TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Ekonomik, Finansal, Hukuki ve Sektörel Bir İnceleme

ABDULRAHİM AKBULUT

Akademik araştırma makalesi
2026

ÖZET

Bu makale, Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının ekonomik, finansal, hukuki ve sektörel boyutlarını incelemektedir. Araştırmanın temel amacı; özel sağlık sigortasının sağlık finansmanı içindeki konumunu, tamamlayıcı sağlık sigortasıyla ilişkisini, sigorta şirketlerinin risk ve maliyet yönetimini, tüketici haklarını ve sektörün gelişme dinamiklerini bütüncül biçimde değerlendirmektir. Çalışmada resmî istatistikler, sektör raporları ve yürürlükteki mevzuat esas alınmaktadır. TÜİK'in 2024 yılı sağlık harcamaları verileri, Türkiye'de sağlık finansmanında kamu kaynaklarının ağırlığını koruduğunu; sigorta şirketlerinin toplam sağlık harcamalarının finansmanındaki payının ise sınırlı kaldığını göstermektedir. Buna karşılık Türkiye Sigorta Birliği verileri, hastalık/sağlık sigortası branşında prim üretiminin son yıllarda nominal olarak önemli ölçüde büyüdüğüne işaret etmektedir. Bu büyümenin reel karşılığının anlaşılması için enflasyon, sigortalı sayısı, poliçe başına prim, hasar maliyeti ve yenileme oranı gibi göstergelerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Makale, sektörün mevcut yapısını tanımlamanın yanı sıra erişilebilirlik, sürdürülebilirlik, risk havuzunun dengesi ve dijital dönüşüm gibi konuları da analiz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık finansmanı, risk yönetimi, sigorta ekonomisi, Türkiye.

ABSTRACT

This article examines the economic, financial, legal and sectoral dimensions of private health insurance in Türkiye. It focuses on the position of private health insurance within the health financing system, its relationship with complementary health insurance, insurers' risk and cost management, consumer rights and market development. The study uses official statistics, industry reports and applicable legislation. It considers both the nominal expansion of the health insurance market and the structural issues affecting affordability, risk pooling and long-term sustainability.

Keywords: Private health insurance, complementary health insurance, health financing, risk management, Türkiye.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ 4

ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ 4

1. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ KAVRAMSAL VE EKONOMİK TEMELLERİ 5

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ KURUMSAL YAPISI 7

3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ VE POLİÇE YAPILARI 11

4. PRİM HESAPLAMA YÖNTEMLERİ VE AKTÜERYAL DEĞERLENDİRME 14

5. SAĞLIK ENFLASYONU, SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINA ETKİLERİ 18

6. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA HASAR YÖNETİMİ, TAZMİNAT SÜREÇLERİ VE SUİSTİMAL RİSKİ 22

7. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA HUKUKİ DÜZENLEMELER, TÜKETİCİ HAKLARI VE SÖZLEŞME İLİŞKİSİ 26

8. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI PİYASASI, REKABET VE SEKTÖREL GELİŞİM 32

9. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA SORUNLAR, RİSKLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ 37

10. SONUÇ, GENEL DEĞERLENDİRME VE GELECEĞE YÖNELİK ÖNGÖRÜLER 43

KAYNAKÇA 47

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini ve toplumsal refahı doğrudan etkileyen temel hizmet alanlarından biridir. Hastalıkların ortaya çıkış zamanı, tedavi süreci ve sağlık hizmetlerinin maliyeti önceden kesin biçimde bilinemez. Bu belirsizlik, sağlık harcamalarını bireyler ve hanehalkları açısından önemli bir finansal risk hâline getirir. Özellikle yüksek maliyetli tedaviler, uzun süreli bakım ihtiyacı, ileri tanı yöntemleri ve sağlık hizmeti fiyatlarındaki artış, beklenmedik harcamalara karşı finansal koruma mekanizmalarının önemini artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerine, ekonomik yapılarına ve kamu politikalarına göre farklılık gösterir. Birçok ülkede kamu kaynakları, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve hanehalklarının doğrudan ödemeleri birlikte kullanılmaktadır. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kamu temelli sağlık güvencesinin ana unsurlarından birini oluştururken, özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası farklı ihtiyaçlara yönelik ek teminat ve finansman seçenekleri sunmaktadır.

Özel sağlık sigortacılığının gelişimini yalnızca sigorta şirketlerinin prim üretimindeki artış üzerinden değerlendirmek yeterli değildir. Sigortalı sayısı, poliçelerin yenilenebilirliği, primlerin hanehalkı gelirlerine oranı, sağlık hizmeti maliyetleri, hasar sıklığı, anlaşmalı kurum ağları ve tüketici haklarının korunması birlikte ele alınmalıdır. Ayrıca cari fiyatlarla görülen prim artışının enflasyondan arındırılmış reel büyümeyle aynı anlama gelmediği unutulmamalıdır.

Bu araştırma, Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının mevcut yapısını ortaya koymayı; sektörün sağlık finansmanı içindeki yerini, ürün çeşitliliğini, fiyatlama ve risk yönetimi esaslarını, mevzuat çerçevesini ve geleceğe ilişkin gelişme potansiyelini incelemeyi amaçlamaktadır.

ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ

Araştırmanın amacı

Çalışmanın amacı, Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının ekonomik ve kurumsal konumunu analiz etmek; özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının farklı işlevlerini açıklamak; pazarın büyüme dinamiklerini ve uzun vadeli sürdürülebilirliğini etkileyen unsurları değerlendirmektir.

Araştırmanın kapsamı

Araştırma Türkiye özelinde yürütülmektedir. Çalışma; sağlık finansmanının genel yapısını, özel sağlık sigortası ürünlerini, sigorta şirketlerinin faaliyet modelini, prim ve hasar dinamiklerini, aktüeryal fiyatlamayı, sağlık hizmeti sunucularıyla ilişkileri, mevzuatı, tüketici haklarını ve dijitalleşme başlıklarını kapsamaktadır. Uluslararası karşılaştırmalar, karşılaştırılabilir ve güvenilir veri bulunan başlıklarda ele alınacaktır.

Araştırmanın yöntemi

Çalışmada doküman incelemesi, ikincil veri analizi ve betimsel istatistik yöntemlerinden yararlanılmaktadır. TÜİK, Türkiye Sigorta Birliği ve ilgili düzenleyici kurumların yayımladığı resmî veriler öncelikli kaynak kabul edilmektedir. Kullanılan göstergelerin dönemi, tanımı ve kapsamı belirtilerek farklı sınıflandırmalara dayanan verilerin doğrudan karşılaştırılmasından kaçınılacaktır.

