

SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN2

b. Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)

- Kamu yönetimi ve denetimindeki sigortalara, daha önceden belirlenmiş kişilerin belli oranda prim ödemek suretiyle sigortalandığı sistemdir.
-
- Sistem ağırlıklı olarak çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmesine rağmen genellikle 'devlet katkısı' da söz konusudur. Bu nedenle sisteme “**sosyal sağlık sigortası**” denilmektedir.

- 19. yüzyılın sonlarına doğru Bismarck tarafından oluşturulan sosyal sigorta sistemi, sosyal güvenlik alanındaki ilk önemli kurumsal gelişmedir.
- Sanayileşmede İngiltere'den geri kalan Almanya'da, 1877 ekonomik buhranı ile birlikte işçilerin yaşam şartlarının iyice ağırlaşması, işçi sendikalarının hızla gelişmesine neden olmuştur.

- Bismarck Modelinin temel özelliği, yapılan katkılar ile, sağlanan sosyal karşılıkların ücretle orantılı olmasıdır. Bu modelde, işçilerin ağır çalışma koşulları dikkate alınmış, mevcut çok sayıdaki farklı sigorta sandıkları ve bunlar için ödenen primler ve sunulan hizmetler standartlaştırılarak, çalışanların zorunlu olarak sigortalı olmaları sağlanmıştır.

- Modelin ilk halinde sadece ücretleri belirli bir düzeyin altında olan sanayi işçileri korunurken, daha sonra geri kalan ücretli çalışanlar da korunmaya başlanmış, bu yolla sosyal güvenlik kapsamındaki kişi sayısı arttırılmıştır.
- Modele göre, işçiler ücret gelirlerinin belirli bir yüzdesini prim olarak ödemektedir. İşveren de eşit miktarda katkıda bulunmaktadır.

- Sosyal sağlık sigortası, toplumda refahın dağıtımına iki şekilde katkıda bulunur.
 - Birincisi; primlerin (bazı istisnalar hariç) bireysel riskler ile bağlantısı olmaması nedeniyle düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarına sübvansiyon söz konusudur.
 - İkincisi, bireysel risklerle bağlantısı olmayan bu primlerin gelire orantılı olarak toplanması nedeniyle yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarına göre sisteme daha fazla katkı yapmasıdır.

- Bu sistemin önemli özelliklerinden biri kapsamındaki kişiler için zorunlu olmasıdır.
- Kapsamın genişliği ile ilgili düzenlemeler ülkelere göre farklılık göstermektedir.
- Sistemin ülke nüfusunun tamamını kapsamaması zorunluluğu bulunmamaktadır.
- Sistem nüfusun tamamını kapsıyorsa buna **genel sağlık sigortası ya da sağlıkta genel sigorta** denir.

- Prim oranları çalışan ücretlerinin belli bir yüzdesi olarak çalışanlar ve işverenler için belirlenir.
- Primleri toplamaktan sorumlu tek kurumun olması durumunda, ölçek ekonomisi varlığı nedeniyle maliyetlerin düşmesi söz konusu olabilir.
- Teminat paketi herkese eşit uygulanır.
- Fiyat kontrolüne yardımcı olabilir.

SGK PRİM ORANLARI
(01.10.2008'den İtibaren)

Sigorta Kolu	İşçi Payı (%)	İşveren Payı (%)	Toplam (%)
4/a Kapsamındaki Sigortalılar (İşçiler) İçin Prim Oranı			
Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortası	9	11	20
Kısa Vadeli Sigorta Kolları (İş Kazası ve Meslek Hastalıkları, Hastalık, Analık Sigortası)	-	1 - 6,5	1 - 6,5
Genel Sağlık Sigortası	5	7,5	12,5
İşsizlik Sigortası	1	2	3
TOPLAM	15	21,5 - 27	36,5 - 42

İSTEĞE BAĞLI SİGORTA PRİM ORANLARI

Malûllük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları Primi (%)	Genel Sağlık Sigortası Primi (%)	Toplam Prim (%)
20	12	32

İŞSİZLİK SİGORTASI PRİMİ ORANLARI

Yıllar	İşçi Payı (%)	İşveren Payı (%)	Devlet Payı (%)
01.06.2000-31.12.2001	2	3	2
01.01.2002'den itibaren	1	2	1

- Kamu gelirleri ile finansman sisteminden farklı olarak
 - zorunlu kamu sigortası sisteminde **özel bir örgütün varlığına** ihtiyaç bulunmaktadır.
 - Bu yapılanma ilave maliyet anlamına gelmektedir. Aynı hizmeti üretmek için bu yöntemde daha fazla finansmana ihtiyaç vardır.

- Bu yöntemdeki diğer önemli sorun; kimlerin kapsama dahil edileceğidir. Yukarıda ifade edildiği gibi kapsamın genişliği ile ilgili düzenlemeler ülkelere göre farklılık göstermektedir.

- **Kapsam genişliği** nüfusun sigorta kapsamına alınma oranını göstermektedir. Nüfusun tamamı sigorta kapsamına alınmış ise genişlik tamdır.
- **Kapsamın derinliği** ise cepten herhangi bir ödeme yapmadan ulaşılabilecek sağlık hizmetleri kapsamını gösteren bir kavramdır. (teminat paketi)

- Yasal olarak sigortanın kapsadığı hizmetlere **temel teminat paketi** denilmektedir.
- Teminat paketinin kapsamı belirlenirken
 - kazanılmış haklar,
 - kaynak miktarı,
 - kapsama alınacak müdahalelerin etkililiği ve
 - toplumsal sağlık sorunlarının önemi ve önceliği dikkate alınmalıdır.

- **Kapsam genişliği ile ilgili sorunlar;**
- Sosyal Sağlık Sigortası, sigortalanacak toplum kesiminin düzenli ve belirli bir gelire sahip olduğu ve üyeliğin zorunlu olduğu bir kamu sigortasıdır.
 - Bu nedenle **kırsal nüfusa, marjinal sektörde çalışanlara, işsizlere** uygulanması son derece zordur.
 - Gelişmiş ve yüksek milli gelire sahip ülkelerde nüfusun tamamının kapsanması olanağı varken, **gelişmekte olan ve tarımın egemen olduğu ülkelerde kapsam daha dar kalmaktadır.**
 - Sigorta ile **garanti altına alınan hizmetlerin kapsamı** sigorta fonunun dolayısıyla da ülke **ekonomisinin gücüyle orantılıdır.**

- **Sağlık hizmetleri** ile birlikte **yaşlılık, malullük, ölüm** vb. risklerin de kapsama alındığı sosyal sigortalar, **işverenlerin, işçilerin, bağımsız çalışanların, devletin** ve bazı ülkelerde emeklilerin ve işsizlerin katkısıyla finanse edilmektedir.
- Prim oranı işçinin ücretinin belli bir yüzdesi olarak belirlenmektedir.
- Gelir **düzeyleri ne olursa olsun tüm sigortalılardan aynı oranda prim** alınmaktadır.

