yıkama dahil);
- Yemek hazırlama ve beslenmeye yardım;
- Refakat;
- Aile bakıcıları için dinlenme hizmetleri;
- Randevu refakatçileri ve hastaneden veya ayaktan taburcu olduktan sonra eve dönüş yardımı;
- Bilişsel bozukluğu veya fiziksel engeli veya yaralanması olan bir aile üyesinin bakımında yardım.

Özel sağlık sigortalarının amacı, sigorta başlangıç tarihinden sonra oluşabilecek riskleri karşılamaktır. Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce meydana gelen bazı hastalıkları varsa bu durum teminat dışı bırakılır. Unutulmamalıdır ki riskin ortaya çıkması durumunda sigortanın görevi sigortalıyı zarar görmeden önceki statüsüne getirmektir. Bu nedenle özel sağlık sigortası asla zenginleştirme amacı taşımaz (Seyfullahoğulları & Başoğlu, 2018, s. 16). Özel sağlık sigortaları iki ana konuda güvence sağlar. Bunlar tıbbi giderler ve iş göremezlik gelirleridir (Oral, 2001, s. 41). Bununla birlikte, bazı durumlarda, sağlık riskinin ve riske neden olan durumun sigorta süresi içinde ortaya çıkıp çıkmadığının belirlenememesi, bu tür sigortanın kendine özgü zorluklarından biridir. Bireylerin tamamen sağlıklı bir durumda sigorta sistemine girmeleri beklenmez veya sağlık sigortası sadece tamamen sağlıklı kişilere pazarlanmamaktadır. Kabul edilebilir hastalıkları ve yüksek tedavi maliyetleri getirmesi beklenmeyen, şikayetleri olan bireyleri sigortalamak da mümkündür. Bireyler özel hastalık ve şikayetlerini sigorta şirketine beyan ederler, bu sağlık bildiriminde belirtilen ve büyük risk oluşturmayacağı düşünülen bazı mevcut hastalıklar için standart prime ek olarak kısıtlayıcı şart getirilmemiştir. Ancak standart primin hastalığın tedavisinin mali yüküne göre sigorta şirketine risk oluşturacağı öngörülen bazı hastalıklar için ek şartlar konulabilir ve ek prim alınmaktadır (Ekener, 1995, s. 5).

Bu nedenle özel sağlık sigortasının sağladığı teminatlar, sigorta sonrası ortaya çıkan risklerle sınırlı değildir. Bu değerlendirmelerin ardından özel sağlık sigortasını, sigorta süresi içinde poliçe şartlarına giren bir durum nedeniyle kaza veya hastalık

nedeniyle ortaya çıkan tedavi giderlerinin, yukarıda belirtilen limit dahilinde ödendiği sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür.

Teoride, özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, görece daha yüksek gelire sahip bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak sağlaması ve sınırlı kamu kaynaklarının özel sigortaya erişemeyen düşük gelirli, dezavantajlı gruplara harcanmasına izin vermesidir. Ayrıca özel sağlık sigortaları, sağlık yatırımları için ek kaynak yaratmakta, yenilik ve verimliliği destekleyerek (esneklik ve kar güdüsü ile) kamu sektörü reformunu teşvik etmekte ve tüketici tercihini artırmaktadır (Kaya, 2008, s. 60).

Bu potansiyel avantajların gerçekleşip gerçekleşmemesi özel sağlık sigortalarının performansı ile yakından ilgilidir. Özel sağlık sigortalarının performansı, özel sağlık sigortası piyasasının düzenlenmesine bağlıdır. Düzenlemenin olmaması veya yetersizliği piyasanın verimli çalışmasını engelleyerek “piyasa başarısızlığına” neden olmaktadır. Piyasa başarısızlığı aşağıdaki istenmeyen durumlara yol açmaktadır (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 91):

- İhtiyaç duyacağını düşünen bireylerin sigorta tercihini ve bireylerin sigortalı olacakları zaman mevcut hastalıklarını gizleyebilme becerilerini artırmak (ters seçim);
- Sigorta şirketleri, genetik ve kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, engelliler ve doğurganlık çağındaki kadınlar gibi yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınabilir;
- Risk esaslı prim miktarının doğru bir şekilde belirlenmesindeki zorluklar;
- Bireylerin sigortalı olduktan sonra hizmeti gerektirebilecek riskli davranışlarda bulunma ve hizmeti aşırı kullanma kabiliyetleri (ahlaki tehlike) Örneğin sağlıklı bir yaşam sürdürmek için çaba sarf etmezler, soğuk algınlığı, grip gibi hastalıklar için doktora başvururlar;
- Bulaşıcı hastalıklardan dolayı hastalığa yakalanma riski, başkalarının hastalığa yakalanma olasılığından bağımsız değildir;
- Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimi.

Piyasa başarısızlığı, yaşlılar, engelliler ve düşük gelirli gruplar gibi riskli grupların sigorta hizmetlerine erişimini engelleyebileceği gibi, sigorta şirketlerinin daha az riskli gruplardan aşırı kar elde etmesine de izin verebilir.

2. İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI

2.1. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimini Engelleyen Faktörler

2003'ten başlayarak Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında son yıllarda Evrensel Sağlık Hizmetleri (UHC) standartlarına ulaşılmasına yol açan bir dizi reform başlatmıştır. Türkiye'nin sağlık sistemindeki ilerleme, kapsam ve hız açısından ilgili standartlar ile çok az paralelliğe sahiptir. Reformlardan önce, Türkiye'nin toplam sağlık göstergeleri, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üye ülkeleri ve diğer orta gelirli ülkelerin göstergelerinin gerisinde olmuştur. Türkiye'de nüfusun %70'inden azı sigortalıydı ve sigortalı hastalar bile zamanında ve yeterli sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorunlar yaşamaktaydı (Akdağ, 2012, s. 51).

Türkiye'nin reform çabaları, ülkenin sağlık sisteminin neredeyse tüm yönlerini etkilemiş ve bu, kapsanan nüfus ve hak ettikleri hizmetlerin oranının hızla artmasına neden olmuştur. Aynı zamanda, finansal korumada önemli ölçüde gelişmiştir. SDP'nin bu konuda birçok olumlu etkisi bilinmektedir. Örneğin, 2002 ile 2012 yılları arasında sigorta kapsamı %64'ten %98'e yükseldi. 2003 ile 2010 yılları arasında dört doğum öncesi bakım ziyareti olan hamile kadınların oranı %54'ten %82'ye, sağlık hizmetlerinden vatandaş memnuniyeti 2003 ile 2011 yılları arasında %39,5'ten %75,9'a yükselmiştir (Atun, ve diğerleri, 2013, s. 90).

Türkiye'de sağlık sektöründe halen önemini koruyan sorunları üç ana başlık halinde incelemek mümkündür:

- a) Sağlık hizmetlerine olan ilgi ve talep artmaktadır. Nüfusun yaşlanması, hastalıklarda artış, hizmetlere yönelik beklentilerin artması, gelişmiş ulaşım olanakları, sağlık tesislerine daha kolay erişim ve tüketici sağlığı bilinci vb. sağlık hizmetlerine olan ilgi ve talebi artırmaktadır.
- b) Sağlık hizmetlerinin maliyeti yıllar geçtikçe artış göstermektedir. Teknolojideki gelişmeler, ödeme mekanizmalarında standart eksikliği, kayıt dışılık, artan enflasyon oranı, sağlık hizmetlerine artan yatırım vb. sağlık bakım maliyetini artırır, bu sebepten ek sağlık bakım maliyetleri gerekmektedir.

- c) Uluslararası temel sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler gösterme isteği, sağlık bakım maliyetlerinde artışa yol açmaktadır. Türkiye; Avrupa Birliği ile uyum sürecinde olmak, uluslararası sağlık göstergelerinde olumlu gelişme göstermek ve ekonomik ve sosyal kalkınmayı sağlamak için sağlık harcamalarını artırmalıdır. Sağlık hizmetleri maliyetleri arttığında, hükümet bu maliyetlerin finansman kaynağını bulmalıdır.

Devlete ek olarak, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası, sağlık bakım maliyetlerinin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır. Genel sağlık sigortasının zorunlu olması ve ülkede yaşayan tüm vatandaşlar için geçerli olması alınan tedbirlerin kısa bir zaman diliminde olması sağlık maliyetlerinin finansmanı açısından olumlu değişimlere yol açabilmektedir, ancak özel sağlık sigortalarında durum farklıdır.

Türkiye’de özel sağlık sigortası primlerinin üretimi yıllar geçtikçe artmış olsa da bu büyüme beklenenin altındadır. Bu durumu değiştirmek; tüketicinin ve sigortacının tutumundaki değişime ve sistemde ortaya çıkan bazı problemlerin çözüme kavuşmasıyla ilgidir. Tüketiciler ihmal ve erteleme alışkanlıkları, eğitim, gelir ve bilgi düzeyleri sağlık sigortası gereksinimlerini etkilemektedir. Sigortacıların bilgi ve pazarlama eksikliği, sağlık sigortasının yaygın olarak bilinmesini ve kabul edilmesini engellemektedir. Öte yandan bürokrasi, hastane ve doktor hizmetleriyle ilgili olumsuzluklar da sağlık sigortası talebini etkilemektedir. Özel sağlık sigortasının gelişimini olumsuz etkileyen faktörleri üç başlık altında incelemek mümkündür; tüketiciler, sigortacılar ve sağlık sigortası sistemi (Orhaner, 2018, s. 351).

2.1.1. Tüketiciler

Sağlık sigortası zorunluluğunun uygulanmasında en önemli taraf tüketicilerdir. Tüketiciler ne kadar çok sağlık sigortası talep ederse, sağlık sigortası o kadar büyük olur; ürün çeşitliliği artmakta, sigorta primleri düşmekte, sağlık hizmetlerinin sunumu gelişmekte, sağlık hizmetleri daha kolay finanse edilmektedir. Tüketicinin sağlık sigortası talebinde bulunma isteğini etkileyen faktörler aşağıda incelenmiştir (Orhaner, 2017, s. 407).

Eğitim Seviyesi: Eğitim seviyesindeki artış, tüketicinin sağlık sigortası talebinde bulunma isteğini olumlu yönde etkilemektedir. Tüketiciler doğru olmayan inançlarını

değiştirebilir, sigortanın faydalarını ve gerekliliğini anlayabilir. Sigorta bilincinin oluşması, eğitim seviyesinin yükselmesiyle gerçekleşebilir.

İhmal ve Erteleme: Sigorta şirketi, sonucu bilinmeyen bir olayın planlanan maliyetini karşılamayı teklif etmekte ve karşılığında tüketiciden sigorta primi adına sigorta şirketine ödeme yapmasını istemektedir. Ürünlerin açık satışının olmaması ve sadece risk oluştuğunda iade alınabilmesi, tüketicinin sigorta konusunda dikkatsiz kalmasına neden olabilmektedir. Tüketici sigortanın gerekli olduğuna inansa bile sigortayı ihmal ederek işini şansa bırakmakta ve sigorta ihtiyacını sürekli olarak bir sonraki güne, haftaya veya aya ertelemektedir. Ayrıca Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler zaten sağlık sigortasından yararlanmaktadır. Bireyler gelir durumlarına göre ek sağlık (hastalık) sigortasına başvurabilirler. Sigortalı ve sağlıklı kaldıkları sürece ödenen primlere ilişkin özel bir hüküm bulunmaması, tüketicinin özel sağlık sigortasını göz ardı etmesine sebep olmaktadır.

Yetersiz Bilgi: Toplumun sigortanın faydalarının farkında olmaması, sağlık sigortası talebinin düşük olmasına yol açmaktadır. Aslında insanlar genel sigorta ile özel sigorta arasındaki farkı bilmemekle beraber özel sağlık sigortasını genel sağlık sigortası ile aynı görmektedir. Yetersiz bilgi hem tüketiciden hem de sigortacıdan kaynaklanmaktadır. Sigorta talebinin artması, potansiyel tüketicilere enerji verilmesine ve sigorta bilincinin artırılmasına bağlıdır. Sigorta bilincinin oluşması, sigortacılık sektöründeki eğitim kurumlarına, sigorta kurumlarına, tüketicilerin bilgilendirilmesine ve yapılan bilgilendirici organizasyonlara ve eğitim faaliyetlerinin kalitesine bağlıdır.

Kişinin Gelir Seviyesi: Düşük kişi başına gelir, sigortaya çok az fon ayrılması veya hiç ayrılmaması anlamına gelir. Ülkede işsizlik nedeniyle gelir elde edemeyenlerin sigortaya olan talebinin azalacağını gösteren bir diğer gösterge de işsizlik seviyesidir. Gençlere yeterli iş olanakları sağlamak gelir yaratacaktır ve gelir arttıkça sigorta talebi artabilmektedir.

Ülkede genel sağlık sigortası sistemi sayesinde tüm bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel doktor ve hastane masraflarından kurtulmak, hizmete daha hızlı ulaşmak ve katkı yükünden kurtulmak isteyenler özel sağlık sigortasını tercih etmektedirler.

2.1.2. Sigortacılar

Sigortacı dediğimiz sigorta şirketleri ve sigorta aracıları sağlık sigortası teklif eden, satan taraflardır (Öztürk & Güven, 2019, s. 225). Sigorta aracıları, acenteleri ve brokerleri olarak sigorta şirketleri, sağlık sigortası talebini daha da artırmak için çaba göstermelidir. Ancak sigorta pazarlamasındaki eksiklikler, bilgi eksikliği, fiyat rekabetinden kaynaklanan kararsızlıklar vb. sağlık sigortalarında sigortacıları önemli bir faktör haline getirmektedir.

Yetersiz Bilgilendirme: Tüketicileri sigorta konusunda bilgilendirme görevi, sigorta ürünlerinin satışına aracılık eden acente ve brokerlerin çabalarına ve sigorta şirketinin pazarlama ve halkla ilişkiler hizmetlerine bağlıdır. Sigorta şirketleri ve acentelerindeki pazarlama personeli, konu hakkında bilgili ve eğitilmiş olmalı, tüketicileri sağlık sigortası ürünleri hakkında basit ve anlaşılır bir dille bilgilendirmeli ve ikna etmelidir. Yani sigorta şirketleri çalışanlarının farkındalığını artırdığı ve hizmet kalitesini yükselttiği sürece başarılı olacaktır. Araştırmalar göstermiştir ki, potansiyel müşterilere yönelik reklamların yarattığı iş hakkındaki olumlu düşünceler, hizmet kalitesiyle ilgili olumlu düşüncelerden daha zayıftır (Yiğit, 2007, s. 30).