Nominal prim üretimi ile enflasyondan arındırılmış reel değişim birbirinden ayrılacaktır. Brüt prim üretimi, kazanılmış prim ve ödenen hasar gibi teknik göstergeler kendi tanımları çerçevesinde yorumlanacaktır. Veri bulunmayan alanlarda tahminler gerçek istatistik gibi sunulmayacak; gerekli durumlarda veri kısıtı açıkça belirtilecektir.

1. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ KAVRAMSAL VE EKONOMİK TEMELLERİ

1.1. Sağlık riski ve finansal belirsizlik

Sağlık riski, bireyin hastalık, kaza, tanı, tedavi veya rehabilitasyon ihtiyacı nedeniyle sağlık hizmeti talep etmesi ve bu süreçte maliyetle karşılaşması olasılığını ifade eder. Bu riskin başlıca özelliği, gerçekleşme zamanının ve mali büyüklüğünün önceden kesin olarak bilinememesidir. Benzer yaş ve yaşam koşullarına sahip bireylerin sağlık hizmeti kullanım sıklıkları ve karşılaştıkları maliyetler farklılık gösterebilir. Bu nedenle sağlık harcamaları, bireysel bütçeler açısından belirsizlik ve finansal kırılganlık yaratabilir.

Sağlık sigortası, belirli sağlık risklerinin finansal sonuçlarını sözleşme koşulları çerçevesinde sigortacıya aktararak bu belirsizliği azaltmayı hedefler. Sigortalı, teminat karşılığında prim öder; sigortacı ise poliçede tanımlanan risk gerçekleştiğinde ve sözleşme şartları yerine getirildiğinde ilgili giderleri karşılamayı taahhüt eder. Bu taahhüt sınırsız değildir. Teminat limitleri, istisnalar, bekleme süreleri, muafiyetler, katılım payları ve anlaşmalı kurum ağı poliçenin gerçek koruma düzeyini belirler.

1.2. Risk havuzu ve sigortacılık mekanizması

Sigortacılığın ekonomik temeli, benzer risklere maruz kalan çok sayıda kişinin prim katkılarının ortak bir havuzda toplanması ve gerçekleşen hasarların bu havuzdan karşılanmasıdır. Risk havuzu, tek bir kişinin yüksek tutarlı sağlık gideriyle karşılaşması durumunda ortaya çıkabilecek mali yükü daha geniş bir topluluğa dağıtır. Sistemin etkin çalışması için yeterli sayıda sigortalının bulunması, risklerin doğru sınıflandırılması ve primlerin beklenen hasar maliyetleriyle uyumlu belirlenmesi gerekir.

Sağlık sigortasında risk havuzunun dengesi; yaş dağılımı, sağlık geçmişi, teminat kapsamı, coğrafi farklılıklar, sağlık hizmeti kullanım sıklığı ve tedavi maliyetlerinden etkilenir. Yüksek riskli kişilerin havuzda orantısız biçimde temsil edilmesi veya düşük riskli kişilerin fiyat nedeniyle sistemden ayrılması, ortalama hasar maliyetini yükseltebilir. Bu durum, sigortacılık literatüründe ters seçim ve risk havuzunun bozulması kavramlarıyla açıklanır.

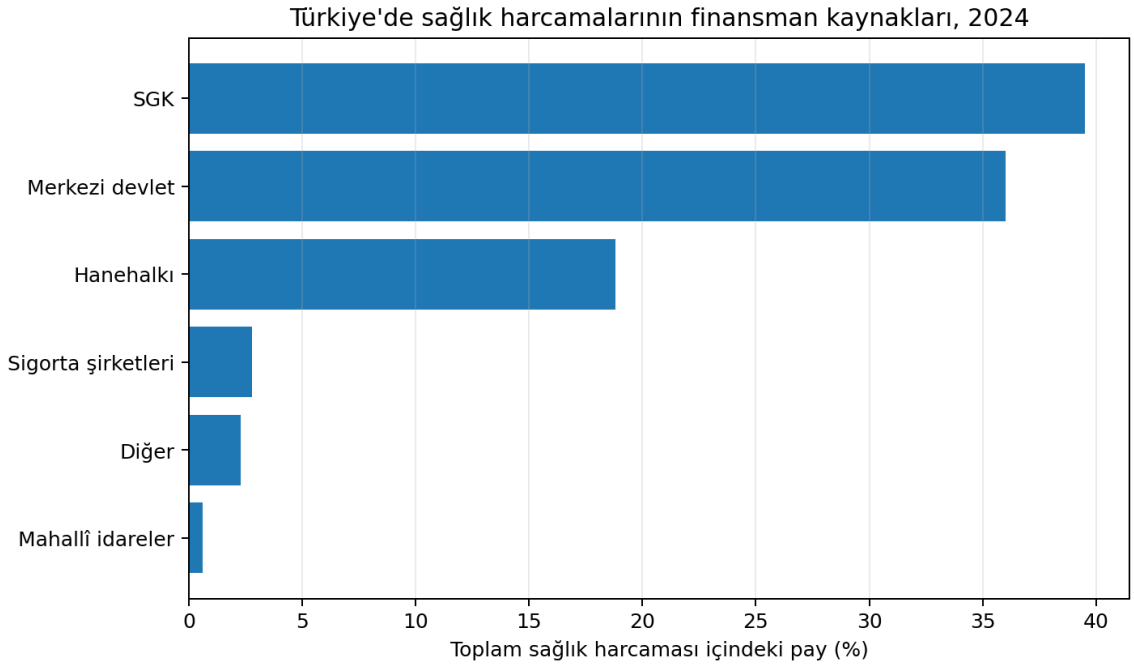
1.3. Özel sağlık sigortasının ekonomik işlevleri

Özel sağlık sigortasının ilk ekonomik işlevi finansal korumadır. Poliçe kapsamındaki giderlerin sigortacı tarafından karşılanması, bireyin beklenmedik sağlık harcamaları karşısında bütçe öngörülebilirliğini artırabilir. İkinci işlev, poliçenin kurum ağı ve teminatlarına bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişim seçeneklerini genişletmesidir. Üçüncü işlev ise sağlık risklerinin çok sayıda sigortalı arasında paylaştırılmasını sağlamasıdır.