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu**
- Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık bakım hizmetleri doğrudan yöntemle ve dolaylı yöntemle sağlanabilmektedir.
 - Dolaylı yöntemde sağlık hizmetlerinin mevcut kamu veya özel kuruluşlardan satın alınarak sunulmaktadır.
 - Doğrudan yöntemde ise sosyal güvenlik kurumları kendilerine ait tesislerde sağlık hizmeti sunmaktadır.

Bu yöntem genellikle gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bunun temel nedeni de bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin kuruluş aşamasında yeterli kamu ve özel sağlık tesisi bulunmamasıdır.

- **Sosyal sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin finansmanında bir yöntem olarak kullanılmasında rol oynayan temel etmenler;**
 - Hizmetler için **düzenli bir gelir kaynađı yaratabilir**
 - **Sağlık sektörüne aktarılan fon açıkça görülebilir**
 - **Hastaların haklarının korunmasına yardımcı olur**
 - Risk havuzu sayesinde **finansal kaynağın farklı hizmet gruplarına bölünmesini sağlar,**
 - **ödeme gücüne göre finansal yükü dađtır.**
 - **Sağlık politikası hedeflerinin gerçekleşmesine yardım eder**
 - **Sağlık hizmetleri sunumunda etkililik sađlayabilir.**

- Dezavantajları;
 - yüksek yönetim giderleri ve
 - finansal katılım payı ve primlerini toplama güçlüğü

Sağlık sigorta sisteminin kurulması

- Sistemin kurulması ve işletilmesine geçilmeden önce bazı soruların irdelenmesi gerekmektedir:
 - Sağlık hizmetlerini kimler sunacaklar?
 - Devletin sigorta sistemindeki rolü ne olacak? (Fon sağlama, hizmet sunumunun denetimi, politikaların belirlenmesi gibi).
 - Kim sosyal sağlık sigortası istemektedir?
 - Toplumun tarihi geçmişi, kültürel değerleri, gelenek sosyal sağlık sigortası için uygun mu?
 - Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik ülkenin gelir düzeyi nasıldır?
 - Ekonomik yapı nasıldır?
 - Eşitlikten söz edilebilir mi?

- Sağlık politikalarının amacı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunma yoluyla nüfusun sağlık statüsünü geliştirmektir.
 - Bu doğrultuda sağlanan fon kaynaklarının öncelikli kullanım alanı yönetim giderlerini karşılamak değil sağlık hizmeti sunmak olmalıdır.
 - O halde sağlık alanında fon, sigorta kanunları, gelirlerin amaca uygun kullanılıp kullanılmadığının değerlendirilmesi ve primlerin toplanması gibi konularda yeterli eğitimi almış insan gücü altyapısının olması gereklidir.

- Ulusal altyapısının değerlendirilmesine yönelik :
 - Sosyal sağlık sigortası sistemini idare edebilecek iyi eğitim almış yöneticiler mevcut mudur?
 - Sosyal sağlık sigortası'nı destekleyen bir yasal çerçeve ya da prosedürler mevcut mu?
 - Primlerin toplanması için idari yapı ve düzenlemeler var mı?
 - Sağlık hizmetleri altyapısı sigortalı üyelere hizmet verebilecek nitelik ve niceliğe sahip midir?
 - Program nüfusun acil bakıma ulaşmasında önemli avantajlar sağlayabilecek mi?
 - Sosyal sağlık sigortası sistemi hangi nüfus kesimini kapsayacak? Kapsama alınacak bu nüfusun büyüklüğü, özellikleri, ihtiyaçları, teknolojik gereksinimleri nelerdir ve bu grubun sistem politikasına etkisi nasıl olur?

- Sistemin kurulma aşamasında öncelikle tüm nüfusu kapsama alması oldukça zordur.
- Bazı ülkeler geniş kitlelere ulaşmak için gönüllülük esasını benimser. Böyle bir durumda
 - gençler ve sağlıklı bireylerin sosyal sağlık sigortası kapsamına alınma eğilimleri daha düşüktür ancak yaşlandıklarında ya da sağlıklarını kaybettiklerinde gönüllü olarak sigorta kapsamına alınmak isteyeceklerdir.
 - Bağımsız çalışanların sistemin gelirlerine negatif etkisi olabilir, bu kesim gelirini düşük gösterip primini düşürme davranışında bulunabilir.

- Sigorta kapsamına alınacak hizmetlerin belirlenmesi (teminat paketinin belirlenmesi) aşamasında şu noktaların dikkatle değerlendirilmesi gereklidir:
 - *Finansal kaynaklara ulaşılabilirlik*; ülkenin gelişmişlik düzeyi, vergi sistemi, iştirakçilerin ödeme yeteneği, beklenen ödeme yapacak üye sayısı, beklenen ortalama katılım payı, gibi konuları içerir.
 - *Mevcut altyapı ve sağlık hizmetlerinin kalitesi*; sağlanacak sağlık sigortası hizmetlerini sunabilecek yeterli nicelik ve nitelikte personel altyapısı ve teknolojik gereksinimler bu noktada ele alınmalıdır.

– *Sağlık hizmetleri önceliklerinin belirlenmesi*; bazı otoriteler tarafından önerilen ana hizmet branşları şunlardan oluşur:

- aşılama,
- doğum kontrol ve düşük,
- uzun dönemli bakım,
- ruhsal hastalıklara yönelik ayakta ve yataklı bakım,
- rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 5 temel kategoridir.