Ülkedeki diğer sigorta ürünlerinde olduğu gibi sağlık sigortası ürünleri ile ilgili sigorta pazarlamasına da özen gösterilmemiş ve sigorta ürünleri hedef müşteri gruplarına yeterince sunulamamıştır.

Güvensizlik: Ülkede sigortacılara duyulan güvensizlik, sigortada sunulan hizmetin yetersiz düzeyde olması, çok fazla işlem yapılması, tazminatların gecikmeli ve istenmeyen şekilde ödenmesi, sigortacı ile sigortalanan arasındaki sorunların mahkemelerde geç çözülmesi vb. bu tür sorunlar tüketicinin sigortaya olan güvenini olumsuz yönde etkilemiştir. Sadece sağlık sigortalarında değil, diğer sigorta alanlarında da hissedilen olumsuzluk, sigorta güvenini olumsuz etkilemiştir. Yeni Sigorta Kanunu'nda tüketicinin korunmasına çok dikkat edilmiştir. Günümüzde sağlık sigortası alanında yapılan sözleşmeler Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SAGMER) sorgulanabilir, Sigorta Tahkim Komisyonu vb. kurumlar, bu tür oluşumlar sigortaya olan güvenin artması açısından önemlidir. Ayrıca tüketicinin mağduriyetini önlemeye yönelik, olumsuz örneklerden kaçınmak ve tüketiciyi sigortanın önemli ve

güvenli bir sistem olduğu konusunda bilgilendirmeye yönelik sürekli etkinlikler yapılmalıdır.

Fiyat Rekabeti: Tüketiciler aynı ürünün fiyatını farklı sigorta şirketlerinden veya acentelerinden aldıklarında, daha düşük fiyattan satın alabilecekleri acente ararlar veya karar vermekte zorlanırlar. Sigorta ürünleri fiyat farklılaştırmasına tabi olabilir. Sigorta ürünlerinde fiyat farklılaştırması mümkündür. Cinsiyet, yaş, bölge, hastalık önemi, hastalık tipinin yaygınlığı vb. bağlı olarak farklı fiyatlar tüketici talebini artırabilmektedir. Ancak aynı ürün, aynı bölge, aynı cinsiyet vb. gibi benzer durumlarda farklı fiyatlandırma, sigortacıların karını azaltacak ve tüketicilerinde seçim yapmasını zorlaştıracaktır. Risk gruplarına göre fiyat değişimi yapıldığında sigorta talebinin ve prim gelirlerinin artması beklenebilmektedir (Şenalp, 2008, s. 35).

2.1.3. Sağlık Sigortası Sistemi

Sağlık sigortası sisteminde, sadece sigortacı ile sigortalı veya sigorta yaptıran arasında sigorta ilişkisi olsa dahi, sigorta ilişkisinin başlangıcından sona ermesine kadar geçen süre içinde; hükümet, sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmeti sağlayıcıları vb. bu tür aktörler sağlık sigortası sisteminde önemlidir (Orhaner, 2018, s. 355).

- a) Sağlık sigortalarında, özel sağlık kuruluşlarının özel sağlık sigortası şirketlerine yaptığı baskılar nedeniyle fiyatlar yükselmekte, fiyatlarındaki artış sağlık sigortası piyasası hacmini daraltmaktadır.
- b) Sağlık sigortasında veri eksikliğinden dolayı sigorta primlerinin hesaplanması ve fiyat tespitinin zorluğu sağlık sigortası piyasasının gelişmesini engellemektedir.
- c) Ülkede genel sağlık sigortasının geniş kapsamı ve bu kapsamdaki herkesin sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı özel sağlık sigortasına olan talebi azaltmaktadır.
- d) Sigorta şirketi, sağlık hizmeti sunucuları ve sigortalılar arasında belge düzenleme ve transferinde bürokratik engeller bulunmaktadır.
- e) Hastanelerin ve doktorların hizmetlerinde özel sağlık sigortalılarına karşı sergilediği tutum, gereksiz hizmet gösterme, özel sağlık sigortası şirketlerinin şikayetlerine yol açmaktadır.

- f) Özel sağlık sigortası olan kişiler, poliçeyi yenilemek için yeterli teşvik olmadığı için vazgeçebilmektedirler.
- g) Ülkede yeni sağlık sigortası yaptıran kişilerin mevcut sağlık durumu giderek artan oranda primi etkilemektedir. Ancak devam eden bir sağlık sigortası ile kanser gibi bir hastalık durumunda bile prim değişmiyor. Bu nedenle sigorta şirketleri, sağlıklı oldukları takdirde insanları sağlık sigortası yaptırmaya ikna etmelidir.
- h) Tıpta genetik alanındaki gelişmelerin sağlık ve hayat sigortasını etkileyeceği iddia ediliyor. Genetik biliminin hastalıkların erken teşhisi, belirli hastalıklara yakalanma riski olan kişilerin belirlenmesi ve daha etkili tedavilerin geliştirilmesi gibi avantajları vardır. Yalnız genetik biliminin birçok psikolojik problemi beraberinde getirme olasılığı sigortacılık sektörünü yakından ilgilendirmektedir. Bir gen eksikliği her hastalığa neden olabilir. Sigortacılar, genetik olarak saf olmayan kişileri sigortalamayabilir veya sigorta maliyetini yüksek tutabilir. Yetkililerin bu konuları çözmesi gerekmektedir.

2.2. Özel Sağlık Sigortasının Gelişiminde Önemli Olan Faktörler

Türkiye’de özel sağlık sigortası gelişmeye açık sigorta ürünüdür. Türkiye’nin sahip olduğu bazı fırsatlar uzun vadede bu sigortanın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Öte yandan, bazı zorunlu sebepler nedeniyle gerçekleştirilen düzenlemeler de özel sağlık sigortasını daha iyi hale getirmektedir.

Özel sağlık sigortasının gelişmesine işaret eden faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz (Orhaner, 2017, s. 408):

- a) Türkiye’nin nüfusu (2021 yılı itibariyle 84.680.273) özel sağlık sigortası için önemli bir etkidir (TÜİK, 2022).
- b) Türkiye nüfusunun % 92,1’i il ve ilçe merkezlerinde ikamet etmektedir. Büyük şehirlerde altyapı sorunları, sel, yangın, trafik, terör, şiddet vb. gibi sebepler toplumun daha fazla sağlık gideri yapmasına yol açmaktadır.
- c) Ortalama yaşam süresi Türkiye’de artmakta, 65 yaş üstü nüfus giderek artış göstermektedir. Teknoloji, tıp, yaşam koşullarının iyileştirilmesi, sağlık, beslenme ve gelir alanlarındaki olumlu gelişmeler yaşam beklentisini

yükseltmektedir. 2021 yılı itibariyle 65 yaş üstü nüfusun ülke nüfusu içinde oranı 9,7'dir (TÜİK, 2022).

- d) Kişi başına düşen gelirden artış olması.
- e) Özel sağlık sigortasıyla ilgili bilgilendirme amaçlı iyi bir tanıtım ve pazarlama becerisinin bulunması.
- f) Genel sağlık sigortasında cepten yapılan ödemelerde artış, özel sağlık sigortasının yaygınlaşmasına yol açabilir.
- g) Kansere, kardiyovasküler hastalıklar, sindirim sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları vb. gibi hastalıklar Türkiye'de de gittikçe yaygınlaşmaktadır. Bu hastalıkların yaygınlaşması insanların gelecekteki yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri ve günlük yaşam standartlarını korumaları konusundaki duyarlılığını artırmaktadır.
- h) Özel sağlık sigortası konusunda 2007 yılında yürürlüğe giren 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu önceki yıllara göre önemli değişiklikler getirmiştir. Sigortalının korunması, sigorta şirketlerinin kuruluşunu, işleyişini ve denetimini düzenleyen ve sektörün yeniden yapılandırılmasını sağlayan bu kanun, insanların özel sigorta şirketlerine olan güvenini daha da artıracaktır.
- i) Ekonomik, sosyal, kültürel ve politik gelişmeler küreselleşme sürecinde kısa sürede bilişim teknolojileri aracılığıyla yaygınlaşmakta ve yenilikler takip edilmektedir. Özellikle genç nüfusun dünyada yaşanan süreçleri yakından takip etmeleri ve sağlıkla ilgili yeni bilgilere ulaşmaları özel sağlık sigortasına olan talebin artmasına neden olacaktır.
- j) Her sene bir salgın beklentisi, yeni türeyen hastalık türleri, pahalı ilaçlar, teknik araç ve gereçler, tıbbi muayeneler vb. özel sağlık sigortasının gelişmesine yol açacaktır.

2.3. Özel Sağlık Sigortasında Tazminat ve Teminat

Tazminat, belirli veya bir dereceye kadar tahmin edilemez hasarları veya zararları (genel olarak hasarın kendi miktarı kadarını) belirlenen limitler doğrultusunda tazmin eden bir ödeme şeklidir. Sigorta kuruluşları, sigortalı tarafınca ödenen primlere

karşı teminat sağlamaktadır. Sigortada, tazminat, taraflardan birinin diğerine sigortalı bir olay durumunda sözleşmeden doğan ödeme sorumluluğunu ifade etmektedir.

Teminat, bir kaza durumundan, afet olaylarından veya başka olumsuz olaylardan kaynaklanan zararların tazmin edilmesini sağlayan bir fiyat ve garantidir. Tüm sigorta türlerinin bir veya daha fazla sigorta teminatı vardır. Bu teminatlar poliçe sahibine ve sigorta şirketlerine göre değişiklik göstermektedir. Teminatlar, esas olarak maddi zararın ödenmesine ilişkin olmakla birlikte, bireylerin alacağı manevi zararlar için de verilebilmektedir (Aksigorta, 2022).

2.3.1. Özel Sağlık Sigortasında Teminat Türleri

Özel sağlık sigortası, önceden kararlaştırılan belirli durumları kapsayan ve belirli durumları teminat dışı bırakan bir sigorta türüdür. Tüm özel sağlık sigortası sözleşmelerinde belirtilen teminatlar kapsamı, sınır, geçerlilik coğrafi alanı, acil ve acil olmayan durumları kapsayan teminatlar, varsa istisnalar ve sigortalının katkı payı belirtilir. Sözleşmelerde belirtilmeyen teminatlara ilişkin tedavi masrafları karşılanmamaktadır (Avşar, 2010, s. 69).

Özel sağlık sigortasında teminatlar, yatarak tedavi, ayakta tedavi ve ek teminatlar olarak üç temel başlık altında incelenebilmektedir.

2.3.2. Yatarak Tedavi Teminatı

Hastane tedavi teminatı olarak da adlandırılan yatarak tedavi teminatı, temel teminattır. Sigortalı bireyin hastanede yatışını veya acil hastane hizmetlerini veya yatışını gerektirmeyen ancak hastanede yapılması gereken günlük hastane hizmetlerini kapsar (Şenalp, 2008, s. 12). Sağlık harcamalarına ilişkin risklerin çoğu bu teminat kapsamındadır. Hastane tedavi teminatı olarak adlandırılmasının nedeni, hastanede yatış gerektirmeyen durumları da kapsamıdır. Acil bakım için hastaneye giden bir sigortalının hastaneye yatırılması ve tedavi edilmesi tıbben gerekli olmayabilir. Bu durumda muayene, teşhis işlemleri ve tedavi masrafları bu garanti kapsamında değildir. Acil olmayan ve hastanede yapılması gerekmekte olan ancak sigortalı bireyin hastaneye yatmasını veya bir gece kalmasını gerektirmeyen alçı, kemoterapi ve radyoterapi gibi tıbbi prosedürlerin masrafları bu teminat kapsamında karşılanmaktadır. Bu bağlamda hastanede tedavi tanımı, yatarak tedavi tanımı ile karşılaştırılmıştır. Sağlıktaki temel

ihtiyaçları karşılamaya yönelik olan bu teminat sigortalı bireyin sigorta teminatları arasında öncelikli talep ettiği teminattır (Çatpınar, 2005, s. 40).

Yatarak tedavi kapsamı aşağıdaki alt başlıklarda sınıflandırılabilir (MEGEP, 2011, s. 6):

Ameliyat Giderleri Teminatı: Ameliyat, sigortalının yatarak tedavisi sırasında gerçekleşirse, ameliyathane giderleri, anestezi sırasında kullanılan malzemeler ve doktor ücretleri bu teminata dahildir.

Oda-Yemek Giderleri Teminatı: Sigortalının hastanede kaldığı her gün için konaklama ve yiyecek masrafları bu teminat kapsamındadır.

Refakatçi Giderleri Teminatı: Bir refakatçinin bulunmasının tıbben gerekli olduğu durumlarda refakatçinin masrafları bu teminat kapsamındadır.

İlaç Giderleri (Yatarak) Teminatı: Sigortalıların sağlık kuruluşlarında yatarak tedavileri sırasında kullandıkları ilaçların masrafları bu teminat kapsamındadır.

Tanı Giderleri (Yatarak) Teminatı: Doktorun hastalığın teşhisi için gerekli gördüğü her türlü teşhis birim masrafları poliçe limitleri dahilinde bu teminat kapsamındadır.

Yoğun Bakım Giderleri Teminatı: Sigortalının sağlık tesislerinin yoğun bakım ünitesinde resüsitasyon masrafları bu teminat kapsamındadır.

Hastane Tedavi Giderleri Teminatı: Sigortalının hastaneye yatırılmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahaleler için konsültasyon ve doktor ücretleri, kan ve kan plazması, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş atılması, kullanılması doktor tarafından gerekli görülen ortopedik destek ve korse, pansuman, bandaj, enjeksiyon ve benzeri masraflar bu teminat kapsamındadır.

Kara Ambulansı Giderleri Teminatı: Acil bir durum söz konusu olduğunda sigortalıyı bir sağlık kuruluşuna götürmek için kara ambulansı kullanılması durumu bu teminat kapsamındadır.