Özel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimdeki bütün eşitsizlikleri ortadan kaldıran bir mekanizma değildir. Primlerin gelir düzeyine göre yüksek kalması, önceden mevcut hastalıklara ilişkin hükümler, bekleme süreleri, kurum ağı sınırlılıkları ve poliçe limitleri korumanın kapsamını daraltabilir. Bu nedenle sektörün toplumsal işlevi değerlendirilirken ürünlerin varlığının yanında erişilebilirliği ve sigortalıya sağladığı fiilî güvence de dikkate alınmalıdır.

1.4. Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman yapısı

TÜİK'in 2024 yılı Sağlık Harcamaları İstatistikleri'ne göre Türkiye'de toplam sağlık harcaması 2 trilyon 359 milyar 151 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bu tutar, 2023 yılına göre cari fiyatlarla yüzde 89,6 artışa karşılık gelmektedir. Finansman kaynakları içinde Sosyal Güvenlik Kurumunun payı yüzde 39,5, merkezi devletin payı yüzde 36,0, hanehalklarının cepten harcamalarının payı yüzde 18,8 ve sigorta şirketlerinin payı yüzde 2,8 olarak açıklanmıştır. (TÜİK, 2025).



Şekil 1. Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman kaynaklarına göre dağılımı, 2024. Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri.

Veriler, sağlık finansmanında kamu kaynaklarının belirleyici konumunu koruduğunu göstermektedir. Hanehalklarının cepten harcamalarının yüzde 18,8 düzeyinde olması, doğrudan ödeme yükünün de sağlık finansmanı içinde önemli bir yer tuttuğuna işaret etmektedir. Sigorta şirketlerinin yüzde 2,8'lik payı ise özel sigortanın toplam sağlık harcamalarının finansmanındaki mevcut konumunu göstermektedir.

Bu göstergenin yorumlanmasında kavramsal bir ayrım önemlidir: TÜİK'in finansman kurumlarına göre hesapladığı sigorta şirketleri payı, özel sağlık sigortası prim üretiminin toplam sağlık harcamasına oranı değildir. Sağlık harcamalarının hangi finansman kaynağı tarafından karşılandığını gösteren ulusal sağlık hesabı sınıflandırmasıdır. Bu nedenle sigorta sektörünün prim üretimi verileriyle aynı gösterge olarak değerlendirilmemelidir.

1.5. Hastalık/sağlık branşında prim üretiminin gelişimi

Türkiye Sigorta Birliği'nin sektör raporlarında hastalık/sağlık branşındaki brüt prim üretimi 2021–2025 döneminde cari fiyatlarla belirgin biçimde artmıştır. Bu artış, sağlık sigortacılığı pazarının nominal hacminin büyüdüğünü göstermektedir. Ancak nominal prim artışı tek başına sigortalı sayısının veya reel sigorta hizmeti miktarının aynı oranda arttığı anlamına gelmez. Sağlık hizmeti maliyetleri, poliçe başına prim, teminat kapsamı, yenileme fiyatları ve sigortalı bileşimindeki değişimler toplam üretimi etkiler.

Bu nedenle pazarın gerçek gelişimini değerlendirmek için prim üretimi verilerinin enflasyon göstergeleriyle birlikte incelenmesi; sigortalı sayısı, kişi başına prim, kazanılmış prim ve hasar göstergeleriyle desteklenmesi gerekir. İlerleyen bölümlerde bu değişkenler ayrı ayrı ele alınacaktır.

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ KURUMSAL YAPISI

2.1. Kamu ve özel finansman kanallarının birlikte işleyişi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu ve özel kaynakların bir arada bulunduğu karma bir yapı üzerinden yürütülmektedir. Genel Sağlık Sigortası, kamu temelli sosyal güvence sisteminin temel unsurlarındandır. Özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortaları, işverenler tarafından sağlanan grup poliçeleri ve hanehalklarının doğrudan ödemeleri ise sağlık finansmanının diğer bileşenlerini oluşturur. Bu kanalların kapsamları ve finansman işlevleri birbirinden farklıdır.

Kamu finansmanı, sağlık hizmetlerine erişimde sosyal güvenlik temelli bir çerçeve sunarken, özel sigorta ürünleri poliçeye bağlı ek teminat ve hizmet seçenekleri sağlayabilir. Bununla birlikte özel sigortanın kamu sisteminin yerini aldığı veya bütün sağlık giderlerini koşulsuz karşıladığı şeklinde bir değerlendirme doğru değildir. Her ürün, ilgili mevzuat ve poliçe sözleşmesi kapsamında ele alınmalıdır.

2.2. Genel Sağlık Sigortası ve SGK'nın rolü

Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde düzenlenen sosyal sağlık güvencesidir. SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı, yararlanma koşulları, sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemeler ve katılım paylarına ilişkin esaslar ilgili mevzuatla belirlenir. Sağlık Uygulama Tebliği, SGK'nın karşıladığı hizmetlerin ve ödeme esaslarının belirlenmesinde temel düzenleyici metinlerden biridir.

2.3. Özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının sistemdeki yeri

Özel sağlık sigortası, sigortalının poliçede tanımlanan sağlık giderlerinin teminat, limit ve istisnalar çerçevesinde karşılanmasını öngörür. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise genel olarak GSS kapsamındaki kişilerin SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından hizmet alırken karşılaşabilecekleri ve poliçe kapsamına giren belirli ilave giderlere yönelik koruma sağlar. İki ürünün kapsamı, kurum ağı ve yararlanma koşulları aynı değildir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasında SGK'nın ilgili hizmet için yaptığı ödeme, sağlık kuruluşunun mevzuat çerçevesinde talep edebileceği ilave ücret ve sigortacının poliçe uyarınca üstlendiği tutar arasında ilişki bulunur. Bu nedenle bir hizmetin SGK kapsamında bulunması, o hizmete ilişkin her türlü ilave bedelin otomatik olarak sigortacı tarafından karşılanacağı anlamına gelmez. Poliçe şartları, kurum anlaşmaları ve mevzuat birlikte incelenmelidir.

2.4. Sigorta şirketlerinin sektördeki işlevleri

Özel sağlık sigortası ürünlerini sunan sigorta şirketleri, sağlık risklerini değerlendiren, prim hesaplayan, poliçe düzenleyen ve sözleşme kapsamında gerçekleşen hasarları inceleyen kurumlardır. Bu faaliyetler yalnızca poliçe satışıyla sınırlı değildir. Şirketlerin ürün geliştirme, aktüerya, sağlık provizyonu, anlaşmalı kurum yönetimi, hasar inceleme, müşteri hizmetleri, iç kontrol ve risk yönetimi gibi işlevleri birlikte yürütmesi gerekir.