- *Ek ödemelerin seviyesi ve türü*; örneğin muayene için sağlık kurumuna başvuran hastadan sigorta kapsamı dışında ek ücret alınması ya da ilaç alımlarında hastaların da cepten ödeme yapmaları.
- *Sağlık hizmetlerinin maliyeti*; sunulan hizmet yelpazesinin genişliğine ve doğasına göre maliyetler artar. Bazı maliyetler ülkenin gelir düzeyi, genel yaşam standartları ile doğrudan ilişkilidir, özellikle hekim maaşları gibi.

- *Nüfusun hastalık yapısı*; toplumun sahip olduğu hastalık yapısı ve en sık görülen kazalara göre sağlık sigortasının sağlayacağı hizmetin özelliği değişir.
 - Örneğin infeksiyon hastalıklarının yüksek olduğu bir ülkede aşılama hizmetlerine ağırlık verilecektir.
- *Sağlık hizmetlerinin temin yöntemi*; kurumun kendi sağlık tesislerinde hizmet sunması veya sağlık hizmetini diğer kamu ve özel sağlık kurumlarından satın almasıdır.

Özel Sağlık Sigortası

- Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın **sigortalının karşılaştacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür.**
- Özel sağlık sigortası, kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır.
- İsteğe bağlı bir sağlık sigortasıdır.

- Özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır.
- Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir.

- 1950'lerin sonlarında sanayileşmiş ülkelerin birçoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken hizmet kullanımı, fiyatlar ve enflasyonun artışı hükümetleri önceliklerin belirlenmesi ve talebin karşılanması konusunda yoğun bir baskı altına sokmuştur. Bu dönemde hükümetler toplumun artan talebini karşılamak ve üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla, zaten faaliyet gösteren özel sektörü ve özel sağlık sigortasını teşvik edici ve geliştirici uygulamalara gitmişlerdir.

- **Özel sigortada anlaşma**, sigortalı ve sigorta şirketi tarafından belirlenen esaslara göre **sigorta poliçesi** ile yapılmaktadır.
 - Sigorta poliçesi,
 - sigortanın türü,
 - belirli durumlarda sigortalıya yapılacak ödemeler,
 - sigortalının ödeyeceği prim miktarı ve
 - poliçenin başlangıç ve bitiş tarihlerini içerir.

- Türkiye' de özel sağlık poliçeleri,
 - sigorta şirketlerinin belirlediği ödeme şekli,
 - sigorta poliçesinin iptali durumunda hak edilen prim oranları,
 - sigortanın teminat kapsamı,
 - sigortanın ödemediği sağlık giderleri,
 - ödeme için gerekli evrakları,
 - yenileme koşullarını açıklayan "**poliçe özel şartları kitapçığı**" ile birlikte satılmaktadır.

**SAĞLIK SİGORTALARI
ÖZEL VE GENEL ŞARTLAR
KİTAPÇIĞI**

sigortacılık / **yeniden tanımlanıyor**

SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL VE GENEL ŞARTLAR KİTAPÇIĞI

KONU BAŞLIKLARI

SAYFA

A. SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	4
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	4
1.1. Sigortanın Konusu	4
1.2. Sigortanın Süresi	4
1.3. Sigortacı Sorumluluğunun Başlaması	4
1.4. Tahsilat Şekli	4
1.5. Kontrol Yetkisi	4
2. TANIMLAR	4
3. SİGORTANIN TEMİNATLARI	7
3.1.Yatarak Tedavi	7
3.2.Yoğun Bakım	7
3.3.Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz	7
3.4.Küçük Müdahale	8
3.5.Yatış Sonrası Fizik Tedavi	8
3.6.Evde Bakım	8
3.7.Yardımcı Tıbbi Malzeme	8
3.8.Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi	8
3.9.Kontrol Amaçlı Mamografi/ Kontrol Amaçlı PSA	8
3.10.Yurtdışı Yatarak Tedavi	8
3.11.Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri	9

- **Sigortanın Konusu**
- SİGORTA A.Ş. poliçede/zeyilnamede belirtilen Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zeyilnamede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve özel şartlar dahilinde, Türk Ticaret Kanunu Genel hükümleri, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

- **TANIMLAR**
- **Acil :**
- Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigorta Özel Şartları gereği **kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır.**
- **Aşağıda listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar “Acil” tanımında değerlendirilmez.**
- Akut Batın,
- Akut Hipertansif Atak,
- Akut Masif Kanamalar,
- Akut Myokard Infarktüsü (Kalp Krizi) ve ciddi ritim bozuklukları,
- Astım Krizi ve Akut Solunum Yetmezliği,
- Ciddi alerji, anafilaktik şok,
- Donma,
- Elektrik çarpması,

- Göz yaralanmaları,
- Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi
- Renal Kolik,
- Sıcak/ Güneş çarpması,
- Suda Boğulma,
- Şuur kaybına neden olan her tür hal,
- Trafik Kazası,
- Travma sonucu oluşan kırık, **yaralanma ve uzuv kopmaları**,
- Yanık,
- Yüksek ateş (39.5 ve üzeri),
- Zehirlenme (Kimyasal madde ve Besin zehirlenmesi).

- **Anlaşmalı Kuruluş:**
- ... SİGORTA A.Ş.' den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve doktor muayenehaneleridir.
- Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen **listede** ve SİGORTA A.Ş' ye ait www....sigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi' nde saklıdır.

SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL VE GENEL ŞARTLAR KİTAPÇIĞI

KONU BAŞLIKLARI

SAYFA

A. SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	4
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	4
1.1. Sigortanın Konusu	4
1.2. Sigortanın Süresi	4
1.3. Sigortacı Sorumluluğunun Başlaması	4
1.4. Tahsilat Şekli	4
1.5. Kontrol Yetkisi	4
2. TANIMLAR	4
3. SİGORTANIN TEMİNATLARI	7
3.1.Yatarak Tedavi	7
3.2.Yoğun Bakım	7
3.3.Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz	7
3.4.Küçük Müdahale	8
3.5.Yatış Sonrası Fizik Tedavi	8
3.6.Evde Bakım	8
3.7.Yardımcı Tıbbi Malzeme	8
3.8.Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi	8
3.9.Kontrol Amaçlı Mamografi/ Kontrol Amaçlı PSA	8
3.10.Yurtdışı Yatarak Tedavi	8
3.11.Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri	9