Hava Ambulans Giderleri Teminatı: Acil bir durum söz konusu olduğunda sigortalıyı bir sağlık kuruluşuna götürmek için hava ambulansı kullanılması durumu bu teminat kapsamındadır.

Doğum Giderleri Teminatı: Poliçenin yürürlüğe girdiği ilk tarihten itibaren doğum sigortası belirli bir süre sonra meydana gelen doğumlar için geçerlidir. Bu süre sigorta şirketlerine göre değişiklik göstermektedir. Sigortalının doğum sonrası yatarak tedavisi sırasındaki ilk doktor muayenesi, aşıları ve ilaçları ile sigorta teminat tablosunda belirtilen doğum masrafları bu teminat kapsamındadır.

Küçük Müdahale Giderleri Teminatı: Yatarak tedavi sırasında sigortalıya yapılacak küçük müdahalelerin masrafları bu teminat kapsamındadır.

Doktor Takibi Giderleri Teminatı: Sağlık kuruluşlarında sigortalıların yatarak tedavileri sırasında doktorun yaptığı takip masrafları bu teminat kapsamındadır.

2.3.3. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta tedavi teminatı, doktor bakımı ve muayenesi, reçeteli ilaçlar, teşhis testleri ve hastaneye yatış veya yatış gerektirmeyen veya gözlem altında olan fizik tedavi hizmetlerini içeren teminattır.

Bu teminat genellikle bireysel olarak satılmaz, ancak hastane tedavisine ek olarak sunulur. Hastane kapsamı, bir hastanede ameliyat ve tıbbi tedavi gibi yüksek maliyetlerden ziyade doktor muayene masrafları, reçeteli ilaç masrafları gibi daha küçük riskleri içerir. Fakat sigortalı tarafından seçilen bir durumda kullanım inisiyatifi varlığı, bu teminatın daha sık kullanılmasına ve kişi başına ortalama tedavi maliyetlerinin daha yüksek olmasına ve dolayısıyla hastane tedavi teminatından daha yüksek primlere yol açmaktadır. Gereksiz kullanımı önlemek adına, bu teminatla ilişkili tıbbi harcamalar için hizmet başına ücret muafiyeti veya sigortalı katılım ücreti uygulanmaktadır (Şenalp, 2008, s. 14).

Ayakta tedavi kapsamı aşağıdaki alt başlıklarda sınıflandırılabilir (MEGEP, 2011, s. 7):

Doktor Muayene Giderleri Teminatı: Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış hastane ve kliniklerde görev yapan veya muayenehane açma hakkı bulunan doktorların yaptıkları tetkiklerin masrafları bu teminat kapsamındadır.

İlaç Giderleri Teminatı: Doktorun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve geri ödemesi talep formunda belirtilen durumlarda; doktor reçetesinde belirtilen

ilacın maliyeti bu teminat kapsamındadır. Reçetesiz satılan ilaç maliyetleri ve artıkları kapsamamaktadır.

Tanı Birimleri Giderleri Teminatı: Doktorun hastalık nedeniyle gerekli gördüğü tüm tanı bölümlerinin (laboratuvar, radyoloji, kardiyoloji, nükleer tıp vb.) masrafları bu teminat kapsamındadır.

Tahlil-Röntgen Giderleri Teminatı: Doktorun teşhis ve tedaviyi tıbben gerekli gördüğü durumlarda, bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasına ilişkin tahlil, röntgen ve gerekli ilaçlar, anestezi ve doktor masrafları bu teminat kapsamındadır.

MR-Sintigrafi-Tomografi Giderleri Teminatı: Hastalığın teşhis ve tedavisi için doktorun tıbben gerekli gördüğü MR-Sintigrafi-Tomografi maliyetleri bu teminat kapsamındadır.

Fizik Tedavi Giderleri Teminatı: Doktorun hastalığın tedavisi için gerekli gördüğü fizyoterapi tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Görüntüleme Hizmetleri Giderleri Teminatı: Doktorun hastalık teşhisi ve bazı durumlarda ileri tetkiki için başvurduğu tomografi, MR, anjiyografi, endoskopi, kolonoskopi, gastroskopi sintigrafisi, odyografi, tetkikleri de içeren röntgen ve benzeri ileri tetkik maliyetleri ile kimyasal ve ilaç maliyetleri bu teminat kapsamındadır.

Laboratuvar Hizmetleri Giderleri Teminatı: Doktorun hastalığın teşhisi için ihtiyaç duyduğu test, kimyasal ve ilaçlara ve gerekirse ek tetkiklere ilişkin masraflar bu teminat kapsamındadır.

Rutin Kontrol ve Diagnostik Giderleri Teminatı: Sigortalının rutin muayeneleri, şikayetsiz muayeneleri, aşıları ve ilk muayeneleri, alerji teşhisi, göz muayeneleri, menopoz ve osteoporoz teşhis ve kontrolü dahil olmak üzere doktor tarafından istenen doğrulama amaçlı muayeneler ve analık sigortası kapsamında kontrol amaçlı giderler, azalan bakiye şeklinde poliçe limitleri dahilinde bu teminat kapsamındadır.

2.3.4. Ek Teminatlar

Bu teminatlar, belirli bir sigorta grubu tarafından talep edilebilecek ve sözleşmede yer alan diğer teminatlara dahil edilmeyen, ancak çoğu zaman ek bir primle opsiyonel olarak sunulan teminatlardır. Ek teminatların limit ve katılım oranı gibi

kullanım oranı yüksek olabilmekte ve dolayısıyla sunulan primi artırabilecek özellikler grubun inisiyatifinde belirlenmektedir.

Bireysel sigortalara göre daha çok kurumsal sağlık sigortasında uygulandığı görülmektedir (Avşar, 2010, s. 71).

Ek teminatlar aşağıdaki alt başlıklarda sınıflandırılabilir (MEGEP, 2011, s. 8):

Kazaen Dış Tedavisi Giderleri Teminatı: Trafik kazalarından kaynaklanan dış hastalıkları bu teminat kapsamındadır.

Suni Uzuv Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi için suni uzvun gerekli olduğu hallerde, ilgili giderler bu teminat kapsamındadır.

Kemoterapi Tedavi Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan kemoterapi tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Anjiyografi Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan anjiyografi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Radyoterapi Tedavi Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan radyoterapi tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Diyaliz Tedavi Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan diyaliz tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Rehabilitasyon Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan rehabilitasyon masrafları bu teminat kapsamındadır.

Tıbbi Danışmanlık Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan tıbbi danışmanlık masrafları bu teminat kapsamındadır.

Yurt Dışı Tedavi Giderleri Teminatı: Sigortalının tedavisi sırasında uygulanan yurt dışı tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

Evde Bakım Giderleri Teminatı: Sigortalının evde tedavisinin gerekli görüldüğü durumlarda uygulanan tedavi masrafları bu teminat kapsamındadır.

2.4. Özel Sağlık Sigortasında Poliçe Çeşitleri

Sağlık sigortası poliçeleri genellikle bir yıllıktır. Bazı ülkelerde bu süre değişiklik gösterebilmektedir. Poliçe süresi bittikten sonra yeni tarife geçerli olmaktadır.

Poliçeler taraflarca veya bazı ülkelerde olduğu gibi sadece sigortalı tarafından yenilenebilir.

Türkiye’de ise serbest tarife sistemi geçerli olup, sigortanın başladığı tarihteki tarife uygulanır. Özel sağlık sigortası poliçeleri, sigorta şirketlerinin üretim sınıflandırması ve sigortalının tüzel veya gerçek kişi olup olmadığı duruma göre bireysel ve kurumsal olarak iki grupta yönetilir (Avşar, 2010, s. 68):

Bireysel Sağlık Sigortaları: Bir kişinin sigorta yaptırmaya karar verdiği, sigorta primini tek başına alan kişi tarafından ödenen veya aile üyelerinin katılabileceği küçük ölçekli sigorta poliçeleridir. Bireysel sigortalarda standart sigorta ürünleri ve prim oranları geçerlidir. Bireysel sigortaların teminat kapsamı, istisnalar ve uygulama esasları sigorta şirketi tarafından belirlenmekte ve bireysel tüketicilere sunulmaktadır.

Kurumsal Sağlık Sigortaları: Kurumun kendi işçilerini veya bu işçilerin aile üyelerini bireysel olarak sigorta ettirdiği, sigorta sözleşmesindeki primin kurum tarafından ödendiği ve kurumdaki işçilerin otomatik olarak dahil edildiği sigorta poliçeleridir. Bu poliçelerde sigortacı işverendir. Teminatların türü ve miktarı işveren tarafından talep edilmektedir. Sigortaya erişim, bireysel bir poliçeden daha kolaydır. Kurumda sigorta olunacak bireylerin fazlalığı ve sigorta priminin büyüklüğü sigorta şirketleri arasındaki piyasa rekabetini artıran unsurlar olarak kabul edilmektedir.

Bireysel ve kurumsal sigortacılıkta pazarlama özellikleri bakımından farklılıklar olduğu görülmektedir. Kurumsal sigortaya karşı bireysel sigorta pazarlık ve rekabet koşullarından daha az etkilenmektedir. Çünkü bireysel sigortada fiyat ve kapsam, yani sigorta ürünü sigorta şirketi tarafından belirlenir ve tüketiciye sunulur. Kurumsal sigortacılıkta ise sigorta ürünü daha çok gruplar tarafından onların isteklerine göre şekillenir ve sigorta şirketleri bu ürün yapısına göre ürünleri tanımlar, primleri hesaplar ve teklifler sunar (Karabulut, 1988, s. 74).

2.5. Özel Sağlık Sigortasında Bekleme Süreleri

Özel sağlık sigortası edinirken daha önce var olan, mevcut olan hastalık ve kalıcı rahatsızlık durumunun tespit edilmesi için belirlenen süre bekleme süresidir. Semptomları önceden görülmeyen hastalık ve rahatsızlıklar bu sürede izlenir.

Sağlık sigortalarında bekleme süresi, bazı hastalıkların ve tedavi süreçlerinin belirlenen süre içinde kapsam dışı bırakılması anlamına gelmektedir. Diğer bir deyişle, bekleme süresinde izlenen hastalık ve rahatsızlıkların tedavi giderleri bu sürenin sonuna kadar karşılanmamaktadır. Genellikle yatarak tedavi çerçevesinde uygulanan tedavi ve hastalıklar için kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti masrafları yüksek olan veya ameliyat edilmesi gereken rahatsızlıklar bir çok sigorta kuruluşunda bu süreye tabi tutulmaktadır. Ancak bu durum, sigorta kuruluşlarına ve kişinin sağlık geçmişine bağlı olarak değişebilmektedir.

Özel sağlık sigortasında bekleme süreleri sigorta sözleşmesine bağlı olarak değişmekle beraber genel olarak bir yıl olmaktadır. Bu süre sağlık sigortası sözleşmesinde tanımlanmaktadır.

Özel sağlık sigortasını ilk defa satın alıyorsanız, aşağıda sayılan hastalıklar sebebiyle yapılan ameliyat ve tedavi prosedürlerinin poliçeye dahil edilmesi için bir yıl beklemeniz gerekmektedir (sigortam.net, 2022).

2.6. Özel Sağlık Sigortasında Şartlar

Özel sağlık sigortası sözleşmesiyle ilgili hükümler sağlık sigortası genel şartlarında ve sigorta şirketleri tarafından düzenlenen özel şartlarda düzenlenmiştir. Sağlık sigortasının genel şartları, bireysel riskler ve sözleşmeler, gelecekte belirli bir sigorta branşında yapılacak tüm sözleşmelerin içeriği de dahil olmak üzere poliçelerde önceden belirlenmiş, genellikle basılı ve yazılı kayıt olarak tanımlanmaktadır (Bahtiyar, 1997, s. 93).

Sağlık sigortası genel şartları, özel bir sağlık sigortası sözleşmesine eklenmiş standart koşullardır. Genel şartlar tarafından yönetilen hükümler, kanunun emredici hükümlerinden sonra gelir, ancak yorumlayıcı bir ikame kanun niteliğindeki hükümlerden önce gelir (Kara, 2020, s. 155). Sağlık sigortası genel şartlarının geçerliliği, tarafların iradesiyle sözleşmenin içeriğine dahil olmalarına bağlıdır. Sözleşme özgürlüğü çerçevesinde önceden ve tek taraflı olarak belirlenen bu şartlar sigortalının imzası ile yürürlüğe girer ve sözleşme akdedilir (Bahtiyar, 1997, s. 95).

Bütün sigorta şirketleri bu şartlara uymakla yükümlüdür. Aksi halde sözleşme hükümleri geçersiz olabilir ve sigorta şirketine idari para cezası uygulanır.

Sağlık sigortasının özel şartları ise, sözleşme taraflarının karşılıklı iradesinin sonucu olarak üzerinde anlaşmaya varılan şartlardır (Kara, 2020, s. 157).

2.7. Özel Sağlık Sigortasında Taraflar ve Yükümlülükleri

Özel sağlık sigortalarında üç taraf bulunmaktadır. Bunlar, sigorta şirketi (sigortacı) ve sigorta ettiren ile akdedilen sözleşmeden doğan karşılıklı yarar ilişkisinden yararlanacak olan sigortalılardır (Kender, 2021, s. 122). Tarafların sigorta sözleşmesindeki hukuki konumları aşağıdaki gibidir:

Sigortacı: Sigortalının rizikosunu sigorta bedeli karşılığında satın alan ve riziko oluştuğunda sigorta poliçesinde taahhüt ettiği sigorta bedelini tazmin etmeyi taahhüt eden kuruma sigortacı denir. Sigorta sözleşmesinin taraflarından biridir. Yasal olarak özel sağlık sigortası alanında faaliyet gösteren bir sigorta şirkettir (Kayıhan & Bağcı, 2016, s. 131).

Sigorta Ettiren: Kendisinin veya lehdarının taşıdığı riske karşılık prim olarak bu riski sigortacıya devreden kişidir. Lehdar, bu durumda sigorta ilişkisinden faydalanacak kişi, kişiler veya kuruluşlardır. Bir sigorta ilişkisinde, sigorta ettiren riskin satıcısı, güvenin alıcısıdır. Sigorta ettiren, sigortalı olabileceği gibi kendisi sigortalı olmadan lehdarları da sigortalayabilmektedir. Sigorta priminin ödenmesinden sorumlu gerçek veya tüzel kişidir (Çeker, 2013, s. 322).