Sigorta şirketlerinin temel sorumluluklarından biri, üstlendikleri risklerin maliyetini doğru öngörerek yeterli prim ve teknik karşılık yapısını oluşturmaktır. Sağlık harcamalarının sıklığı ve şiddeti zaman içinde değişebildiği için geçmiş hasar verileri tek başına gelecekteki maliyetleri belirlemeye yetmez. Sağlık hizmeti fiyatları, yeni tedavi yöntemleri, yaş dağılımı, sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları ve mevzuat değişiklikleri de değerlendirmeye alınmalıdır.

2.5. Sağlık hizmeti sunucularının sistemdeki yeri

Özel hastaneler, tıp merkezleri, laboratuvarlar ve diğer sağlık hizmeti sunucuları, özel sağlık sigortacılığının hizmet üretim tarafını oluşturur. Sigorta şirketleriyle yapılan anlaşmalar, sigortalıların hangi kuruluşlarda hangi koşullarla hizmet alabileceğini belirler. Anlaşmalı kurum ağının kapsamı; coğrafi erişim, uzmanlık dalları, hizmet kalitesi ve fiyat anlaşmaları bakımından sigortalının poliçeden elde ettiği faydayı etkiler.

Sağlık kuruluşları açısından sigorta şirketleri, hizmet bedellerinin tahsilinde kurumsal bir ödeme kanalı oluşturabilir. Buna karşılık provizyon süreçleri, tıbbi gereklilik değerlendirmeleri, fatura kontrolleri ve ödeme takvimleri taraflar arasında operasyonel koordinasyon gerektirir. Hizmetin niteliği ile poliçe kapsamı arasındaki uyuşmazlıklar, sigortalı memnuniyetini ve taraflar arasındaki ticari ilişkiyi etkileyebilir.

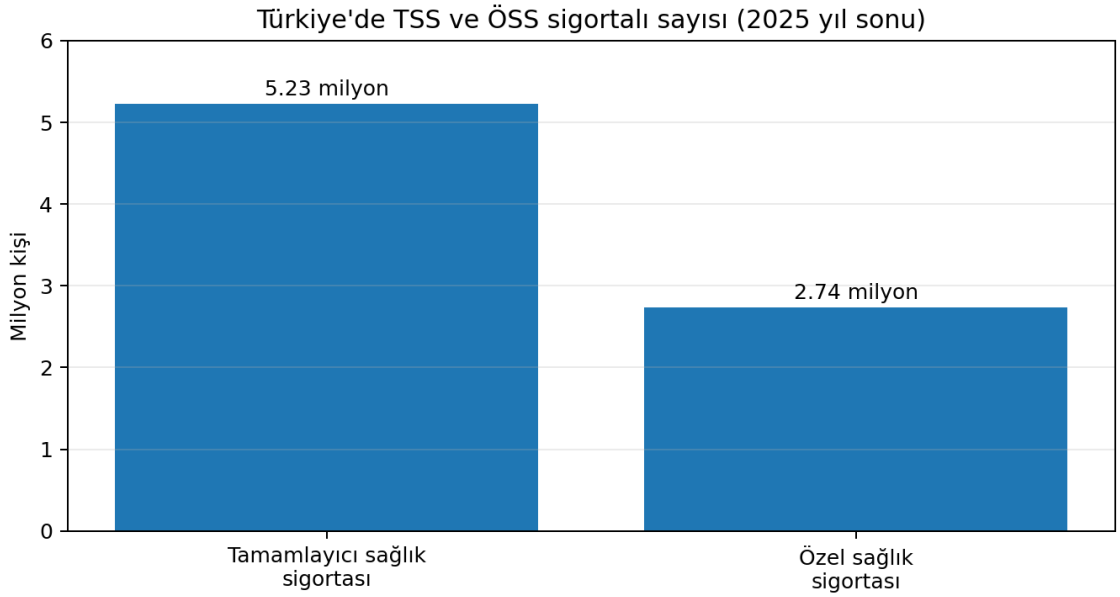
2.6. Dağıtım kanalları ve sigorta aracılarının rolü

Sağlık sigortası ürünleri sigorta acenteleri, brokerler, bankalar, doğrudan satış kanalları ve işverenler aracılığıyla müşterilere ulaştırılabilir. Dağıtım kanalının niteliği, müşteriye sunulan bilginin kapsamı ve satış sonrası hizmetin sürekliliği bakımından önem taşır. Özellikle sağlık sigortasında ürünün yalnızca prim tutarı üzerinden tanıtılması yeterli değildir; teminat limitleri, istisnalar, bekleme süreleri, anlaşmalı kurum ağı ve yenileme koşulları da anlaşılır biçimde açıklanmalıdır.

Sigorta acenteleri, müşterinin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve farklı poliçe seçeneklerinin karşılaştırılması sürecinde önemli bir danışmanlık işlevi üstlenir. Sağlık beyanının doğru ve eksiksiz verilmesi, başvuru sırasında sorulan soruların dikkatle yanıtlanması ve poliçe özel şartlarının anlaşılması, ileride ortaya çıkabilecek uyuşmazlıkların azaltılmasına katkı sağlayabilir. Satış sonrası süreçte yenileme takibi, adres ve iletişim bilgilerinin güncellenmesi, hasar veya provizyon sürecinde doğru yönlendirme de aracılık hizmetinin önemli parçalarıdır.

2.7. 2025 yılı sigortalı sayıları ve ürünlerin yaygınlığı

Türkiye Sigorta Birliği’nin 2025 yılı sektör verilerinde tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındaki sigortalı sayısı 5,23 milyon, özel sağlık sigortası kapsamındaki sigortalı sayısı 2,74 milyon olarak bildirilmiştir. Bu veriler, TSS’nin sigortalı sayısı bakımından ÖSS’den daha geniş bir tabana ulaştığını göstermektedir. Bununla birlikte sigortalı sayısı tek başına ürünlerin kapsamını, teminat kalitesini, kişi başına sağlık harcamasını veya sigorta şirketlerinin teknik kârlılığını açıklamaz. (TSB, 2026).



Şekil 2. 2025 yıl sonu itibarıyla tamamlayıcı sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası sigortalı sayıları. Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, 2025 sektör verileri.