3.11. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri	9
3.11.1. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Hizmetler	9
3.11.1.1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık.....	9
3.11.1.2. Tıbbi Nakil (Kara/Hava Ambulansı/Sedyeli Uçuş).....	9
3.11.2. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar	9
3.11.3. AXA ASSISTANCE Hizmetlerinden Yararlanmak İçin Ne Yapmanız Gerekli?	9
3.11.4. Genel Hükümler	10
3.11.4.1. Sınırlama.....	10
3.11.4.2. İstirdat (Geri Alım).....	10
3.12. Hava Ambulansı	10

3.13.Suni UzuV Giderleri	10
3.14. Ferdi Kaza Sigortası.....	10
3.15.Ayakta Tedavi	10
3.15.1 Doktor Muayene	10
3.15.2 İlaç	10
3.15.3 0-6 Yaş Çocuk Aşıları	11
3.15.4 Laboratuvar Hizmetleri	11
3.15.5 Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri	11
3.15.6 İleri Tanı Yöntemleri.....	11
3.15.7 Fizik Tedavi.....	11
3.15.8 Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı	12
3.16. Gebelik Takip Giderleri	12
3.17. Doğum Teminatı	12
3.18. Yeni Doğan Bebek Teminatı	13
3.19. Check-Up Teminatı.....	13

3.19. Check-Up Teminatı	13
4. BEKLEME SÜRELERİ	13
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	14
6. COĞRAFİ KAPSAM	16
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	16
7.1. Yatarak Tedavi Teminat Uygulamaları	16
7.2. Ayakta Tedavi Teminat Uygulamaları	17
7.3. Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler	17
7.4. Anlaşmalı Kurum Uygulamaları	17

Police ekinde teslim aldığınız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- **5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER**
- Sağlık Sigortası Genel Şartları' nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır.
 - 1) Sigortalının sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları. (insizyonel herni, adezyolizis , nüksler, implantların çıkartılması vb.. giderleri)

- 2) ICD-10 (uluslararası hastalık sınıflandırma kodları) sınıflandırmasında Q-00 ve Q-99 arasında yer alan **konjenital (doğumsal) malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri başlığı altında yer alan tüm hastalıklar** konjenital (doğumsal) hastalık olarak nitelendirilir.
- Bu sınıflamaya giren tüm harcamalar kapsam dışıdır.

- 4) 25 yaşın altındaki sigortalılar için her türlü omurga şekil bozukluğu tedavisi ile ilgili giderler,
- 5) Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
- 6) Kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
- 7) Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri,
- 8) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),
- 9) Kuduz, tetanos, grip aşısı, Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan 0-6 yaş çocuk aşıları, suçiçeği, hepatit-A ve rotavirius aşıları dışındaki tüm aşılar,

7.5. Anlaşmazlıkların Kurum Uygulamaları	17
8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ	18
8.1. Tazminat Ödeme Şekli	18
8.2. Geri Ödeme Süresi	18
8.3. Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi	18
8.4. Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar	18
8.5. Tazminat Talebinde Sigorta Şirketi Tarafından İstenen Belgeler	18
8.5.1. Yatarak Tedavi Giderleri İçin	18
8.5.2. Ayakta Tedavi Giderleri İçin	18
8.5.3. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi İçin	19
8.5.4. Yurtdışı Tedavilerde	19
9. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ	19
9.1. Sigortanın Yenilenmesi	19
9.2. Beyan Yükümlülüğü	19
9.3. Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik	19
9.4. Yenileme Garantisi	20
10. PRİM TESPİTİ	20
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	20
10.1.1. Ürün Tablo Fiyatı Nedir?	20
10.1.2. Tablo Fiyatı Hangi Kriterlere Göre Değerlendirilmektedir?	20
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	20
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	21
11.1. Yeni Giriş İşlemleri	21
11.2. Sigortaya Yılı İçinde Sigortaya Girişler	21
11.2.1. Evlilik	21
11.2.2. Yeni Doğan Bebek	21
11.2.3. Evlat Edinme	22
11.2.4. Sigortalı Eş ve/veya Çocuğunun Bir Başka Sigorta Şirketinde Sigortalı ya da Yurtdışında Olması	22
11.2.5. Askerlik Dönüşü Sigortaya Yeniden Dahil Edilme	22

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	22
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	23
14. SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI VEFATI	23
14.1. Sigorta Ettirenin Vefatı.....	23
14.2. Sigortalı/Sigortalıların Vefatı.....	23
15. RÜCU HAKKI.....	23
16. POLİÇE BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİK TALEPLERİ.....	23
16.1. Ad-Soyad/Doğum Tarihi Değişikliği.....	23
16.2. Tüzel Kişilik Unvan Bilgi Değişikliği.....	23
16.3. Adres Değişikliği.....	24
16.4. Kredi Kart Değişikliği.....	24
16.5. Sigorta Ettiren Değişikliği.....	24
16.6. Lehdar Değişikliği.....	24
17. VERGİ İNDİRİMİ.....	24
 B. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI.....	 24
 C. FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI.....	 28

- Özel sağlık sigortasında belirtilen genel teminat çerçevesi, yasanın emredici hükümlerine ve genel şartlarına aykırı olmamak kaydıyla poliçeye konacak özel hükümlerle genişletilip daraltılabilir.
- Özel sağlık sigortasında süre genellikle bir yıl olarak kabul edilmektedir.
- Süre bitiminde sağlık sigortası yenilenebilir.

- Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek riskleri teminat altına almaktır.
- Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce meydana gelmiş bulunan birtakım hastalıkları varsa bu durum teminat dışı bırakılmaktadır.
- Riskin gerçekleşmesi durumunda sigortanın görevi, sigortalının sigortalanmadan önceki haline kavuşturulmasıdır. Özel sigorta asla zenginleştirme amacı gütmemektedir.

- Özel sağlık sigortaları başlıca iki konuda güvence sağlamaktadır.
 - Bunlar, tıbbi harcamalar ve işgörmezlik gelirleridir.

Özel sigorta sisteminin özellikleri

- Özel sigortada, sigortalıların ödeyeceği prim miktarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü ve benzeri özellikleri değerlendirilerek belirlenmektedir.
- Literatürde risk oranlaması olarak ifade edilen bu uygulama, düşük risk grubundaki sigortalıların düşük prim, yüksek risk grubundaki sigortalıların ise yüksek prim ödemesi esasına dayanmaktadır.
- Risk oranlaması, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi yüksek risk grubuna giren bireyler için bir dezavantaj doğurmakta ve bu bireylerin sigorta şirketleri tarafından "sigortalanamaz" olarak nitelendirilerek sigorta kapsamına alınmamasına yol açmaktadır.