Sigortalı: Sigortalı olayın gerçekleşmesi durumunda sigorta sözleşmesinden doğan haklardan yararlanan kişidir. Sigortalı ve sigorta ettiren aynı veya farklı kişiler olabilmektedir. Ayrıca sigortacı, sigortalıya zarar veren kişiye karşı haleflik statüsüne sahiptir. Bu durum sağlık sigortasında, sigortalının kusurlu bir durum nedeniyle hastalanmasına veya yaralanmasına neden olan kişi veya kuruluşun sigorta şirketi tarafından yapılan sağlık harcamalarının ve bu masrafların duruma neden olan kişi veya kişilerden geri ödenmesini istemesi olarak açıklanabilmektedir (Öztürk & Güven, 2019, s. 225).

Özel sağlık sigortasında, sigorta sözleşmesine taraf olan, rizikoyu üstlenen ve riziko gerçekleştiğinde ödeme yapacak olan sigortacı; sigorta ettiren veya sigortalı, rizikoyu satan ve riziko oluştuğunda çıkarları korunacak olan taraftır. Sigorta

sözleşmesinin kurulmasında, sürdürülmesinde ve feshedilmesinde sigorta ettiren veya sigortalı ile sigortacının belirli yükümlülükleri yerine getirmesi gerekmektedir.

Sigortalı ve sigorta ettirenin yükümlülükleri aşağıda incelenmektedir (Orhaner, 2018, s. 293):

Doğru Beyanda Bulunma Yükümlülüğü: Sigorta sözleşmesi, sigortalı (sigorta ettiren) tarafından sağlanan bilgilere dayanılarak yapılır. Sigortalı (sigorta ettiren) tarafından eksik ve yanlış bilgi verilmesi, sigortacının sözleşmeyi yürürlükte tutarken sözleşmeden caymasına veya daha fazla prim talep etmesine neden olmaktadır.

Rizikonun Gerçekleştiğini İhbar Etme Yükümlülüğü: Sigortalı (sigorta ettiren) sigorta sözleşmesi akdedilmeden önce, sigorta sözleşmesi süresince sigortacıyı bilgilendirdiği gibi risk oluştuğu zamanda sigortacıya bilgi vermelidir. Sigortalı (sigorta ettiren), risk oluştuğunda riskin oluştuğunu bildirmek, tedaviye başlamak, gerekli önlemleri almak ve gerekli belgeleri ibraz etmekle yükümlüdür.

Tedaviye Başlama ve Gerekli Önlemleri Alma Yükümlülüğü: Bir kaza veya hastalık sonucu, yaralı veya hasta kişinin iyileşmesi için acilen tedaviye başlanması ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Sigortacı, mağdurun veya hastanın sağlığını her zaman muayene ve kontrol ettirmek hakkına sahiptir. Sigortalı bu muayene ve kontrollerin yapılmasını onaylamak mecburiyetindedir. Mağdur veya hastanın iyileşmesiyle ilgili sigortacının doktorunun verdiği, kaza veya hastalığın sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması zorunludur. Bu yükümlülüklerle kasıtlı olarak uyulmaması, poliçe kapsamındaki hakların kaybedilmesine neden olacaktır. Bir kaza veya hastalığın sonuçları, kusur sonucu ağır olursa, ağırlaştırıcı kısımdan sigortacı sorumlu olmamaktadır.

Prim Ödeme Yükümlülüğü: Sigortalı (sigorta ettiren) sigorta primini zamanında ve belirlenen miktarda ödemekle yükümlüdür. Sigorta bedelinin ödenmemesi ya da zamanında ödenmemesi durumunda sigortacı sigorta sözleşmesini feshetme hakkına sahiptir.

Sigortacının yükümlülükleri aşağıda incelenmektedir:

Sigorta Poliçesini Düzenleme Yükümlülüğü: Sigortacı, sigorta sözleşmesini onayladıktan sonra 24 saat içinde sigorta poliçesini düzenleyerek sigortalıya (sigorta

ettirene) teslim etmelidir. Sigorta sözleşmesinin acente aracılığıyla yapılması halinde sigortacının on beş gün içinde sigorta poliçesini düzenleyip sigortalıya (sigorta ettirene) teslim etme yükümlülüğü bulunmaktadır (Akgün, 2017, s. 178).

Teminatları Belirtme Yükümlülüğü: Sigortacı, sigorta bedeli karşılığında sigortalının riskini sigortalar. Yapılan sigorta sözleşmesinde sigorta konusunun menfaati iyi tanımlanmış olmalıdır. Sigortacı, hangi rizikoların teminat kapsamında olduğunu açıkça belirtmelidir. Sigortanın kapsadığı rizikolar açıkça tanımlanmalı, riziko kapsamında olmayan hususlar belirlenmeli ve verilen teminatlar sigorta alanlarına uygun olarak Hazine Müşavirliği tarafından belirlenen genel şartlara uygun olmalıdır. Sigorta süresi boyunca sigortacı tarafından sağlanan teminatlar geçerliliğini korumaktadır (Keglevic, 2013, s. 77).

Hasar Durumunda Tazminat Ödeme Yükümlülüğü: Sigortalı (sigorta ettiren) ileride oluşabilecek riskleri sigorta ettirmekte ve belirli bir ödeme karşılığı riski sigortacıya satmaktadır. Riskin gerçekleşmesi halinde sigortacı, sigortalıya aldığı zararın karşılığını ödemek zorundadır. Aslında, risk oluştuğunda sigortacı, sigortalı mağdur olmadan sigorta tazminatını hızlı bir şekilde ödemek zorundadır. Genellikle sigortacı tazminatı nakit olarak ödemektedir (Karauz & Cenkci, 2014, s. 155).

Şirket Mali Bütçesini Güçlü Tutma Yükümlülüğü:

Sigorta şirketleri, riski tamamen üstlenmek yerine finansal yapılarını güçlü tutmaları ve riski dağıtmaları gerekmektedir. Sigorta şirketleri gerekli reasürans sözleşmelerini akdeterek mali yapılarını güçlü tutabilir, sigorta teminatlarını ve karlılıklarını artırabilir. Sigorta şirketlerinin yeterli sayıda aktüer ve denetçi çalıştırması ve bağımsız denetim kuruluşlarına yılsonlarında mali tablolarının incelemelerini yaptırmaları mali yapılarının sağlamlığı açısından önemlidir (Orhaner, 2018, s. 296).

3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AZERBAYCAN'DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

UYGULAMASI

3.1. Azerbaycan'da Sağlık Sigortaları

Sağlık sigortası, kişinin sağlığını koruma alanında bir sosyal koruma biçimi olduğundan, bir kaza durumunda yaralanan kişinin tıbbi bakım ve tıbbi yardım almasını sağlamaktadır.

Azerbaycan'da sağlık sigortaları genel ve özel olarak ikiye ayrılmaktadır.

Genel sağlık sigortası, sosyal sigortanın telafi edici bir payı olmanın yanı sıra, sigortalıya bir sigorta olayının gerçekleşmesi durumunda genel sağlık sigortasının mali güvencesini sağlamaktadır.

Özel sağlık sigortası, sigortalının ek tıbbi bakım ve rehabilitasyon yardımı almasını temin etmektedir (725-IQ - Tıbbi Sığorta Haqqında e-qanun.az, 2022).

3.2. Azerbaycan'da Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortasına benzemekte ve vatandaşlara sigortayı finanse etme yöntemiyle tıbbi yardım sağlamaktadır. Ancak bu ortak amaç her sistemde farklı yollarla uygulanmaktadır.

Birincisi, ÖSS genel sağlık sigortasından farklı olarak ticari sigortanın bir parçasıdır. ÖSS, hayat sigortası ve kaza sigortası ile birlikte bireysel sigortalar alanına girer.

İkincisi, ÖSS vatandaşlara sağlık hizmeti alma imkanı sağlayan veya devlet bütçesi sınırları içinde sağlık hizmetlerini garanti eden GSS sistemine bir ektir.

Üçüncüsü, her iki sistemin de sigorta sistemi olmasına rağmen, GSS sigortasına dayanışma ilkesi, ÖSS'ye ise sigortanın denkliği ilkesi rehberlik etmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesine göre, temel olarak sigortalı, sigorta priminin büyüklüğüne bağlı olarak tıbbi hizmet türlerinden yararlanmaktadır.

Dördüncüsü, ÖSS programına katılım devlet tarafından sağlanmamakta ve bu sigorta türü her vatandaş veya grubun talep ve imkanlarına göre gerçekleştirilmektedir.

Özel sağlık sigortası hemen hemen tüm ülkelerde faaliyet göstermektedir ve ulusal sigorta piyasasında önemli yere sahiptir. Bu durum, devletin veya sigorta şirketinin tıbbın gelişimine yönelik mali kaynaklarının, modern tıp standartları düzeyinde tıbbi yardım sağlamak için şu anda yeterli olmamasıyla açıklanmaktadır.

Ekonomik açıdan bakıldığında, Özel sağlık sigortası, hastalık veya talihsiz olaylarla bağlantılı olarak vatandaşlara verilen zarar ve kayıplar için bir tazminat mekanizmasının sağlanmasıdır (Ataşov, Ələkbərov, & Xudiyev, 2018, s. 143).

Ülkedeki özel sağlık sigortası, yurtdışında faaliyet gösteren özel sağlık sigortasından farklı olarak sigorta kapsamı eksikliğiyle ön plana çıkmaktadır. 28 Ekim 1999 tarihli 725-IQ sayılı “Sağlık Sigortası Hakkında” Kanun, sağlık sigortasının bir konusu olarak, “sigortalı bir olay durumunda tıbbi yardım gösterilmesinin kaybıyla ilişkili sigorta riskini” tanımlar. Bu bağlamda kanun, özel sağlık sigortasının “vatandaşlara genel sağlık sigortası programı tarafından tanımlanan ek tıbbi ve diğer hizmetleri sağladığını” belirtmektedir.

Sigortacılık faaliyetlerinin ülke sınırları içinde ruhsatlandırılması sonucunda, Sigorta denetimi, sağlık sigortası kavramını “Sigortalının tamamen veya kısmen tazmin edilen ek masraflarının miktarına uygun olan sigorta ödemelerinin gerçekleştirilmesi sonucu sigortacının yükümlülüğünü dikkate alan sigorta türlerinin toplamı” olarak tanıtmıştır.

Azerbaycan’da sağlık sigortası alanında gelir kaybı sigortasının olmaması iki faktöre dayanmaktadır.

Birincisi, hastalık sırasındaki gelir kaybı, halen işçi sınıfına ait olan sosyal sigorta ile karşılanmaktadır.

İkincisi, mevzuat döneminde potansiyel tüketicilerden bu güvenceye talep yoktu. Sigortacılarda, ilgili teklifleri kabul etmek için yeterli mali kaynağa sahip değildi (Xudiyev, 2013, s. 62).

3.2.1. Özel Sağlık Sigortasının Oluşmasının Ekonomik Temelleri

Özel sağlık sigortasının oluşmasının ekonomik temelleri aşağıdakilerdir (Abbasov & Həsənov, 2013, s. 190):

- a) Özel sağlık sigortası, tıbbi hizmetin ödenilmesi zamanı ortaya çıkmaktadır. Tıbbi bakım ücretsiz olduğunda ve tamamen devlet veya GSS sistemi tarafından finanse edildiğinde, ek sağlık sigortasına talep olmamaktadır.
- b) Hastalık riskinin kişinin yaşamı boyunca periyodik olması, bu riskin sigortalı riskler listesine dahil edilmesini sağlamaktadır. Hastalanma riski her kişiye özeldir ancak bir kişinin yaşamını dört döneme ayırmaya izin veren istikrarlı bir istatistiksel model vardır. Bunlar:
- Doğumdan 15 yaşına kadar yüksek düzeyde hastalık ile karakterize çocuk hastalığı dönemi;
 - 15 yaşından 40 yaşına kadar düşük bir hastalık seviyesi ile karakterize edilen sabitlik dönemi;
 - Riskte 40 yaşdan 60 yaşa kadar kademeli artış dönemi;
 - Hastalığın üst düzeyini karakterize eden 60 yaşından sonraki dönem.

Bu tür risk dinamikleri, onun sigorta yoluyla toplumda aynı şekilde dağıtılmasına olanak sağlamıştır.

- c) Özel sağlık sigortasına olan talep, hastalık riskinin ne kadarının genel sağlık sigortası sistemi tarafından karşılandığına bağlıdır.
- d) Özel sağlık sigortasına duyulan ihtiyaç, genellikle yalnızca bir tıbbi kurumda tedavi garantisi ile değil, aynı zamanda yüksek düzeyde hizmet alma arzusuyla (tanınmış uzmanlar tarafından tedavi edilme imkanı, özel bakım) belirlenir.
- e) Özellikle sağlık sigortasının gerekli olduğu ülkeler olmak üzere yurtdışına seyahat ederken özel sağlık sigortası talebi daha fazla olmaktadır.

3.2.2. Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Türleri

28 Ekim 1999 tarihli 725-IQ sayılı “Sağlık Sigortası Hakkında” Kanun, sağlık sigortasının temel amacını şu şekilde belirtmiştir; “sigortalının herhangi bir olumsuz olayla karşılaşması durumunda verdiği fonlardan yararlanılarak ona tıbbi bakım hizmeti sağlamak ve önleyici tedbirleri finanse etmek” (725-IQ - Tıbbi Sığorta Haqqında e-qanun.az, 2022).

Genel hedefleri birkaç özel göreve bölünmüştür (Ataşov, Ələkbərov, & Xudiyev, 2018, s. 147):

a) Sosyal sorumluluklar:

- Toplum sağlığının korunması;
- Nüfus artışının sağlanması;
- Tıbbi hizmet sektörünün geliştirilmesi.

b) Ekonomik sorumluluklar:

- Sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması, onun maddi tabanının yenilenmesi;
- Vatandaşların ve onların ailelerinin gelirlerinin korunması;
- Nüfusun farklı grupları arasında tıbbi hizmetlerin ödenmesi için fonların yerleştirilmesi.