İki ürün grubunun sigortalı sayılarının karşılaştırılması, tüketici talebinin ürün türlerine göre farklılaştığını göstermesi bakımından yararlıdır. Ancak karşılaştırmanın doğru yapılabilmesi için verilerin kapsadığı poliçe türleri, grup ve bireysel sigortalıların sayım yöntemi ve mükerrer kayıt ihtimali dikkate alınmalıdır. Bu nedenle söz konusu rakamlar, raporun istatistiksel tanımları çerçevesinde okunmalıdır.

2.8. Kurumsal yapıda koordinasyon ve denetim

Sağlık sigortacılığı, sigorta şirketleri ile sağlık kuruluşlarının ticari ilişkilerinden ibaret değildir. Faaliyetlerin yürütülmesinde sigortacılık düzenlemeleri, sağlık mevzuatı, kişisel verilerin korunması kuralları ve tüketici hukukuna ilişkin hükümler birlikte önem taşır. Sigorta şirketlerinin mali yeterliliği ve faaliyetleri ilgili sigortacılık düzenleyici çerçevesine tabidir. Sağlık hizmeti sunucuları ise sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta hakları, tıbbi kayıtlar ve faturalandırma bakımından ilgili sağlık mevzuatına uymak zorundadır.

Sağlık verileri özel nitelikli kişisel veri olduğundan, bu verilerin işlenmesi ve paylaşılması özel koruma kurallarına tabidir. Sigorta başvurusu, risk değerlendirmesi, provizyon ve hasar incelemesi süreçlerinde gerekli verilerin hukuka uygun, belirli amaçlarla ve ölçülü biçimde işlenmesi gerekir. Bu çerçevede veri güvenliği, erişim yetkilerinin sınırlandırılması ve bilgi sistemlerinin korunması sektörün kurumsal güvenilirliği açısından temel konulardır.

3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ VE POLİÇE YAPILARI

3.1. Ürün türlerinin sınıflandırılması

Özel sağlık sigortası ürünleri, sigortalı grubuna, teminat kapsamına, hizmetin niteliğine ve poliçenin satış biçimine göre farklı sınıflara ayrılabilir. Sigortalı grubuna göre bireysel, aile ve grup sağlık sigortaları; teminat yapısına göre yatarak tedavi, ayakta tedavi ve bunların birleşiminden oluşan kapsamlı poliçeler; ek teminatlara göre doğum, diş, gözlük veya diğer destekleyici teminatlar bulunabilir. Bu sınıflandırma, ürünlerin piyasadaki her şirket tarafından aynı adlarla ve aynı koşullarla sunulduğu anlamına gelmez.

3.2. Bireysel özel sağlık sigortası

Bireysel özel sağlık sigortası, tek bir kişinin ihtiyaçları ve risk özellikleri dikkate alınarak düzenlenen poliçedir. Prim hesaplamasında sigortalının yaşı, ikamet ettiği bölge, tercih ettiği sağlık kuruluşları, teminat kapsamı, limitler, muafiyetler ve sigortacının risk değerlendirme esasları etkili olabilir. Başvuru aşamasında sağlık beyanı alınması ve gerekli görülen durumlarda ek değerlendirme yapılması mümkündür.

Bireysel poliçelerde sigortalının ihtiyaçlarının doğru belirlenmesi önemlidir. Sadece düşük primli ürüne yönelmek, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin kapsam dışında kalmasına neden olabilir. Diğer taraftan gereksiz veya kullanılmayacak teminatların poliçeye eklenmesi de maliyeti artırabilir. Bu nedenle ürün karşılaştırması yapılırken primin yanında yıllık limitler, işlem alt limitleri, katılım payları, muafiyetler ve kurum ağı birlikte değerlendirilmelidir.

3.3. Aile sağlık sigortası

Aile sağlık sigortası, aynı aile içinde yer alan birden fazla kişinin tek bir ürün veya bağlantılı poliçeler kapsamında güvence altına alınmasını sağlayabilir. Aile poliçelerinde eş ve çocukların teminat kapsamına alınması, yaş sınırları, yeni doğan bebeğin poliçeye eklenmesi, aile bireylerinin sağlık beyanları ve prim hesaplaması şirketin ürün koşullarına göre değişir.

Aile poliçesinin avantajı, aile bireylerinin teminat ve yenileme süreçlerinin birlikte takip edilebilmesidir. Bununla birlikte her aile üyesinin sağlık geçmişi ve risk özellikleri farklı olabileceğinden, poliçenin tüm bireyler için aynı ölçüde uygun olduğu varsayılmamalıdır. Aile poliçesi değerlendirilirken kişi bazında teminat, limit ve istisnalar ayrıca incelenmelidir.

3.4. Kurumsal ve grup sağlık sigortası

Grup sağlık sigortası, işveren veya başka bir tüzel kişi tarafından belirli bir çalışan ya da üye grubunun sigortalanması amacıyla yaptırılır. İşverenler açısından bu ürünler çalışan yan hakları paketinin bir parçası olabilir; çalışanlar açısından ise iş ilişkisi kapsamında sağlık giderlerine karşı ek güvence sağlar. Grup poliçelerinde primin belirlenmesinde grubun büyüklüğü, yaş dağılımı, geçmiş hasar deneyimi, teminat seviyesi ve katılım koşulları etkili olabilir.

Kurumsal poliçelerde işverenin sigorta şirketiyle yaptığı sözleşme, çalışanların hangi koşullarda poliçeden yararlanacağını belirler. İşten ayrılma, emeklilik, ücretsiz izin veya grup kapsamının sona ermesi gibi durumlarda sigortalılığın devam edip etmeyeceği ve bireysel poliçeye geçiş imkânları sözleşme ve mevzuat çerçevesinde değerlendirilmelidir.

3.5. Yatarak tedavi teminatı

Yatarak tedavi teminatı, poliçe şartlarına göre hastanede yatış gerektiren tedavi ve işlemlere ilişkin uygun giderleri kapsayabilir. Ameliyat, hastane yatışı, yoğun bakım, oda ve refakatçi giderleri ile bazı ileri tedavi uygulamaları ürünün kapsamına göre teminat altında olabilir. Ancak hangi giderlerin karşılanacağı, günlük veya vaka başına limitler, anlaşmalı kurum şartları ve tıbbi gereklilik değerlendirmesi poliçede açıkça tanımlanmalıdır.

Yatarak tedavi teminatı, yüksek maliyetli sağlık risklerine karşı önemli bir finansal koruma sağlayabilir. Bununla birlikte poliçenin yalnızca yatarak tedaviyi kapsaması, ayakta muayene, ilaç veya rutin kontrollerin de karşılanacağı anlamına gelmez. Bu ayrımın sigortalıya satış öncesinde açık biçimde anlatılması gerekir.