- Özel sağlık sigortası **kar amaçlı bir sistem** olduğundan **yüksek risk gruplarını dışlama eğilimi taşır.**
- **Risk yükseldikçe**, ödenmesi gereken **prim de yükseleceğinden** düşük gelirliilerin dezavantajlı olması kaçınılmazdır.
- Ayrıca **sigortaya başvurduğunda kesinleşmiş sağlık sorunu olanların sistem içine alınması ve sistemden yararlanması olanaksızdır.**
- Belirtilen nedenler dolayısıyla bir ülkenin sağlık sisteminin tümüyle ve yalnızca özel sağlık sigortasına dayanması günümüzde egemen adalet ve eşitlik anlayışları açısından olanaksızdır.

Sigorta açısından dezavantajları

- Özel sağlık sigortası sisteminin düzgün işlemesinin koşullarından biri tarafların **dürüst bilgi vermesi ve taahhütlerine uymasındır.**
 - Bununla birlikte sistemin önemli bir sorunu da "**ahlaki zaaf**" a açıklığıdır. Örneğin sisteme girmek isteyen kişiler sağlık sorunlarını gizleyebilirler.
 - Daha sonra bu sorunlar dolayısıyla hizmet gereği doğması maliyetleri yukarı iter, dolayısıyla primlerin yükseltilmesine neden olur.
 - Bu sorunu önlemek amacıyla sigortanın ön denetimler ve incelemeler yaptırması da yine maliyetleri ve primleri yukarı iter.

- **hizmet talebi aşamasında ek bir maliyet söz konusu değilse, bazı kişiler gereksiz ve aşırı bir talepte bulunabilir.**
- Buna karşı uygulanan önlem harcamanın belirli bir oranının sigortalı tarafından karşılanması ya da belirli bir tutara kadar olan harcamaların sigorta tarafından karşılanmamasıdır.

- **Hekim-hasta ilişkisinin hizmet kapsamını genişleterek harcamayı arttırma eğilimi vardır.**
 - Sigorta karşısında hekim ile hastanın gereksinim ve çıkarları örtüşerek uygulanan hizmetin kapsamının genişletilmesine, dolayısıyla harcamaların artmasına yol açar.
- **Bu özellik sistemin görece olarak pahalı olması sonucunu yaratır.**
- Sigortanın önlem niteliğinde denetleme ve incelemeleri artırması da harcama artırıcı bir etki yapar.

- sigorta şirketleri arasındaki rekabet, piyasada basit fiyat rekabeti yaratmak yerine, düşük riskli durumları belirleyerek, insanları etkilemeye odaklanmıştır.
- **Ters seçim** olarak bilinen süreçte kendilerini düşük riskte gören bireyler, yüksek risk durumları kapsayacak kadar yüksek prim toplayan sigorta planlarından kaçınma eğilimi göstermektedirler.

- **Özel sağlık sigortası sistemi temelde, ödeme gücü olan bireylere dayanmaktadır.**
- **Bu güce sahip olmayan vatandaşların sağlıklarını yitirmeleri durumunda devletin bu kişiler için sistem geliştirmesi gerekir.**
- Nitekim özel sağlık sisteminin en geniş anlamda uygulandığı ABD' de, uygulamaya konulan Medicare ve Medicaid bunun somut göstergeleridir.

Sosyal Sağlık Sigortaları ile Özel Sağlık Sigortaları Arasındaki Farklar

- Özel sağlık sigortasını sosyal sigortadan ayıran iki temel özellikten söz edilebilir.
 - 1. **özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı içermemektedir.**
 - 2. **özel sağlık sigortası primleri, sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmekte,** buna bağlı olarak da **primler kişiden kişiye ve gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir.**
 - 3. **Özel sigortanın isteğe bağlı, sosyal sigortanın ise zorunlu** olmasıdır.

Konu	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Sağlık Sigortası
Kişisel Sorumluluk	Birey, sağlık risklerini ve sigortanın ne işe yarayacağını değerlendirmek için gerekli bilgilere sahiptir.	Ortalama yurttaş, çoğunluğu oluşturan yurttaş grubunu temsil eder. Grup güçlendikçe, ortak riski değerlendirmesi için gerekli bilgilere ulaşma ve sağlık sigortasının yeniden dağıtım sağlama etkisini iyileştirme gücü de artar.
Eşitlik, Hakkaniyet	Sigortacı her sigortalıya satın aldığı paketin karşılığını tümü ile sağladığında gerçekleşir.	Eşitlik; tüm sigortalılar, sigortalandıkları tarihte ödedikleri Prime bakılmaksızın aynı yardım paketinden yararlandıkları ölçüde sağlanır.
Sigortacı Sorumluluğu	Sigorta her sigortalıya, ödenen prim karşılığında önceden belirlenmiş hizmet paketini sunmakla yükümlüdür. Hem prim hem de hizmet paketi sözleşme boyunca değiştirilemez.	Sigorta o tüm üyelerine standart bir hizmet paketi sunar, Paket sigortalının sigortalandığı tarihe bakılmaksızın zaman içinde değişikliğe uğrayabilir.

Konu	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Sağlık Sigortası
Risk Havuzu	Sınırlı sayıda, benzer ama ilişkide olmayan riskten oluşur; ancak kötü riskler havuz dışında bırakılabilir.	Sigortalıların tümünün ortak riski paylaşması bir ulusal sorumluluk gibi görülür.
Katılma	İsteğe bağlıdır. Hem sigortalı hem de sigortacı kendilerine göre pazarlık yapma özgürlüğüne sahiptir. Sigortalı prim ödeyip ödememe, sigortacı da sigortalayıp sigortalamama hakkına sahiptir.	Zorunludur; bireylerin risklere karşı korunması ve riskler karşısında eşit muamele görmeleri evrensel bir ilkedir. Sigorta, kötü riskleri dışlayamaz.
Prim Düzenlemesi	Primler sigortalının sigortalandığı riske ne ölçüde maruz kalma olasılığı bulunduğuna göre belirlenir. "Risk oranı" farklı kişilerin sağlamak istedikleri yarara Göre farklı prim ödemelerini gerektirir.	Katkı olarak tanımlanan primler üyeler arasındaki karşılıklı yardımlaşmanın gereği olarak, dayanışma temeline oturur ve gelirin 'sabit bir yüzdesi üzerinden hesaplanır.