Özel sağlık sigortasının sosyo-ekonomik özü, sosyal güvenlik ve sosyal sigorta çerçevesinde sağlanan güvenceyi modern koşulların standartlarına uyarlamaktır. Bu, öncelikle pahalı tedavi ve teşhis türlerinin uygulanması için geçerlidir. Örneğin daha modern tıp teknolojisinin getirilmesi, rahat tedavi koşullarının sağlanması, “hayati tıbbi bakım” alanında yer alan tedavi türlerinin uygulanması.

3.2.3. Özel Sağlık Sigortası Türleri

Hem ekonomik hem de tıbbi rehabilitasyon sonucunda özel sağlık sigortası türleri; sigorta kapsamı hacmine, sigorta tarifesinin türüne ve GSS sisteminin doluluk düzeyine bağlı olarak değişmektedir.

Ekonomik sonuçlara göre iki tür sigorta vardır:

- Tedavi, rehabilitasyon ile ilgili kayıpların sigortası;
- Hastalığın ortaya çıkmasıyla ilgili gelir kaybı sigortası.

Tıbbi rehabilitasyon sonuçlarına göre, gerekli tedavi türü ve yöntemine bağlı olarak sigorta türleri farklılık gösterir. Maliyet sigortası genellikle aşağıdaki türlere ayrılır:

- Aile hekimi ve ayakta tedavi;

- Yatarak tedavi;
- Diş tedavisi;
- Hastalıkların özel teşhisi;
- İlaç alımı;
- Uzman doktorlar tarafından tedavi;
- Protezler;
- Gözlük ve kontakt lens alımı;
- Hamilelik ve doğumla ilgili masraflar;
- Hizmet maliyetleri;
- Hasta bakım masrafları.

3.3. Özel Sağlık Sigortası Temel ve Ek Teminat Türleri

Doğal olarak her bir sigorta şirketindeki teminat kapsamı özel sağlık sigortasının çalıştığı programa göre genişlemekte veya azalmaktadır. Bu nedenle özel sağlık sigortası temel ve ek teminat türlerine ayrılmaktadır.

Temel türde ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin sigortası bulunur. Bu güvenceler, hayati belirtiler için gerekli olan temel tedavi masraflarını karşılamaktadır.

Ek tür, tedavi hizmetleri veya özel tıbbi yardımla ilgili maliyetleri kapsayan sigortayı içermektedir.

Sigorta kapsamı hacmine göre aşağıdakilere ayrılır:

- Tıbbi masrafların tam sigortası;
- Tıbbi harcamaların kısmi sigortası;
- Sadece bir riskte masrafların sigortası.

Tam sağlık sigortası hem ayakta hem de yatarak tedavi masraflarını garanti eder. Tam sigortadan farklı olarak, kısmi sağlık sigortası ayakta, yatarak veya özel tedavilerden birinin (dişçilik, sanatoryum tedavisi vb.) maliyetini kapsamaktadır.

Sağlık sigortaları uygulanan sigorta tarifelerinin türlerine uygun olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Tam oranda;
- Sigortacının katıldığı oranda;
- Sigortacının sorumluluk sınırını gösteren tarifede;
- Dinamik tarifede.

Tam oranlı sigorta, sigortacılara ayakta veya yatarak tedavi masraflarını ve ayrıca seçilen seçenekler için ek bir tutarı karşılamak için sigorta primleri sağlamaktadır (insure.az, 2022).

Özel sağlık sigortasında tam şekilde teminat aşağıdaki masrafların ödenmesini garanti eder.

Ayakta tedavi ile ilgili giderler:

- Doktor yardımı (doktor ziyareti, muayene, uzman muayenesi, ayakta tedavi koşullarının gerçekleştirilmesi);
- Laboratuvar testleri ve teşhisleri;
- İlaçlar;
- Diğer özel tedaviler (fizyoterapi, masaj, optik, protezler, analiz cihazları, kalp stimülasyonu, tekerlekli sandalyeler, vb.).

Yatarak tedavi ile ilgili giderler:

- Ameliyatlar dahil tıbbi yardım;
- Hastanın kliniğe teslimi;
- Hastanın hastaneye yatırılması;
- Muayene masrafları;
- İlaçlar ve diğer tedavi yöntemleri;
- Diş tedavisi hizmetleri için yapılan harcamalar.

Sigortalı bir olay durumunda, sigortacı tedavi maliyetinin bir kısmını serbest şekilde ödemektedir. Sorumluluk sınırını ifade eden tarife, sigortacı tarafından kendi katılımını sigortalının sağlık giderlerinin belirli bir miktara ve onun ihtiyaçları doğrultusunda temin olumasıyla sınırlandırmasına imkan vermektedir.

Sorumluluk limiti üç şekilde belirlenmektedir:

- a) Sigortalının sağlık giderlerini öderken sigortacı tarafından yıllık sigorta teminat tutarı belirlenir.
- b) Belirli bir tıbbi hizmet türü için sağlanan sigorta kapsamının miktarı belirlenir.
- c) Sigortacının sağlık giderlerinin sağlanmasında sigortacının payı belirlenir.

Sigorta teminatının belirlenmesine, sigortalı tarafından sözleşme metninin genişlendirilmesi şartları dahildir. Sözleşmenin metni genellikle ek tıbbi harcama türlerinin garantisini ve başka bir tarife seviyesinin uygulama şartlarını içermektedir (Xudiyev, 2013, s. 65).

3.4. Özel Sağlık Sigortasında Sözleşmelerin İmzalanması ve Uygulanması

Diğer sigorta sözleşmelerinde olduğu gibi bu sözleşmede de sigorta ettiren kişiye sigorta için başvuru belgesi sunulmaktadır. Başvuru belgesi, sigortalının bizzat kendisi için, aile üyeleri için ve toplu sigorta türüne göre çalışan işçiler için düzenlenebilmektedir. Sigortalı başvuruda şu bilgileri belirtmelidir, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, ikamet yeri. Başvuruyu doldururken sağlık durumu, kronik hastalıkların, yaralanmaların ve hastalıkların listesi ile fiziksel özelliklerin yanı sıra, yüksek garantili sözleşmeleri imzalarken, sigortacı başvuruda kalıtsal hastalıkların belirtilerini, ebeveynlerin yaşam beklentisini, temel laboratuvar testlerinin göstergelerini ve ayrıca sigortalının ek tıbbi muayenesini veya tıbbi geçmiş belgesini talep etme hakkına sahiptir. Toplu sigorta sözleşmeleri imzalanırken sigortalı potansiyel kişilerin sağlık durumlarına ilişkin bilgi verilmesi talep edilmemektedir. Çoğu yaş grubunda risk eşitlemesi yapıldığından, sigortacı riski bireysel olarak değerlendirmeye ve düşük oranlarda toplu bir sağlık sigortası sözleşmesi imzalamaya izin vererek işletme maliyetlerinden tasarruf sağlamaktadır (İbrahimov, Hüseyinov, Salahov, & Abbasova, 2017, s. 77).

Başvuruyu alan sigortacı aşağıdaki durumları sigorta kapsamında değerlendirebilir.

- a) Belirli bir yaş sınırını ve cinsel yönelim için olağan koşulların sigortalanmasının risklerini kabul etmek.
- b) Belirli hastalıklar durumunda yüksek tarifeler veya sorumluluk kısıtlamaları riskini kabul etmek.
- c) Sigortayı herhangi bir nedenle reddetmek.

Başvurunun sunulması sırasında, sigorta sözleşmesinin süresi kabul edilir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi aşağıdaki durumlarda imzalanabilmektedir (Xudiyev, 2013, s. 67):

- a) Belirsiz bir süre içerisinde sigortalı kişi, sigorta priminin düzenli olarak ödenilmesi zamanı sözleşmenin devam etmesine ilgi göstermesi.
- b) Belirli bir süre için bir yıldan on yıla kadar.
- c) Belirli kısa sürede yurt dışı seyahati sırasında.

Özel sağlık sigortasında sigortalı olayın düzenlenmesi de diğer sigorta türlerine göre önemli özelliklere sahiptir.

Birincisi, özel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olay uzun vadeli ve sigortalının iş göremezlik dönemine tesadüf etmektedir.

İkincisi, sigortalı olayın ömrü tedavi yöntemine göre belirlenir ve tıbbi kurumlar veya bireysel bir doktor tarafından belirlenmektedir.

Üçüncüsü, tıbbi hizmetler sigortacı tarafından akredite edilmeli, tıbbi kurumlar veya doktorlar tarafından sağlanmalı ve ilaçlar reçeteyeyle satılmalıdır.

3.4.1. Özel Sağlık Sigortasında Sözleşmenin Feshi

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, müşterinin veya sigortacının inisiyatifiyle feshedilebilir.

Sigortalı kişi sigortacı tarafından sigorta taahhüdünü ihlal etmesi durumunda (yani sigorta priminin artması durumunda) sözleşmeyi feshetme hakkına sahiptir. Sigortacı ise sigorta primlerinin ödenmemesi, sigortacı tarafından verilen yanlış ve eksik

bilgiler, tıbbi talimatların ihlali veya sağlık poliçesinin başkaları tarafından kullanılması durumunda sözleşmeyi feshetme hakkına sahiptir. Ayrıca, sözleşme aşağıdaki durumlarda sona ermektedir.

- Sözleşmenin tarihinin bitmesi;
- Tarafların ikili anlaşmasıyla;
- Sigortalının ölümü halinde;
- Mahkeme kararıyla;
- Sigortacının faaliyetini sonlandırması.

Sözleşmenin erken feshi halinde sigortacı, sigortalının yaptığı masraflar oranında sigorta priminin bir kısmını sigortacıya iade eder (Xankişiyev, 2005, s. 51).

3.5. Özel Sağlık Sigortasında Şartlar

Özel sağlık sigortasının ana aracı, hastalık veya kaza durumunda sigortalıya sağlanan tıbbi bakım için gerekli olan maliyetlerden oluşur. Modern tıbbın olanaklarına ve müşterilerin ihtiyaçlarına bağlı olarak, sigorta şirketleri sigorta şartları geliştirir ve daha sonra çeşitli özel sağlık sigortası programları geliştirerek bu şartları sigorta çerçevesinde uygulamaktadır.

Özel sağlık sigortası şartları, genel sigorta şartlarını içermektedir:

- Sigorta konusu, sigortalı olay ve sigorta tutarının belirlenmesi;
- Bir sigorta sözleşmesinin imzalanması ve derlenmesi için kurallar;
- Sigorta zararının tazmin koşulları;
- Sigorta kapsamına dayalı standart sonuçların listesi.

Özel sağlık sigortasında sigorta konusu olarak, sigortalıya sağlanan tıbbi hizmetlere yönelik masrafların oluşması riski örnek verilebilir.

Özel sağlık sigortasında sigortalı olay ise sigortalının yardım için bir sağlık kuruluşuna başvurması anlamına gelir. Tıbbi tedaviye gerek yoksa, sigortalı olay düzenlenmiş bir olay olarak kabul edilmektedir. Özel sağlık sigortası şartlarına göre

meydana gelen olumsuz durumlarla ilgili sınırlama yapılabilmektedir (Ataşov, Ələkbərov, & Xudiyev, 2018, s. 151).

Özel sağlık sigortasının sigorta kapsamı aşağıdaki şekilde belirlenmektedir:

- a) Sigortalı kişinin kesin şekilde olan tıbbi giderlerinin yıllık hacminin ödenilme çerçevesi dahilinde ciddi şekilde belirlenen sigorta poliçesine göre.
- b) Tedavi için tam ödemeyi garanti eden sigorta kapsamına giren durumlar listesine göre.
- c) Sigortacının sorumluluk limitinin her türü için harcanan tıbbi giderlerin listesine bağlı olarak belirlenmektedir.

Diğer sigorta türlerinde olduğu gibi özel sağlık sigortasının sigorta şartları, sigorta kapsamı sonuçlarından standart seçim biçimini tanımlamaktadır.

Sigorta ödemesi (tedavi masraflarının karşılanması) aşağıdaki durumlarda sigortacı tarafından ödenilmemektedir:

- a) Askerlik hizmeti sırasında askeri muharebe veya kaza sonucu hastalıkların ortaya çıkması.
- b) Sigortalının önyargılı faaliyetinin bir sonucu olarak hastalıkların ortaya çıkması.
- c) Tedavinin tıp bilimi tarafından resmi olarak tanınmayan bir yöntemle veya resmi ruhsatı olmayan kliniklerde yapılması.

Bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin yanı sıra diğer kayıp ve tutar sigorta sözleşmelerinin imzalanması ve uygulanması için de genel ve özel şartlar vardır (atasigorta.az, 2022).

3.6. Özel Sağlık Sigortasında Tarafların Hakları ve Yükümlülükleri

Özel sağlık sigortası sözleşmesi taraflarının hakları ve yükümlülükleri aşağıda incelenmektedir:

Sigortalının Hakları (cbar.az, 2022):

- a) İlgili yürütme organı tarafından belirlenen organ (kurum) tarafından belirlenen usule göre gönüllü sağlık sigortası sözleşmesi akdetmek veya iptal etmek.
- b) Sigortacıyı özgürce seçmek.

- c) Özel sağlık sigortası sözleşmesinin şartlarının yerine getirilmesini kontrol etmek.
- d) Özel sağlık sigortası belgesini aldıkları andan itibaren kanunda ve özel sağlık sigortası sözleşmesinde tanımlanan haklarını kullanmak.
- e) Özel sağlık sigortası sözleşmesi ile belirlenen tıbbi bakımın türleri ve hacmine göre sağlık kuruluşu veya tıbbi bölge birimi ve doktordan herhangi birini seçmek.
- f) Sağlık hizmetini özel sağlık sigortası sözleşmesi hükümlerine göre kullanmak.
- g) Özel sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında başvurduğu sağlık kuruluşu veya tıbbi bölge biriminden sağlık durumu, uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları hakkında bilgi almak.
- h) Özel sağlık sigortası sözleşmesi hükümlerine bakılmaksızın sigortalıya, sigortacıya, sağlık kuruluşuna veya tıbbi alan birimine kusurları nedeniyle oluşan zararların tazmini de dahil olmak üzere dava açmak.
- i) Özel sağlık sigortası sözleşmesi hükümlerinde tanımlanmışsa, kullanılmayan sigorta priminin bir kısmını geri almak.