3.6. Ayakta tedavi teminatı

Ayakta tedavi teminatı, hastaneye yatış gerektirmeyen muayene, laboratuvar tetkiki, görüntüleme ve poliçede belirtilen diğer sağlık hizmetlerini kapsayabilir. Bu teminatın kullanımında yıllık muayene adedi, toplam limit, işlem başına limit, katılım payı ve anlaşmalı kurum koşulları belirleyici olabilir. Bazı ürünlerde ayakta tedavi teminatı yatarak tedavi teminatına ek olarak sunulurken, bazı ürünlerde kapsam daha sınırlı olabilir.

Ayakta tedavi teminatının ekonomik değeri, sigortalının sağlık hizmeti kullanım sıklığı ve poliçenin limitleriyle ilişkilidir. Çok sayıda muayene veya tetkik ihtiyacı bulunan kişiler açısından teminatın yıllık kullanım sınırları önem taşırken, düşük kullanım sıklığına sahip kişiler için daha yüksek primli geniş kapsamlı bir planın maliyet-fayda dengesi farklı olabilir.

3.7. Doğum ve gebelik teminatları

Doğum teminatı, poliçenin özel şartlarına bağlı olarak gebelik takibi, doğum ve ilgili sağlık giderlerinin belirli koşullarda karşılanmasını sağlayabilir. Bu teminatlarda bekleme süresi, gebeliğin başlangıç tarihi, poliçenin yürürlük süresi, doğum şekli, limitler ve anlaşmalı kurum koşulları özellikle önemlidir. Poliçe satın alındıktan sonra başlayan her gebeliğin otomatik olarak teminat kapsamına girdiği düşünülmemelidir.

Doğum teminatı satın alınırken bekleme süresinin ne zaman başladığı, hangi giderlerin kapsandığı, yenileme döneminde teminatın devam koşulları ve yenidoğan bebeğin poliçeye alınma süreci yazılı olarak incelenmelidir. Bu başlık, tüketici açısından yüksek maliyetli ve zamanlamaya duyarlı bir teminat olduğundan, satış öncesi bilgilendirme özel önem taşır.

3.8. Ek teminatlar ve özel kapsamlar

Sigorta şirketleri temel sağlık teminatlarına ek olarak diş tedavisi, göz muayenesi, gözlük, fizik tedavi, psikolojik danışmanlık, check-up veya yurt dışı sağlık hizmetleri gibi farklı ek teminatlar sunabilir. Bu hizmetlerin kapsamı ve kullanım koşulları şirketten şirkete değişir. Bazı hizmetler poliçeye ek prim karşılığında dâhil edilirken, bazıları belirli kampanya veya ürün paketleri içinde sunulabilir.

Ek teminatların değerlendirilmesinde hizmetin gerçekten sigorta teminatı mı yoksa indirimli sağlık hizmeti avantajı mı olduğu ayrıştırılmalıdır. İndirim veya asistans hizmeti sunulması, ilgili giderin sigorta teminatı kapsamında karşılandığı anlamına gelmeyebilir. Bu nedenle ürün belgelerinde kullanılan ifadelerin ve ödeme yükümlülüğünün dikkatle incelenmesi gerekir.

3.9. Poliçe yapısında karşılaştırılması gereken temel unsurlar

Poliçe unsuru	İncelemede dikkat edilecek konu
Teminat kapsamı	Hangi tedavi ve hizmetlerin karşılandığı; kapsam dışı işlemler.
Yıllık ve işlem limitleri	Toplam yıllık limit, vaka başına limit ve alt limitler.
Muafiyet ve katılım payı	Sigortalının hangi tutar veya oranda ödeme yapacağı.
Bekleme süreleri	Belirli teminatların hangi tarihten itibaren kullanılabileceği.
Sağlık beyanı ve istisnalar	Önceden mevcut hastalıklar ve beyan yükümlülükleri.

Poliçe unsuru	İncelemede dikkat edilecek konu
Anlaşmalı kurum ağı	Hangi hastane, hekim ve sağlık kuruluşlarında geçerli olduğu.
Yenileme koşulları	Poliçenin devamı, prim değişikliği ve varsa ömür boyu yenileme garantisi şartları.
Hasar ve provizyon yöntemi	Doğrudan ödeme, geri ödeme, belge ve başvuru süreçleri.

4. PRİM HESAPLAMA YÖNTEMLERİ VE AKTÜERYAL DEĞERLENDİRME

4.1. Sağlık Sigortasında Prim Kavramı

Özel sağlık sigortasında prim, sigortacının belirli bir teminat dönemi boyunca üstlendiği sağlık gideri riskinin karşılığında sigortalıdan tahsil ettiği bedeldir. Prim yalnızca geçmiş yıl hasarlarının basit bir ortalaması değildir. Aynı zamanda gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık sıklığını, tedavi maliyetlerini, sigortalı grubunun yaş ve sağlık özelliklerini, sağlık hizmeti fiyatlarındaki değişimi, poliçe kapsamını ve sigortacının operasyonel giderlerini dikkate alan ileriye dönük bir fiyatlama sonucudur.

Sağlık sigortasında fiyatlama güçlüğünün temel nedeni, hasarın hem gerçekleşme olasılığının hem de gerçekleştiğinde yaratacağı maliyetin belirsiz olmasıdır. Bir sigortalı yıl içinde hiç sağlık hizmeti kullanmayabilir; başka bir sigortalı ise yüksek maliyetli bir ameliyat, uzun süreli tedavi veya yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle poliçe priminin çok üzerinde bir tazminat talebinde bulunabilir. Bu nedenle prim hesaplaması tek bir kişinin beklenen giderinden ziyade, benzer risk özelliklerine sahip geniş bir sigortalı topluluğunun toplam beklenen hasarına dayanır.