Özel Sağlık Sigortasının Fiyatını Belirlemede Objektif ve Sübjektif Rizikolar

- **Riziko;** henüz gerçekleşmemiş, gerçekleşmesi olası, sigortalının kendi iradesi dışında gerçekleşecek, gelecekteki tehlikelere karşı teminat altına almak istediği risklerin sigortalıya zarar verme olasılığıdır.
- Özel sağlık sigortasında fiyat belirlemede aşağıda belirtilen Objektif ve Sübjektif rizikolar önemli rol oynamaktadır.

- **Objektif rizikolar;** yaş, cinsiyet, medeni hal, sportif faaliyetler, oturulan yer, iklim şartları gibi dış faktörlere bakılarak tanımlanan rizikolardır.
- **Sübjektif rizikoyu** ise vücut yapısı, bünyesel özellikler, eğilimler (Sigara, alkol, vb.), kalıtımsal özellikler, ailede genetik yatkınlıklar, sağlık durumu ve geçmişi gibi iç faktörler belirler.
- Bu harici ve dahili faktörlerden oluşan rizikolar Özel Sağlık Sigortalarının fiyatını doğrudan belirleyen veya en azından etkileyen yaşamsal önemi olan ayırt edici unsurlardır.

- **Yaş:** Sigortalanacak kişi ne kadar yaşlı olursa hastalık ihtimali o derece artar. Bu nedenle Özel Sağlık Sigortası tarifeleri genellikle yaşa, daha doğrusu sigortaya giriş yaşına göre kademelendirilir. Bu arada çoğunlukla, 25 yaşa kadar veya 26-30 yaş arası gruplar oluşturulur.
- İlerleyen yaşla birlikte sigortacının rizikosu da artacağı için zorunlu olarak, hastalık sigortalarına has bir kural olan telafi ya da dengeleme prensibi uygulanarak daha yüksek bir fiyat hesaplanır.

- Sosyal Sağlık Sigortacılığında ise yaş ve cinsiyet hiçbir rol oynamadığı gibi, fiyat hesabında sadece gelir seviyesi dikkate alınır ve aile içinde tek bir sigortalı ile birlikte (bakmakla mükellef kimseler kapsamında) daha kaç kişinin sigorta kapsamına girildiğine bakılmamaktadır.

- **Cinsiyet:** Kadın erkek arasındaki eşitlik ilkesi bir kamu hukuku kavramıdır. Özel hukuk alanında ise örneğin iş hukukunda olduğu gibi, kadın ve erkeğin hakları ve tabi olacakları statü yasa ile belirlenir. Sigorta hukukunda ise, böyle düzenlemeler yer almamakta, daha çok dengeleme prensibi uygulanarak primin riziko ve dolayısı ile örneğin cinsiyet ile bağlantısı ön plana çıkartılmaktadır.

- Kadınların genellikle erkeklere nazaran sağlık sigortalarında daha sık tazminat talebinde bulundukları, buna karşın genellikle erkeklerden daha uzun yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları primleri kadınlarda daha yüksektir.
- Kadınların özel sağlık sigortalarında rizikolarının daha yüksek oluşu sadece **gebelik ve doğum olayından** kaynaklanmamakta, bu doğal gerçekler, rizikoyu daha az etkilemekte, asıl neden kadının **vücut ve bünye yapısındaki, farklılıktan ve harici faktörlere verilen aşırı önemden** kaynaklanmaktadır.
- **Kadınlardaki uzun yaşam olgusu**, uzayan yaşlılık döneminde karşılaşılması kaçınılmaz hastalıklar sebebi ile rizikoyu ağırlaştıran ayrı bir neden olarak düşünülmektedir.

- **Sağlık Durumu, Önceden Geçirilmiş Hastalıklar:**
Özel Sağlık Sigortacısı, teminat talebinde bulunan bir kimsenin, her şeyden önce hali hazır sağlık durumu ve sağlık geçmişi hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
 - Geçmişte geçirilen hastalıklara rağmen ancak bunları dikkate alarak teminat verilmesi ise sigorta olmak isteyenlerin lehine bir gelişmedir.
 - Böyle durumlarda sağlık geçmişinde yer alan hastalıkların yapılacak sigorta dönemi için rizikoyu ağırlaştırıp ağırlaştırmadığına bakılır.
 - Örneğin geçirilmiş bir nezle ile yıllarca geride kalmış olsa bile tümörel mide hastalıklarının etkisi farklı olmaktadır.

- **Sigara İçme ya da İçmeme Durumu:** Sigara içenler için tıbbi maliyetler daha yüksek olmaktadır. Bu grup, sigara içmenin doğal sonucu olarak kendini gösteren kalp hastalıkları, akciğer kanseri gibi birçok hastalığa yakalanma eğilimindedirler. Sigortacılar, bu nedenle sigara içenlere ya daha yüksek tarifeler uygulamakta ya da sigara içmeyenlere prim indirimi yapmaktadırlar.

- **Spor Yapma Durumu:** Özel Sağlık Sigortalarında lisanssız kişilerce yapılan tüm sporlar (futbol, basketbol, voleybol, hentbol, tenis, masa tenisi, koşma, kayak, bowling, golf, squash ve yüzme dışında) ile lisanslı kişilerce yapılan her türlü spor sonucu oluşan teşhis tedavi masrafları ve ayrıca her türlü yarışa (lisanslı/lisanssız) iştirak sonucu oluşan teşhis ve tedavi masrafları kapsam dışı bırakılmaktadır.

Özel Sağlık Sigortasının Potansiyel Avantaj ve Dezavantajları

- avantajları
 - Göreceli olarak daha **varlıklı insanların kendini finanse etmesine olanak tanınması** ve böylece hükümetlerin sınırlı kamu kaynaklarını yoksul ve özel sağlık sigortasına erişimi zor kesimlerin sağlık hizmeti sunumu için kullanılmasına fırsat tanınması
 - Hem zengin hem de fakirlerin faydalarına olabilecek ek kaynak kazandırması
 - Esnekliği ve kar odaklı olma özellikleri ile kamu sektörü için yenilik ve etkinliği özendirilmesi bakımından itici güç olması,
 - Tüketiciler için seçim olanaklarını artırması.