Sigortalının Yükümlülükleri (Xankişiyev, 2005, s. 55):

- a) Sigorta primlerinin sigorta sözleşmesinde belirlenen şekil ve miktarda zamanında ödemek.
- b) Sigortalanmış kişi için geçerli olan diğer sigorta sözleşmeleri hakkında sigortacıyı bilgilendirmek.
- c) Sigortalı bir olay meydana geldiğinde, bununla ilgili sigorta sözleşmesinde belirtilen süre içinde sigortacıya bildirmek.
- d) Hasarı önlemek ve azaltmak için önlemler almak.
- e) Bir sigorta sözleşmesi akdederken riskin değerlendirilmesi için önemli olan durumlar ve riskin sonradan değişikliği ile ilgili sigortacıya bilgi vermek.

Sigortacının Hakları (725-IQ - Tibbi Sığorta Haqqında e-qanun.az, 2022):

- a) Özel sağlık sigortası sözleşmeleri kapsamında tıbbi bakım ve hizmetlerin sağlanması için bir sağlık kuruluğu veya tıbbi bölge birimi seçmek.
- b) Tıbbi tedarikçi veya tıbbi bölge birimi tarafından sözleşme şartlarının ihlal edildiği durumlarda tıbbi hizmetler için yapılan masrafların kısmi ödenmesi.
- c) Tıbbi tedarikçinin, tıbbi bölge biriminin ve (veya) sağlık çalışanının kusuru nedeniyle sigortalıya verilen zararın tazmini için mahkemeye başvurmak.
- d) Zararın sigortalıdan kaynaklandığı haller hariç olmak üzere, sigortalıya tıbbi yardım sağlanması için yapılan masrafların sigortalının sağlığına verdiği zarardan sorumlu gerçek veya tüzel kişilerden ödenmesini talep etmek.

Sigortacının Yükümlülükleri (cbar.az, 2022):

- a) Özel sağlık sigortası sözleşmesi uyarınca sigortalıya tıbbi bakım sağlanması için bir sağlık kuruluğu veya tıbbi bir bölgesel birim ile anlaşmalar yapmak.
- b) Özel sağlık sigortası sözleşmesinin yürürlüğe girdiği andan itibaren sigortalıya özel sağlık sigortası belgesi vermek.
- c) Tıbbi hizmet bedelini tıbbi tedarikçiye veya tıbbi bölge birimine sözleşmede belirtilen şekilde ve süre içinde ödemek.
- d) Özel sağlık sigortası sözleşmesinde öngörülmüşse, sigorta primlerinin bir kısmını sigortalıya iade etmek.
- e) Sözleşme şartlarına uygun olarak tıbbi bakımın hacmini, süresini ve kalitesini kontrol etmek.
- f) Sigortalının menfaatlerini korumak.

3.7. Azerbaycan'da Sağlık Sigortası Sisteminin Gelişimi

Azerbaycan'da 2019 yılından itibaren başta sosyal reformlar olmak üzere geniş çaplı reformlar uygulanmaya başlandı. Cumhurbaşkanı İlham Aliyev'in kararnameleri milyonlarca vatandaşı etkilemişti. Maaşlar, emekli maaşları, çeşitli sosyal yardımlar defalarca artmıştı. Bunun yanı sıra yakında ülkede sağlık sektöründe köklü bir değişiklik olacağının da sinyalleri verilmekteydi. Bu dönemde ülkede en modern ve aranan sosyal olaylardan biri olan genel sağlık sigortasının nihai olarak uygulanması için hazırlıklar

yapılmaktaydı. Bu program ülkenin hemen hemen her vatandaşını kapsamaktadır (ecoreform.az, 2021).

Genel sağlık sigortası, dünyanın birçok ülkesinde uzun zamandan beri yaygın bir uygulamadır. Ocak 2020'den itibaren bu gelişmiş sigorta sistemi Azerbaycan'da da tanıtılmaktadır.

Bu yenilik için hazırlıklar birkaç yıl önce başlamış ve ülkenin sağlık ve sigorta sistemlerinin bu sürece hazır olup olmadığını belirlemek için bir takım adımlar atılmıştır.

Genel sağlık sigortası, vatandaşların devletten ücretsiz tıbbi bakım alma hakkı sağlayan bir sistemdir. Şubat 2016'da faaliyete başlayan Azerbaycan Bakanlar Kurulu'na bağlı Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumu, genel sağlık sigortasını uygulayacak, tıbbi hizmetleri finanse etmek için fon toplamakta, ayrıca tıbbi hizmetler için gerekli tüm masrafları ödemektedir. Kurum, 2018 yılından bu yana kamu hukuku tüzel kişiliği olarak faaliyet göstermektedir (report.az, 2021).

Azerbaycan'da genel sağlık sigortasının kapsamlı bir şekilde uygulanmasına yönelik hazırlıklar, projenin uygulamaya konulmasından üç yıl önce Mingçeşvir, Yevlah ve Ağdaş illerinde bir pilot projenin uygulanmasıyla başlamıştır.

Pilot proje kapsamında Mingçeşvir, Yevlah ve Ağdaş illerinde sağlanan sigorta paketi 1829 tür sağlık hizmeti içermektedir. Sigorta paketine dahil olmayan istisnalar dışında 1186 tür sağlık hizmeti bulunmaktadır. Bu hizmetler ücretli olarak sağlanmaktadır.

Buna karşılık, tıbbi hizmetlerin hacminde herhangi bir kısıtlama olmayacağı söylenmektedir. Yani hastalık genel sağlık sigortası paketine dahil ise harcanan miktara bakılmadan tedavi edilmektedir.

Çocuklar, emekliler, 18-23 yaş arası, orta veya yüksek öğrenim, sosyal yardıma hak kazanan kişiler, devlet sosyal yardımı alan aile üyeleri, sigorta primi ödemekten muaf tutulacağı belirtilmektedir. Bölge kliniklerine ve doğum öncesi kliniklerine kayıtlı hamile kadınların genel sağlık sigortası masraflarında devlet tarafından karşılanmaktadır.

Buna karşılık, girişimci faaliyetlerde bulunanlar ile medeni hukuk sözleşmeleri kapsamında çalışan ve hizmet verenler için başlangıç aşamasındaki sigorta primlerinin

yılda 120 manat olması önerilmektedir. Bu belirtilen nüfus kategorisindeki (serbest meslek sahibi nüfus) kişiler yıllık 120 manat sigorta primini kendileri ödemek zorundadır. İş mevzuatına göre çalışanlar %4 yani çalışana %2 ve işverene %2 sigorta primi ödemelidir (Abdullayeva, İmanov, Muradov, Mahmudov, & Əliyeva , 2020, s. 33).

Günümüzde tüm devlet hastaneleri, poliklinikler ve tıp merkezlerinin statüsü devlet tüzel kişiliğine dönüşme sürecindedir. Bu, kamu sağlık kuruluşlarının banka hesaplarına ve hizmetlerine sahip olması, genel sağlık sigortasının yanı sıra sözleşme yapmak, şirket çalışanlarına ücretli tıbbi bakım sağlamak için özel sektörle işbirliği yapmak, vatansız kişilere ücretli hizmetlere sponsor olmak ve ekstra para kazanmak için gereklidir. Günümüzde sadece özel tıp merkezleri bu imkana sahiptir. Ancak devlet sağlık kurumlarının statüsünün tüzel kişiliklere dönüştürülmesi, bunların özelleştirilmesi anlamına gelmez hepsi devletin kontrolündedir.

Sağlık Bakanlığının temel görevi, genel sağlık sigortasının tam olarak uygulanması için maddi ve teknik temeli hazırlamaktır. Genel sağlık sigortasının uygulanması ülkedeki tüm merkez bölge hastanelerinin ve teşhis merkezlerinin büyük bir revizyonunu veya yeniden inşasını gerektirdi. Azerbaycan'da toplam 65 merkez ilçe hastanesinin ve 11 büyük onarımın halihazırda tamamlandığı söylenebilir.

Toplamda, son 10 yılda 600'den fazla tıbbi tesis inşa edildi ve onarıldı ve ayrıca en gelişmiş ekipmanlarla donatıldı. Sağlık Bakanlığı sözcüsü, Ocak 2020'den itibaren Azerbaycan Cumhurbaşkanı'nın 20 Aralık 2018 tarihli kararnamesine göre, devlet sağlık sistemine ait bir dizi tıbbi tesisin Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünden çıkarılacağını söylemişti. Sağlık ve Genel Sağlık Sigortası Kurumu (TƏBİB) Tıbbi Bölgesel Birimlerin Yönetimi Derneği'ne devredildi. TƏBİB'in temel görevi, genel sağlık sigortasının başlatılmasıyla bağlantılı olarak sağlık kurumlarını yönetmek ve kontrol etmektir. TƏBİB, sağlık kurumlarında sağlanan tıbbi hizmetlerin kalitesi için modern gerekliliklere uyumu izlemektedir (wem.az, 2021).

Genel sağlık sigortasında sağlık paketi, genel sağlık sigortası kapsamında uygun şekil, miktar ve belirli koşullar altında sigortalanan bir dizi sağlık hizmetidir. Buna acil ve acil bakım, birinci basamak hizmetleri, uzmanlaşmış ayakta tedavi, yatan hasta bakımı ve toplam 2,550 türde tıbbi hizmet dahildir. Bunların 6'sı acil ve acil sağlık

hizmetleri, 35'i ilk yardım hizmetleri, 1265'i ihtisas poliklinik hizmetleri, 1244'ü yatan hasta sağlık hizmetleridir. Genel sağlık sigortası, ÷lkede sık gör÷len, sakatlık ve ölüm riski taşıyan hastalıkların ilaçlı ve cerrahi tedavisini de kapsamaktadır. Bu hizmetler 150'den fazla yüksek değerli hayati işlemleri içermektedir (trend.az, 2021).

Uluslararası uygulamaya kıyasla, Azerbaycan'ın genel sağlık sigortası modeli, vatandaşların çıkarlarına en duyarlı yaklaşımla karakterize edilmektedir.

Kurumun bütçesi oluşturulduktan sonra, bu fonlar vatandaşlara sağlanan pakette yer alan tıbbi hizmetlerin ödenmesinde ve ayrıca tıbbi ekipman ve sağlık altyapısının iyileştirilmesinde kullanılmaktadır.

Genel sağlık sigortasının getirilmesi, vatandaşların sosyal ve ekonomik refahı ve bir bütün olarak ÷lkenin kalkınması üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmaktadır. Her şeyden önce doktorların maaşları artması, sistematizasyon algoritması, hizmetlerin sayısallaştırılması, elektronik hizmet sistemlerinin tanıtılması, çağrılıların ilgili hizmet gruplarına (önce aile hekimlerine, ardından uzman doktorlara) iletilmesi hem vatandaşlar hem de doktorlar üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır.

Genel sağlık sigortası kurumunun dayanışma ilkesine dayalı bütçesi, tüm vatandaşların sağlık hizmeti alması için eşit haklar sağlamaktadır. İşsizler, düşük gelirli ve reşit olmayanlar, yüksek gelirli grupların yanı sıra aynı miktarda tıbbi hizmet alabilmektedirler. Böylece genel sağlık sigortasının uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde, sağlık altyapısının iyileştirilmesinde ve bunun yanı sıra vatandaşlara sistematik, daha verimli, etkin ve eşit hizmetlerin sunulmasında etkin rol oynamaktadır (its.gov.az, 2021).

Azerbaycan'da 2020 yılında GSS'nin uygulandığı idari bölgelerde TÖBİB'e bağlı sağlık kuruluşlarında yatan hastalardan taburcu edilen hasta sayısı 85.658, cerrahi operasyon sayısı 35.287 oldu.

Tıbbi istatistiksel göstergelere ilişkin ayrıntılı bilgiler aşığıdaki tablolarda yansıtılmaktadır:

Tablo 1. İdari bölgelerin tıbbi istatistikleri, 2020

№	Göstergeler	Toplam
1	Nüfus (01.01.2020)	2 256 000
2	Doktor sayısı	2 673
3	Sağlık görevlisi sayısı	8 582
4	Önleyici ziyaretler de dahil olmak üzere doktora yapılan ziyaretlerin sayısı	4 170 432
5	Yatan hasta kabulü	89 315
	Taburcu edilen hasta sayısı	85 658
	Taburcu edilen hastaların yatakta geçirdikleri gün sayısı	412 075
	Taburcu edilen hastaların yatakta geçirdiği ortalama gün sayısı	4,8
6	Ameliyat sayısı	35 287
7	Yatak sayısı	4 425
8	Yatak kullanım faktörü	26%

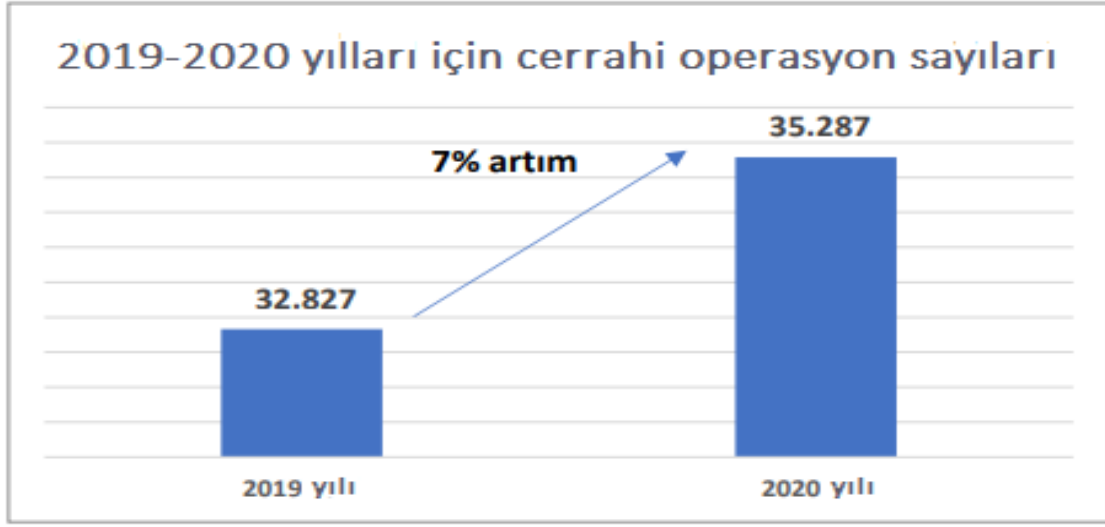
Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