4.2. Saf Risk Primi ve Beklenen Hasar

Aktüeryal fiyatlamanın başlangıç noktası saf risk primidir. Saf risk primi, sigortalı portföyünün beklenen hasar maliyetini karşılamak üzere hesaplanan ve idari gider, dağıtım gideri, sermaye maliyeti veya kâr yüklemesi gibi unsurları içermeyen teknik tutarı ifade eder. Hasar frekansı ve ortalama hasar şiddeti yaklaşımıyla basitleştirilmiş hesaplama şu şekilde gösterilebilir:

Saf Risk Primi = Beklenen Hasar Frekansı × Ortalama Hasar Tutarı

Hasar frekansı, belirli bir dönemde sigortalı başına beklenen hasar olaylarının sayısını; ortalama hasar tutarı ise gerçekleşen bir hasar olayının ortalama maliyetini ifade eder. Birden fazla teminat türü bulunan poliçelerde hesaplama, yatarak tedavi, ayakta tedavi, doğum, fizik tedavi ve benzeri teminatların her biri için ayrı ayrı yapılabilir. Böylece her teminatın toplam beklenen hasara katkısı daha açık biçimde izlenir.

Örneğin bir portföyde sigortalı başına yıllık beklenen hasar frekansının 0,45 ve bir hasar olayının ortalama maliyetinin 18.000 TL olduğu varsayılsın. Bu durumda kişi başına saf risk primi 8.100 TL olacaktır. Bu tutar gerçek bir şirket tarifesi veya piyasa ortalaması değildir; yalnızca aktüeryal yöntemin işleyişini göstermek amacıyla oluşturulmuş varsayımsal bir örnektir.

4.3. Teknik Prim, Gider Yüklemeleri ve Brüt Prim

Saf risk priminin poliçenin satış fiyatına dönüşebilmesi için belirsizlik ve risk marjı ile işletme giderleri dikkate alınır. Sigortacının hasar tahmininde sapma yaşama ihtimali, sağlık maliyetlerindeki beklenmeyen artışlar ve portföyün yeterli büyüklüğe ulaşmamış olması risk marjını önemli hâle getirir. Teknik prim, şirketin risk kabul ve fiyatlama esaslarına göre saf risk primine eklenen bu unsurları kapsar.

Brüt prim ise teknik primin yanı sıra poliçenin edinilmesi, düzenlenmesi, tahsilatı, müşteri hizmetleri, hasar yönetimi, bilgi teknolojileri ve dağıtım kanalı gibi faaliyetlerin maliyetlerini de karşılayacak şekilde belirlenir. Komisyon, vergi ve diğer yasal yükümlülüklerin uygulaması ürünün ve yürürlükteki mevzuatın özelliklerine göre değişebileceğinden, bunların tek ve değişmez bir oranla ifade edilmesi doğru değildir. Bu nedenle fiyatlama modelinde gider kalemleri ayrı ayrı izlenmelidir.

Varsayımsal örnekte 8.100 TL saf risk primine yüzde 15 belirsizlik ve risk marjı eklendiğinde 9.315 TL teknik tutara ulaşılır. Brüt primin yüzde 20'sinin gider ve diğer fiyatlama yüklemelerini karşılamak üzere ayrıldığı basitleştirilmiş bir modelde, brüt prim 9.315 / 0,80 = 11.643,75 TL olarak hesaplanır. Bu hesaplama, yüklemenin brüt prim içindeki pay olarak tanımlandığı bir örnektir; şirketlerin gerçek fiyatlama yöntemleri ve yasal kesintiler farklılık gösterebilir.

4.4. Prim Fiyatlamasında Kullanılan Başlıca Risk Değişkenleri

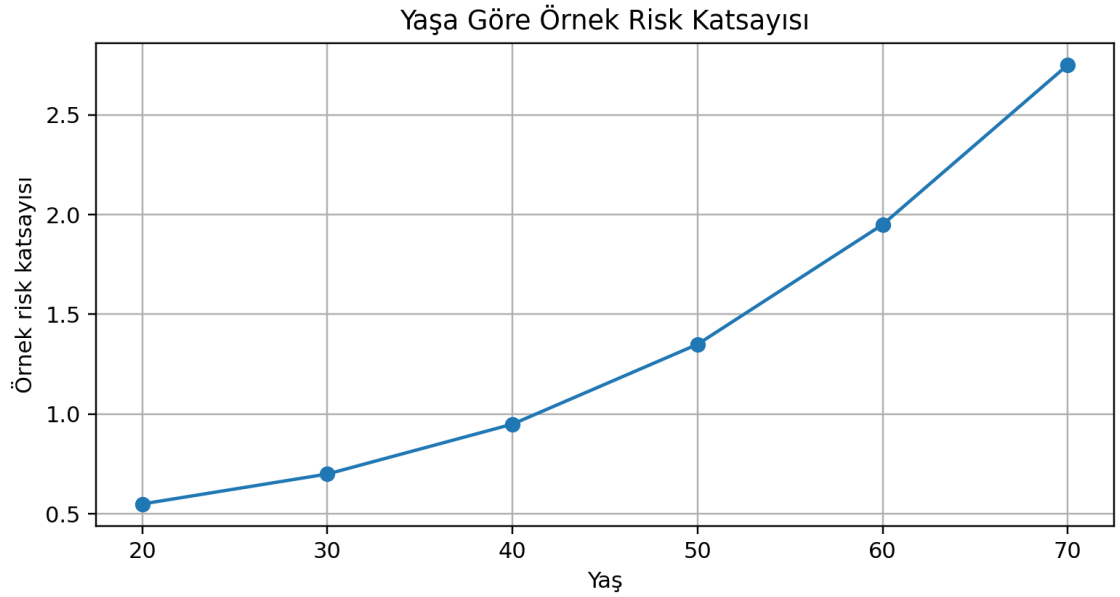
Sağlık sigortası primleri, sigortalının sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını ve beklenen maliyeti etkileyen çok sayıda değişkene bağlıdır. Bu değişkenlerin değerlendirilmesi, riskin doğru sınıflandırılması ve benzer risk grupları arasında fiyat tutarlılığının sağlanması bakımından önem taşır.