- potansiyel dezavantajlar :
 - *Sağlık hizmetlerinin sık kullanılması*: Sigorta kapsamında olan bir kişi daha çok ve daha sık sağlık hizmeti tüketmeye yöneltecektir.

- *Karşılıklı iyi niyet prensibine uymama:* Kişi sigortalandıktan sonra yanlış beyanda bulunarak iyi niyet prensibini suistimal edebilmektedir.
- Sağlık hizmeti alacak olanın, bu hizmete gerçekten ihtiyacı olmalıdır.
- sağlık hizmeti alınması sırasında doğacak giderlerin özel sağlık sigortasınca karşılandığı durumlarda kişilerin suistimal söz konusu olmaktadır.

- *Farklı sağlık beyanında bulunma:* Ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve gelir düzeyinin düşüklüğü bireylerin risk oranı ortaya çıktıktan sonra, sigortaya yönelmelerine neden olmaktadır.
- Kişi sağlık beyanını doldururken, sağlık durumunu olduğundan farklı gösterebilmekte, önceden geçirdiği hastalıkları ve ailesinde var olan, kalıtsal olarak taşıması muhtemel rahatsızlıkları beyan etmemektedir.

- *Maliyetlerin düşülmesi:* Sağlık hizmet sonuçlarının verimsizlikleri tespit edilmeli ve daha akılcı çözümler aranmalıdır. Sevk zincirinin uygun şekilde işletilmesi sigortalıların hastaneyi daha az kullanmasına ve dolayısıyla hasar/prim oranlarının daha yüksek seyretmesine faydalı olacaktır. Denetim mekanizmaları geliştirmelidir. Mevcut sistemde şirketlerin, özel hastane faturalarının yüksekliğinden yakındıkları gözlenmektedir. Kurulacak yeni denetim mekanizmalarından ziyade, özel sağlık kuruluşlarının sigorta şirketlerini "altın yumurtlayan tavuk" gibi görmemeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Zira şirketlerin sigortalı portföylerinin azalmasının aynı anda hastaneye yansıtacağı bilincinde olarak kısa vadeli düşünmekten uzaklaşmak zorundadırlar.

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

- sağlık hizmetleri finansmanında temel yöntemler
 - a. Kamu Gelirleri ile Finansman (Vergi Tabanlı Finansman Sistemi)
 - b. Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
 - c. Özel Sağlık Sigortası
 - d. Cepten Ödemeler
 - e. Tıbbi Tasarruf Hesabı
 - f. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası
 - g. Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)
 - h. Mikro Bankacılık
 - ı. Kamu Özel Ortaklığı

d. Cepten Ödemeler

- Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalar olup, hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. **Cepten ödemeler;**
 - doğrudan ödeme,
 - kullanıcı katkısı ve
 - enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir.

- 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir.
- Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur.

- **Doğrudan ödemeler;** sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemelerdir.
- **Kullanıcı katkıları;** güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir.
- **Enformel ödemeler** ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve formel olmayan ödemelerdir.

- *1. Doğrudan Ödemeler*
- Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir.
 - Bu ödemeler genellikle **özel hekim muayenelerine,**
 - **özel hastanelere**
 - **diş hekimlerine,**
 - **güvence kapsamı dışındaki ilaçlar için eczanelere,**
 - **laboratuvarlar** gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır.

- *2. Kullanıcı Katkıları*
- Kullanıcı katkılarının iki durumda kullanılabileceği belirtilmektedir.
 - sağlık harcamalarının genelde düşük ve düşmekte olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratmak amacıyla kullanılmasıdır.
 - sağlık harcamalarının yüksek olduğu ve hızla yükselmeye devam ettiği durumlarda, talebi azaltarak verimliliği artırmak ve maliyetleri kısıtlamak amacıyla kullanılmasıdır.

- 2003 yılında, Yunanistan, Kore, Meksika ve İsviçre’de cepten ödemelerin payı %30’ların üzerindedir. Bunun yanında; Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda’da ise cepten harcamaların payı %10 veya daha azdır.

- 2004 yılı için TSH içinde cepten sağlık harcamasına en fazla pay ayıran ülke %51 ile Meksika'dır. İkinci sırada %45 ile Yunanistan, üçüncü sırada %37 ile Kore yer almaktadır.
- Türkiye ise %19 ile 12. sıradadır. Cepten sağlık harcamasına en az pay ayıran ülke ise %7 ile Lüksemburg'dur. Bunu sırasıyla %8 ile Fransa, Hollanda ve %10 ile Çek Cumhuriyeti izlemektedir (OECD, 2006).

- Sağlık finansman kaynakları içerisinde kullanıcı katkılarının oranı arttıkça, finansman yükünün gelir düzeyi düşük olan bireyler ile sağlık durumu daha kötü olan bireylere kayma olasılığı artmakta ve toplumsal dayanışma azalmaktadır.

- Kullanıcı katkıları çoğunlukla talebin azalması ile sonuçlanmaktadır. Örneğin,
 - Almanya' da 2003 yılında kabul edilen bir yasayla getirilen ek kullanıcı katkıları, 2004 yılının ilk üç ayında hekime başvuru sıklığını yüzde 4,6 azaltmıştır.
 - Belçika, Danimarka ve İsveç'te ayakta tedaviler için kullanıcı katkısı başlatılması veya mevcut kullanıcı katkıları miktarının artırılması pratisyen hekime başvuruyu azaltmıştır.
 - Hollanda' da yatarak tedavilerde gün başına uygulanan kullanıcı katkısının artırılması, hastanede yatılan gün sayısını azaltmıştır.

- Kullanıcı katkılarını telafi etmek için özel sağlık sigortası yaptıranın oldukça yaygın olması, özel sağlık sigortasını daha yüksek gelirliilerin yaptıracğından hareketle, finansmanda adaleti bozmaktadır. Almanya' da kullanıcı katkıları yükü, düşük gelirli kronik hastalar üzerindedir.
- Bir araştırma, Almanya' da 2003 yılında kabul edilen ve kullanıcı katkılarını artıran yasanın 65 yaşın üzerindeki yaş grubu, kronik hastalar ve düşük emeklilik aylığına sahip olanların kullanıcı katkıları yükünü artıracğını göstermektedir.
- Bu nedenle bazı ülkelerde yüksek riskli ve düşük gelirli bazı gruplar kullanıcı katkılarından muaf tutulmaktadır.