Tablo 2. İdari bölgelerin hemodiyaliz istatistikleri, 2020

№	Göstergeler	Toplam
1	Diyaliz makinesi sayısı	125
2	Yapılan hemodiyaliz sayısı	89 937

Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

Şekil 1. İdari bölgelerde cerrahi operasyonlar, 2019-2020



Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

Ana hastalık sınıfları için istatistiksel göstergelerin analizi, 2020 yılında GSS'nin uygulandığı idari bölgelerde TƏBİB'e bağlı sağlık kuruluşlarında hastalıklar arasında esas yeri nüfusun sağlık durumunu etkileyen faktörlerle ilgili başvurular almıştır. Ayrıca 23 idari bölgede nüfusun başlıca hastalıkları kan dolaşımı, solunum, endokrin ve genitoüriner sistem hastalıklarıydı. Bununla ilgili bilgiler aşağıdaki tablo ve grafikte yansıtılmaktadır:

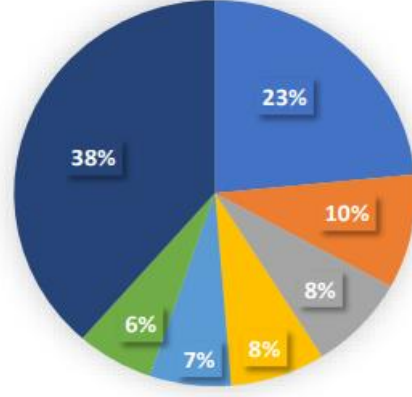
Tablo 3. İdari bölgelerin ana hastalık sınıfları istatistikleri, 2020

Hastalık sınıfları	Toplam
Nüfusun sağlığını etkileyen faktörler ve sağlık kuruluşuna başvuru	729.236
Kan dolaşım sistemi hastalıkları	297.635
Solunum sistemi hastalıkları	249.390
Endokrin sistem hastalıkları, maddeler metabolizma ve beslenme bozuklukları	238.042
Genitoüriner sistem hastalıkları	204.010
Sindirim sistemi hastalıkları	192.504
Diğer hastalıklar	1.198.210

Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

Şekil 2. GSS'nin uygulandığı idari bölgelerde TƏBİB'e bağlı sağlık kuruluşlarına başvuru yapanların ana hastalık sınıflarına göre dağılımı, 2020

- Nüfusun sağlığını etkileyen faktörler ve sağlık kuruluşuna başvuru
- Kan dolaşım sistemi hastalıkları
- Solunum sistemi hastalıkları
- Endokrin sistemi hastalıkları, maddeler metabolizma ve beslenme bozuklukları
- Genitoüriner sistem hastalıkları
- Sindirim sistemi hastalıkları
- Diğer hastalıklar



Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

2020 yılında sağlık bakım maliyetlerini finanse etmek için harcanan fonlar aşağıdaki tabloda yansıtılmaktadır:

Tablo 4. Sağlık bakım maliyetlerini finanse etmek için harcanan fonlar, 2020

Maliyet yönleri	bin manat
	2020 yılı
Genel sağlık sigortasının uygulandığı alanlarda sağlık kurumlarına yapılan harcamalar	163,643.37
TƏBİB'e bağlı sağlık kurumlarında sağlanamayan özel ve ticari devlet sağlık kurumlarında ihtisaslaşmış sağlık hizmetlerinin sağlanması için sigorta ödemeleri	7,388.54
Toplam	171,031.91

Kaynak: Azerbaycan Devlet Genel Sağlık Sigortası Kurumunun 2020 yılı faaliyetlerine ilişkin rapor, (its.gov.az, 2021).

Genel olarak, 2020 yılında genel sağlık sigortasının uygulanmasıyla ilgili maliyetlerin finansmanı için 171.031,91 bin manat tutarında fon harcanmış olup, bunun

163.643,37 bin manatı genel sağlık sigortasının uygulandığı alanlarda sağlık kurumlarına yapılan harcamaların, 7 388,54 bin manatı TƏBİB'e bağlı sağlık kurumlarında sağlanamayan özel ve ticari devlet sağlık kurumlarında ihtisaslaşmış sağlık hizmetlerinin sağlanması için sigorta ödemelerinin payına düşmektedir.

Yakın gelecekte, sağlık alanında yatırımların artması ve devlet bütçesindeki cari harcamalarda dinamik artış beklenmektedir. Ancak orta ve uzun vadeli perspektiflerde sağlık harcamalarındaki artış hızı düşecektir. Bu nedenle devlet kurumlarının bundan böyle özel sektör yatırımlarını sağlık sektörüne dahil etmesi için gerekli çalışmaları yapması gerekmektedir.

Ayrıca, şimdi bakanlığa bağlı büyük tıbbi kuruluşlar, kendi kendini finanse etme sistemine geçmeli, mali bağımsızlık kazanmalı ve yönetimlerini geliştirmelidir. Bu, genel sağlık sigortası uygulamasındaki ana koşullardan biridir. Şu anda, tıbbi kuruluşlar genel sağlık sigortası sistemini idare edebilecek kapasiteye sahip olmamaktadır.

Azərbaycan'da genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmasında uluslararası uygulamalara atıfta bulunulurken gerçekler dikkatle incelenmeli ve dikkate alınmalıdır. En önemlisi, özel sağlık kuruluşlarının da genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmesi gerekmektedir.

Uygulamada sağlanan rekabet, hizmetlerin kalitesi üzerinde güçlü bir olumlu etkiye sahip olmaktadır. Sistemin uygulanmasında da kontrol mekanizması oluşturulmaktadır. Çünkü zorunlu sağlık sigortası sistemi ile çalışan kuruluşlar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi periyodik olarak kontrol edilmeli ve denetim güçlendirilmelidir.

Uzmanlara göre zorunlu sağlık sigortası sistemi birikim sistemi de maaşlardan oluşturulmalıdır. Şu anda sadece 1,6 milyon çalışanın sağlık sigortasına dahil edilmesinin mümkün olduğunu dikkate almalıyız, çünkü istihdam edilenlerin geri kalanı kayıt dışı çalışmaktadır. Tüm bu hususlar şimdiden dikkate alınmalı ve uygun tedbirler alınmalıdır (ecoreform.az, 2021).

4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE AZERBAYCAN'DA ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

4.1. Türkiye ve Azerbaycan Özel Sağlık Sigortası Sisteminin Kısmi Karşılaştırması

Türkiye'deki özel sağlık sigortası sistemi incelendiğinde, gelişmiş ülkelerin gerisinde olmasına rağmen, özel sağlık sigortası sektöründe son dönemlerde artım olduğu görülmektedir. Bu durum hizmet sunumunda özel sektörün payının artmasıyla açıklanabilir (Sevim & Nal, 2021, s. 169).

Ancak her ne kadar belirli bir artım söz konusu olsada beklentileri tam olarak karşılamıyor. Halen bu sektörde devam eden bazı sorunlar bulunmaktadır. Ülkede nüfusun sadece %2,5-3'lük bir kesimi özel sağlık sigortasına sahiptir. Tamamlayıcı sağlık sigortası bu orana dahil olmakla birlikte, sağlık sigortası yöneticilerine göre bu oran oldukça düşük olarak değerlendirilmektedir. Buna rağmen, yapılan pazar araştırmalarına göre, özel sağlık sigortası yaptırma gücü olan bireylerin, nüfusun %10'una denk geldiğini bilinmektedir. Yani hala ciddi bir potansiyel bulunmaktadır. Fakat bir takım sebeplerden dolayı ülkede özel sağlık sigortası yaptırma konusunda çok az isteklilik vardır. Bunlar (Özsarı & Güdük, 2020, s. 529):

- Ülkede sosyal sağlık politikasının benimsenmesi;
- İnsanların sigorta farkındalığının zayıf olması;
- Sosyal sağlık sigorta kapsamının çok geniş olması;
- İnsanların ekonomik alım gücünün zayıf olması;
- Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyet olarak ifade edilmektedir.

Özel sağlık sigortası sistemi Türkiye'de ana finansman aracı olarak kullanılmamasına ve geniş bir katılıma sahip olmamasına rağmen önemli kazanımları vardır. Yeterli yasal düzenleme, bu alanda yetişmiş insan kaynağının mevcudiyeti ve tamamlayıcı sağlık sigortası sisteminin uygulamaya konulması bu konuda önemli güçlü

yönler olarak değerlendirilebilir. Özel sağlık sigortası konusunda yetersiz tüketici bilinci, yüksek maliyetler, düşük talep ve düşük hane geliri önemli zayıflıklar olarak kabul edilebilir. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması, kaliteli özel sağlık tesislerinin bulunması ve tercih edilmesi özel sağlık sigortası için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Sosyal sağlık sigortasının önemli kapsamı, rakipler ve ekonomik durum önemli tehditler olarak sayılabilir (Sevim & Nal, 2021, s. 171).

Türkiye’de özel sağlık sigortasında prim üretimi, 2020 yılı sonu üretimi olan 7.886.355.487 TL’den 9.450.197.084 TL’ye yükselirken, tamamlayıcı sağlık sigortasında 1.509.989.356 TL’den 2.616.075.833 TL’ye yükselmiştir. Diğer bir ifadeyle, 2021 yılında özel sağlık sigortasında üretim bir önceki yıla göre yaklaşık %19,8 artmış ve sektörün büyümesini sağlayan diğer bir üretim kaynağı olan tamamlayıcı sağlık sigortası prim üretiminde ise bir önceki yıla göre %73,3 oranında büyük bir artış görülmektedir (tsb.org.tr, 2022).

Azerbaycan’da özel sağlık sigortası sistemi incelendiğinde, Azerbaycan’da genel sağlık sigortası henüz beklenen seviyede olmadığından, insanlar özel sağlık sigortasına yönelebilmektedir. Ancak mesele şu ki, sağlık sigortası olanlar ağırlıklı olarak büyük şirketlerde çalışan işçiler oluyorlar ki, onlarda bu sigortaya grup halinde dahil oluyorlar.

Azerbaycan’da özel sağlık sigortası piyasası, esas olarak çalışanlarını sigortalayan şirketler pahasına oluşmaktadır.

Günümüzde sigorta şirketleri farklı limitlerde paketler sunmaktadır. Memnuniyet vermeyen noktalar ise bazı sigorta şirketleri tarafından yüksek ödemeli sunulan pakette az sayıda ve düşük maliyetli hizmetin yer almasıdır (trend.az, 2022).

Azerbaycan’da genel sağlık sigortası uygulamasının 2020’den itibaren yürürlüğe girmesiyle birlikte, uzmanlara göre genel sağlık sigortasının aksine özel sağlık sigortası piyasasının gelecekteki durumu tam olarak bilinmiyor. Bu piyasanın gelişeceği yön, genel sağlık sigortası mekanizmasının etkinliğine bağlıdır. Genel sağlık sigortası mekanizması etkin bir şekilde çalışırsa, özel sağlık sigortası piyasasında birtakım düşüslere yol açabilir. Bu mekanizma çalışmazsa, özel sağlık sigortası hizmetlerine daha fazla ilgi olacağı düşünülmektedir (report.az, 2022).

Türkiye'deki piyasa durumunun aksine Azerbaycan'da 2021 yılında özel sağlık sigortası piyasasının küçüldüğü görülmektedir.

2021 yılının Ocak-Temmuz ayları arasında Azerbaycan'da faaliyet gösteren sigorta şirketleri tarafından özel sağlık sigortası için 72.908.000 manat sigorta primi tahsil edilmiştir.

Azerbaycan Merkez Bankası verilerine dayanılarak yapılan hesaplamalara göre sağlık sigortası tahsilatları geçen yılın aynı dönemine kıyasla %1,8 azalmıştır.

Aynı zamanda şirketler tarafından raporlama döneminde 37.807.000 manat tutarında ödeme yapılmıştır. Bu, geçen yılın aynı dönemine kıyasla %3,8 daha azdır.

Ocak-Temmuz aylarında genel özel sigorta türlerine yönelik tahsilat 364.792.000 manat, ödemeler ise 228.184.000 manat olmuştur. Bu, 2020 yılının aynı dönemine kıyasla %12.1 ve %21.4 daha fazladır.

Azerbaycan'da faaliyet gösteren sigorta şirketleri tarafından 2021 yılında 528.258.000 manat tutarında sigorta primi tahsil edilmiş ve 301.179.000 manat tutarında ödeme yapılmıştır. Bu, yıllık kıyasla %11,8 ve %32,6 daha fazladır (marja.az, 2022).

Tablo 5. Türkiye ve Azerbaycan'da 2021 yılı özel sağlık sigortası prim miktarı

Yıl	Türkiye	Azerbaycan
	2021	
Prim	9.450.197.084 TL	72.908.000 manat
Bir önceki yıla göre değişim (%)	+ %19,8	- %1,8

SONUÇ

İnsanların hayatını tehdit eden bir hastalık, bir yandan insanların gelirlerini düşürmeye, diğer yandan hastalıktan kurtulmak için para harcamaya zorlamaktadır. İnsanların hastalıktan kaynaklanan ekonomik kayıplarını telafi etmek için bir tür sağlık sigortası sistemi oluşturulmuş ve zaman ilerledikçe bu sistem tüm ülkelerde önemli bir konuma gelmiştir.

Sağlık sigortası, kişilerin sağlığını koruyan ve sağlıklarına zarar verebilecek risklerle karşı karşıya kalmaları durumunda sağlık giderlerini finanse eden tamamlayıcı bir sigorta türüdür. Sigortacı ile sigortalı arasında akdedilen sözleşme uyarınca, sözleşmenin öngördüğü hastalıklardan bir veya birden fazlasının meydana gelmesi veya kaza sonucu yaralanmaların sözleşme süresi içinde olması halinde gerekli masrafları tazmin etmektedir.

Bu sigortanın amacı insanların sağlığını güvence altına almak, sağlık durumlarının bozulması halinde tedavi giderlerini karşılamak, hastalık, sakatlık veya iş göremezlik nedeniyle oluşan kazanç kayıplarını telafi etmektir.