- AB ülkelerinde bu tür sonuçlar doğuran kullanıcı katkılarının az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki adaletsiz yapıları daha da adaletsiz hale getireceği düşünülmektedir.
- A.B.D' de de kullanıcı katkılarının sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını azalttığı, ancak bireylerin gereksiz hizmetlerin yanısıra gerekli hizmetleri de kullanmaktan kaçındığını göstermektedir.
- Maliyet paylaşımı bu nedenle toplumun sağlık düzeyini ve özellikle de yoksul kesimleri olumsuz etkileme riski olan bir politikadır.

- *Enformel/Masa altından / Zarfla Ödemeler
(Informal/ Under the table / Envelope payments)*
 - Enformel ödemeler, genellikle kamu sektöründe çalışan sağlık personeline gerek tedavi sonrası "teşekkür hediyeleri", gerekse tedavi öncesi zarflarla sunulan "benimle özel olarak ilgilenin" paralarından oluşmaktadır.
 - Enformel ödemeler Tıpkı kayıt dışı ekonomiler gibi kayda geçmediği ve birçok ülkede yasadışı olduğu için miktarı konusundaki iddialar tartışmalıdır.

- **Enformel ödemelerin temel nedenleri;**
 - kamu sistemindeki finansal kaynak yetersizliği,
 - özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği,
 - hizmet sunucuları etkileme arzusu ve kültürel geleneklerdir.
- Bu ödemeler genellikle ülkelerin sağlık sistemlerinde finansal kontrolün ve denetimlerin dışında kalmaktadır.
- Ödemelerin sağlık kuruluşu yerine bireye yapılması da sistemin finansal olarak desteklenmesini engelleyen diğer bir sorundur.

- Enformel ödemeler de diğer cepten ödemeler gibi hakkaniyet ilkesini zedelemektedir, zira enformel ödeme gücü az olan bireylerin hizmetlerden eşit derecede yararlanmaları zorlaşabilmektedir.

- Ermenistan' da yürütülen niteliksel bir çalışma, enformel ödeme yapamayan bireylere, sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulmadığına ya da hizmetlerin geciktirildiğine işaret etmektedir.
- Bu tür ödemeler politikaların şeffaflığını etkilemekte, devlete olan güveni sarsmakta ve sağlık sistemlerine zarar vermektedir.

- Enformel ödemelerin en az düzeye indirilebilmesi için çözüm yada öncelikli adımlardan biri, hükümetin açık bir politik çerçeve çizerek enformel ödemelere karşı bir tavır sergilemesidir.
- Sağlık insan gücünün bütçe ile orantılı bir şekilde planlanması, sağlık çalışanlarının iş yükünün düzenlenmesi ve maliyet etkili hizmetlere öncelik verilmesi de sistem üzerindeki finansal yükü azaltacak ve çalışanları ek gelir elde etme yolundan uzaklaştıracaktır.

- *4. Cepten Ödemelerde Adalet*
- Kullanıcı katkıları uygulamasında adalet ancak, düşük gelirliler, emekliler ve kronik hastalar gibi gelir düzeyi düşük grupların etkili bir şekilde uygulama dışında tutulması ve bu yolla toplanan paraların gelir düzeyi düşük bireyleri sübvans etmek için kullanılması durumunda sağlanabilmektedir.

- Bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler, kullanıcı katkıları uygulamasında adaleti sağlamak konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Çünkü etkili bir muaf tutma yöntemi uygulansa ve katkılar gelir düzeyi düşük bireylerin sübvansiyonu için kullanılsa bile, bu yolla ek gelir sağlanması genellikle vergilerin azaltılmasına yol açmakta, bu durum da gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler açısından daha avantajlı bir durum yaratmaktadır.

- Hırvatistan'da cepten ödemelerle ilgili bir araştırma, en düşük gelir diliminde yer alanların gelirlerinin yüzde 5'ini kullanıcı katkıları için ödediklerini, diğer yandan en yüksek gelir diliminde yer alanların gelirlerinin yüzde 0,6' sını harcadıklarını göstermektedir.

- *5. Cepten Ödemelerde Verimlilik*
- Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratacağı öne sürülmekle birlikte bu sonuç şüphelidir. Çünkü katkıların ek kaynak yaratabilmesi için hastanın hizmeti kullanmaya devam etmesi gerekmektedir. Halbuki bu durumda hizmetin kullanımı azalacağından ek gelir yaratma kapasitesi de azalacaktır.
- Ayrıca, muafiyetler nedeniyle kullanıcı katkılarını toplamak, ek yönetim maliyeti getireceğinden, kullanıcı katkıları yoluyla elde edilecek ek gelirin anılan maliyetlerin üstünde olması gerekmektedir.

- **cepten harcamaların yoksulluk sınırına çektiği bireyler ya da hane halklarının sağlık hizmeti kullanımının azalması durumunda**, zaman içinde sağlık düzeyleri daha da olumsuz etkilenmekte ve sağlık sistemine daha büyük yük getirebilmektedirler.
- Yoksulların, sağlığın sosyal belirleyicileri (düşük eğitim, işsizlik, olumsuz barınma koşulları, kronik stres vb) açısından risk grubunda oldukları, bu nedenle pek çok hastalık açısından risklerinin daha yüksek ve beklenen yaşam sürelerinin daha kısa olduğu bilinmektedir.

- Cepten harcamaların yüksek olduğu ülkelerde düşük gelirli kesimler hizmetlerden yararlanamadıklarında mevcut hastalıkları ilerlemekte, toplumun hastalık yükü ve sağlık harcamaları artmakta, işgücü kayıpları ile birlikte ekonomi de olumsuz etkilenmektedir.
- Dolayısıyla yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasının etkisi sadece yoksul kesimlere değil, aslında tüm topluma yansımaktadır.

- DSÖ, düşük maliyetli, öngörülebilir ihtiyaçlar dışında, özellikle düşük gelir gruplarının gerekli sağlık hizmetleri kullanımına olan olumsuz etkisi dolayısıyla kullanıcı katkılarının bir finansman yöntemi olarak seçilmemesini önermektedir.
- DSÖ'ye göre kullanıcı katkıları, ancak gereksiz/ihtiyacın ötesinde kullanıldığı kanıtlanmış bazı özel müdahalelerin kullanımını azaltmak için uygulanabilir.