Sağlık sigortası genel şartlarında hem hastalık hem de kaza sonucu yaralanma durumu sağlık sigortası kapsamına dahildir. Bu nedenle, sağlık sigortası kaza sonucu yaralanmaları ve hastalıkları kapsamaktadır. Hastalık, insan vücudunun neden olduğu veya bulaşma sonucu oluşan bir sağlık kaybını ifade eder. Kaza sonucu yaralanmalar, kaza sigortası ile garanti altına alınsa da, yaralanmanın ekonomik dezavantajları hastalıkla aynıdır. Kişi, hastalık veya kaza sonucu sağlığını kaybettiğinden, bu sigortaya hastalık sigortası yerine sağlık sigortası denilmesi daha uygun görülmüştür.

Sağlık sigortasında, sigortalı (sigorta ettiren) ve sigortacı sigorta sözleşmesinin taraflarıdır. Sigortalı (sigorta ettiren) ve sigortacı, sigorta sözleşmesinin akdedilmesi, uzatılması ve feshedilmesi sırasında belirli yükümlülükleri yerine getirmek zorundadır.

Sigortacılığın temel ilkelerinden biri iyi niyet ilkesidir. İyi niyet, tarafların sigorta sözleşmelerinde hile yapmalarını önlemek için tasarlanmış bir ilkedir. Taraflar bu ilkeye uymalı ve yapılan sigorta anlaşmaları şeffaf şekilde gerçekleştirilmelidir.

Sağlık sigortası, sağlık sisteminin önemli bir parçası olmakla birlikte toplumun refahı ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için gerekli bir uygulamadır.

Sigortacılık alanında projelerle atılan adımlar sayesinde toplumun sigortacılığa olan güveni ve merakı giderek artıyor. Bu nedenle özel sağlık sigortacılığının gelişiminin sağlanabilmesi için kişilerin sigortacılık konusunda her zaman bilgilendirilmesi ve sigortacılık alanında düzenli olarak iyileştirme programları uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- 725-IQ - Tibbi Sığorta Haqqında e-qanun.az. Erişim Tarihi (2022, Şubat 7). <https://e-qanun.az/framework/13983> adresinden alındı.
- Abbasov, İ. M., & Həsənov, İ. C. (2013). *Sığorta İşinin Təşkili*. Bakı: "Bakı Biznes Universiteti" Nəşriyyatı.
- Abdullayeva, R. S., İmanov, N. M., Muradov, A. N., Mahmudov, S. M., & Əliyeva, M. A. (2020). *İcbari Tibbi Sığorta*. Bakı.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839.
- Akgül, A. (2003). *Genel Sağlık Sigortası*. Ankara: Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları.
- Akgün, E. (2017). Hayat Sigortası Genel Şartları'nın Türk Ticaret Kanunu Hükümlerine Uygunluğuna İlişkin Bir İnceleme. *İÜHFİM, C. LXXV, S. 2, 557-586*.
- Aksigorta. Erişim Tarihi (2022, Temmuz 12). <https://www.aksigorta.com.tr/yardim-merkezi/sigorta-sozlugu/teminat> adresinden alındı.
- atasigorta.az. Erişim Tarihi (2022, 10 Mart). Könüllü Tibbi Sığorta Qaydaları: <https://atasigorta.az/themes/atasigorta/assets/uploads/filemanager/pdf/Ko%CC%88nu%CC%88llu%CC%88%20tibbi%20s%C4%B1g%CC%86orta%20Qaydalar%C4%B1.pdf> adresinden alındı.
- Ataşov, B. X., Ələkbərov, Ə. Ə., & Xudiyev, N. N. (2018). *Sığorta İşİ*. Bakı: "Kooperasiya" Nəşriyyatı.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, İ., . . . Akdağ, R. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet*, 65-99.

- Avşar, N. (2010). *Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Bahtiyar, M. (1997). Sigorta Poliçesi Genel Koşulları. *Banka ve Ticaret Hukuku Dergisi*, Cilt XIX, Sayı 2, 89-108.
- Balkanlı, M. (2017). *Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları*. Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sigortacılık ve Risk Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- banco.az*. Erişim Tarihi (2021, Ocak 27). Sığorta Tarixi və İnkişaf Mərhələləri: <https://banco.az/az/news/sigorta-tarixi-ve-inkisaf-merheleleri> adresinden alındı
- Banker.az*. Erişim Tarihi (2021, Şubat 1). Azərbaycanca Sığorta Agenti: Nüfuz və Geniş İmkanlar 1: <https://banker.az/az%C9%99rbyaycanda-sigorta-agenti-nufuz-v%C9%99-genis-imkanlar-1/> adresinden alındı.
- Borch, K. H., Aase, K. K., & Sandmo, A. (1990). *Economics of Insurance*. Amsterdam: North-Holland.
- cbar.az*. Erişim Tarihi (2022, Nisan 14). Tibbi Sığorta Haqqında: <https://www.cbar.az/law-133/law-no-725-iq> adresinden alındı.
- Çatpınar, H. (2005). Özel Sağlık Sigortalarında Konjoint Analizi İle Tüketici Tercihi. *Sigorta Araştırmaları Dergisi*, 33-44.
- Çeker, M. (2013). *6102 Sayılı Yeni Türk Ticaret Kanunu'na Göre Sigorta Hukuku*. Adana: Karahan Kitabevi.
- ecoreform.az*. Erişim Tarihi (2021, Ağustos 11). http://ecoreform.az/news/vnedrenie_obyazatelnoy_meditsinskoy_strahovaniya_stanet_krupneyshey_meroy_socialnoy_reformy_v_2020_godu-694 adresinden alındı.
- Ekener, H. (1995). *Sigortacılıkta Tıp*. İstanbul: Generali Sigorta A.Ş. Yayınları.

- Əzimova, S. V. (2018). *Azərbaycanda Sığorta İşinin Tarixi, Müasir Vəziyyəti və İnkişafı Perspektivləri*. Bakı: Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi, Azərbaycan Dövlət İqtisad Universiteti Magistratura Mərkəzi, Magistr Dissertasiyası.
- Güvel, E. A., & Güvel, A. Ö. (2006). *Sığortacılıq, 3. Baskı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- HDFC ERGO General Insurance Company Ltd.* Erişim Tarihi (2021, Ocak 7). Importance of Insurance: <https://www.hdfcergo.com/about-us/about-company> adresinden alındı.
- İbrahimov, E. R., Hüseyinov, M. C., Salahov, E. A., & Abbasova, Y. Ə. (2017). *Sığorta İşİ*. Bakı: Azərbaycan Dövlət Aqrar Universiteti.
- insure.az.* Erişim Tarihi (2022, Şubat 19). Kəonüllü Tibbi Sığorta Qaydaları: https://insure.az/public/storage/rules/12__konullu_tibbi_sigorta_qaydalari.pdf adresinden alındı.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*. Ankara: Dirim Tıp Gazetesi 86-99.
- its.gov.az.* Erişim Tarihi (2021, Eylül 13). Azərbaycanda Səhiyyə Keyfiyyətə Yeni Mərhələyə - Əsaslı İslahat Mərhələsinə Yüksələcək: <https://its.gov.az/bloq/zdravookhranenie-vyydet-na-kachestvenno-novyy-uroven-fundamentalnaya-reforma-v-azerbaydzhane> adresinden alındı.
- its.gov.az.* Erişim Tarihi (2021, Aralık 21). İcbari Tibbi Sığorta Üzrə Dövlət Agentliyinin 2020-ci İl Üzrə Fəaliyyətinə Dair Hesabat: <https://its.gov.az/files/9/illikhesabat2020.pdf> adresinden alındı.
- Kara, E. (2020). Sığorta Genel Şartlarının Hukuki Niteliği. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt X, Sayı 19*, 153-174.
- Karabulut, M. (1988). *Sığorta Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları.

- Karauz, A. K., & Cenkci, E. (2014). Türk ve İsviçre Hukukunda Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları Bakımından Tarafların Yükümlülükleri. *AÜHFD, C. IV, S. 2*, 141-158.
- Kaya, N. (2008). *Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına Ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kayıhan, Ş., & Bağcı, Ö. (2016). *Türk Özel Sigorta Hukuku Dersleri*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Keglevic, A. (2013). *Pre-contractual Information Duty and Unfair Contract Terms - Open Questions and Dilemmas, Insurer's Precontractual Information Duty*. İstanbul: Sigorta Hukuku Türk Derneği Yayınları.
- Kender, R. (2021). *Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku, 17. Baskı*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Kızılova, A. T. (2015). *Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulanması ve Sorunları*. Bursa: Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- marja.az. Erişim Tarihi (2022, Eylül 27). Azerbaycanın Kötüllü Tıbbi Sığorta Bazarı Kiçilib: <https://marja.az/75429/azerbaycanin-konullu-tibbi-sigorta-bazari-kicilib> adresinden alındı.
- medicalnewstoday.com. Erişim Tarihi (2021, Mart 2). What Is Health Insurance?: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323367#types> adresinden alındı.
- MEGEP. (2011). *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası 343FBS006*. Ankara: MEGEP.
- Oral, A. İ. (2001). *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

- Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 398-412.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sigortası, 2. Baskı*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özboilat , M. (2011). *Temel Sigortacılık*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Özen, E. (2019). *Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılatığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma*. İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Özsarı, H., & Güdük, Ö. (2020). Bazı Sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(3), 526-536.
- Öztürk, A., & Güven, Ö. F. (2019). *Bankacılık ve Sigortacılıkta Pazarlama*. İstanbul.
- report.az. Erişim Tarihi (2021, Ağustos 25). İcbari Tıbbi Sığorta: Xəstələr Üçün Nə Dəyişəcək?: <https://report.az/ru/zdravookhranenie/obyazatelnoe-medicinskoe-strahovanie-v-azerbaydzhane-2019/> adresinden alındı.
- report.az. Erişim Tarihi (2022, Eylül 27). Azərbaycan Sığorta Bazarının İndiki Vəziyyəti və Gələcəyə Baxış - RƏYLƏR: <https://report.az/maliyye-xeberleri/2019-cu-il-sigorta-bazari-ucun-nece-xarakterize-olunur/> adresinden alındı.
- SEGEM. (2012). *Sigorta Acenteleri Teknik Personel Eğitim Programı Ders Notları*.
- Sevim, E., & Nal, M. (2021). Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Mevcut Durum Analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 1*, 157-174.
- Seyfullahoğulları, A., & Başoğlu, B. (2018). Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları Kapsamında Prim Üretimi ve Gerçekleşen Hasar Analizi. *İstanbul Sosyal Bilimler Dergisi*, 16-27.

sigortam.net. Erişim Tarihi (2022, Temmuz 17). Özel ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Bekleme Süresi Nedir?: <https://www.sigortam.net/saglik-sigortalarinda-bekleme-suresi-nedir> adresinden alındı.

Şenalp, V. (2008). *Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi : Bir Araştırma*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi.

trend.az. Erişim Tarihi (2021, Eylül 1). Azərbaycanda İcbari Tibbi Sığorta Paketinə Hansı Xidmətlər Daxildir?: <https://www.trend.az/azerbaijan/society/3176685.html> adresinden alındı.

trend.az. Erişim Tarihi (2022, Eylül 27). Azərbaycanda Könüllü Tibbi Sığorta Bazarının Narazılıq Doğuran Məqamları: <https://az.trend.az/azerbaijan/society/2460320.html> adresinden alındı.

tsb.org.tr. Erişim Tarihi (2022, 27 Eylül). Sektör Raporu 2021: https://tsb.org.tr/media/attachments/TSB_SEKTOR_TR21_2807.pdf adresinden alındı.

TÜİK. Erişim Tarihi (2022, Temmuz 6). Dünya Nüfus Günü 2022: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552> adresinden alındı.

VNS Health. Erişim Tarihi (2021, Nisan 17). Guide to Private Care: <https://www.vnshealth.org/patient-family-support/guides/guide-to-private-care/> adresinden alındı.

wem.az. Erişim Tarihi (2021). İcbari Tibbi Sığorta: Tezliklə Bütün Ölkədə: <https://www.wem.az/ru/news/sotsialnaya-otvetstvennost/7988.html> adresinden alındı.

Xankişiyev, B. A. (2005). *Sığorta Hamı Üçün*. Bakı: "Adiloğlu" Nəşriyyatı.

Xudiyev, N. N. (2013). *Sığorta*. Bakı: "Azərnəşr".

- Yiğit, F. (2007). *Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Адамчук, Н. Г. (2017). *Мировой Страховой Рынок на Пути к Глобализации*. Москва: МГИМО-Университет, Российская Политическая Энциклопедия.
- Бакиров, А. Ф. (2016). *Формирование и Развитие Рынка Страховых Услуг*. Москва: Финансы и Статистика.
- Мамедалиева, О. Д. (2016). *Страхование Гражданской Ответственности*. Москва: Мир.
- Федорова, Т. А. (1999). *Основы Страховой Деятельности: Учебник*. Москва: Издво»Век».
- Шахов, В. В. (1997). *Страхование : Учебник Для Вузов*. Москва: ЮНИТИ.

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. İdari bölgelerin tıbbi istatistikleri, 2020	64
Tablo 2. İdari bölgelerin hemodiyaliz istatistikleri, 2020	64
Tablo 3. İdari bölgelerin ana hastalık sınıfları istatistikleri, 2020	65
Tablo 4. Sağlık bakım maliyetlerini finanse etmek için harcanan fonlar, 2020	66
Tablo 5. Türkiye ve Azerbaycan'da 2021 yılı özel sağlık sigortası prim miktarı.....	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** İdari bölgelerde cerrahi operasyonlar, 2019-2020 65
- Şekil 2.** GSS'nin uygulandığı idari bölgelerde TƏBİB'e bağlı sağlık kuruluşlarına başvuru yapanların ana hastalık sınıflarına göre dağılımı, 2020 66

ÖZGEÇMİŞ

Shovkat YUSIFOV, 2013 yılında lise eğitimini tamamladıktan sonra 2014 yılında Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölümünde lisans eğitimine başlamış ve 2019 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. Aynı yıl Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Aktüerya ve Risk Yönetimi programında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.