Değişken	Fiyatlamaya etkisi	Aktüeryal değerlendirme
Yaş	Yaş ilerledikçe bazı hastalıkların ve yüksek maliyetli tedavilerin olasılığı artabilir.	Yaş gruplarına göre hasar frekansı ve ortalama hasar analiz edilir.
Teminat kapsamı	Yatarak ve ayakta tedavi, doğum veya ek teminatlar beklenen maliyeti değiştirir.	Her teminatın beklenen hasar katkısı ayrı hesaplanır.
Sağlık geçmişi ve risk kabulü	Poliçe şartları çerçevesinde mevcut hastalıklar ve geçmiş tedaviler risk değerlendirmesini etkileyebilir.	Tıbbi beyan, risk kabul kuralları ve mevzuat birlikte dikkate alınır.
Coğrafi bölge ve sağlık ağı	Hastane ve hekim ücretleri ile sağlık hizmeti kullanım örüntüleri bölgesel farklılık gösterebilir.	Anlaşmalı kurum maliyetleri ve bölgesel hasar deneyimi incelenir.
Muafiyet ve katılım payı	Sigortalının hasarın bir bölümünü üstlenmesi sigortacının beklenen ödeme tutarını azaltabilir.	Muafiyet sonrası kalan net hasar yükü modellenir.
Hasar geçmişi	Geçmiş kullanım gelecekteki risk hakkında bilgi sağlayabilir; ancak tek başına kesin gösterge değildir.	Portföy deneyimi, güvenilirlik ve istatistiksel anlamlılıkla değerlendirilir.
Sağlık enflasyonu	Hizmet fiyatları ve tedavi teknolojilerindeki maliyet artışı beklenen hasarı yükseltebilir.	Tıbbi maliyet trendi ve kullanım sıklığı ayrı ayrı projekte edilir.

4.5. Yaş Faktörü ve Risk Sınıflandırması

Yaş, sağlık sigortası fiyatlamasında yaygın biçimde kullanılan risk değişkenlerinden biridir. Bununla birlikte yaş ile prim arasındaki ilişki her yaş aralığında aynı hızla artmaz. Çocukluk, genç yetişkinlik, orta yaş ve ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmeti kullanımının türü ve sıklığı farklılaşabilir. Bu nedenle sigortacılar yaş gruplarına göre hasar deneyimini inceleyerek tarife katsayıları oluşturabilir.

Aşağıdaki grafik, yaş ilerledikçe risk katsayısının yükseldiği varsayımsal bir fiyatlama eğrisini göstermektedir. Katsayılar herhangi bir sigorta şirketinin gerçek tarifesinden alınmamıştır; yalnızca yaş değişkeninin model içindeki etkisini açıklamak için oluşturulmuştur. Gerçek uygulamada katsayıların istatistiksel veriler, aktüeryal yeterlilik, ürün özellikleri ve mevzuat çerçevesinde belirlenmesi gerekir.



Şekil 3. Yaşa göre örnek risk katsayısı (varsayımsal model)

4.6. Hasar Frekansı, Hasar Şiddeti ve Portföy Deneyimi

Hasar frekansı, belirli bir dönemde gerçekleşen hasar sayısının maruz kalınan sigortalı süreye oranlanmasıyla ölçülebilir. Hasar şiddeti ise toplam hasar tutarının hasar sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu iki göstergenin birlikte izlenmesi, sağlık giderlerindeki artışın kullanım sıklığından mı yoksa birim hizmet maliyetlerinden mi kaynaklandığını anlamaya yardımcı olur.

Örneğin bir portföyde muayene sayısı artarken ortalama muayene bedeli sabit kalıyorsa toplam maliyet artışının temel nedeni kullanım sıklığıdır. Buna karşılık kullanım sayısı değişmediği hâlde hastane, laboratuvar veya ilaç maliyetleri yükseliyorsa artışın önemli bölümü hasar şiddetinden kaynaklanır. Fiyatlama ve ürün tasarımında bu ayrımın yapılması önemlidir; çünkü sıklığı azaltmaya yönelik önlemler ile birim maliyeti yönetmeye yönelik anlaşmalı kurum ve fiyat politikaları aynı araçlar değildir.

Portföy deneyimi değerlendirilirken yalnızca toplam ödenen tazminat tutarına bakılması yeterli değildir. Kazanılmış prim, kazanılmış sigortalı gün sayısı, muallak hasarlar, gerçekleşmiş ancak rapor edilmemiş hasarlar, yenileme oranı ve sigortalı profilindeki değişim de birlikte incelenmelidir. Aksi hâlde yeni iş üretiminin hızla arttığı bir dönemde

henüz tam olgunlaşmamış hasar verisi, gerçek risk düzeyini olduğundan düşük gösterebilir.

4.7. Sağlık Enflasyonu ve Fiyatlama Dönemi

Sağlık sigortasında primin belirlenmesi geçmiş dönem verilerine dayansa da poliçenin geçerli olacağı gelecek dönemin maliyetlerini karşılaması gerekir. Bu nedenle genel tüketici enflasyonu ile sağlık hizmetlerine özgü maliyet artışları birbirinden ayrılmalıdır. Hastane hizmet bedelleri, hekim ücretleri, tıbbi cihazlar, ilaçlar, laboratuvar hizmetleri ve ileri görüntüleme yöntemleri farklı maliyet dinamiklerine sahiptir.

Sağlık enflasyonu yalnızca fiyat artışından oluşmaz. Yeni tanı ve tedavi teknolojilerinin yaygınlaşması, daha önce uygulanmayan işlemlerin standart hâle gelmesi, yaşam süresinin uzaması ve sağlık hizmetlerine erişimin artması da toplam harcamayı etkileyebilir. Aktüeryal projeksiyonlarda fiyat etkisi ile kullanım ve teknoloji etkisinin ayrıştırılması, prim yeterliliği açısından daha sağlıklı sonuç verir.

4.8. Fiyatlama Modelinin Sürdürülebilirlik Açısından Değerlendirilmesi

Primlerin yalnızca kısa vadede rekabetçi görünmesi amacıyla beklenen hasarın altında belirlenmesi, ilerleyen dönemlerde teknik zarar ve yenileme primlerinde sert artış riski doğurabilir. Buna karşılık riskin gereğinden yüksek fiyatlanması, sağlıklı sigortalıların sistemden uzaklaşmasına ve risk havuzunun olumsuz yönde değişmesine neden olabilir. Bu iki uç arasında denge kurulması, özel sağlık sigortacılığının uzun vadeli sürdürülebilirliği bakımından temel bir yönetim sorunudur.

Sağlıklı fiyatlama; yeterli ve güncel veri, doğru risk sınıflandırması, şeffaf teminat tanımları, anlaşmalı sağlık kuruluşlarıyla etkin maliyet yönetimi ve düzenli aktüeryal izleme gerektirir. Ayrıca fiyat artışlarının sigortalıya açıklanabilir olması, yenileme davranışını ve sektöre duyulan güveni etkiler. Bu nedenle prim hesaplaması yalnızca teknik bir matematik işlemi değil, aynı zamanda tüketici koruması, rekabet ve sigorta sistemine erişimle bağlantılı bir politika alanıdır.

5. SAĞLIK ENFLASYONU, SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINA ETKİLERİ

5.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Önemi

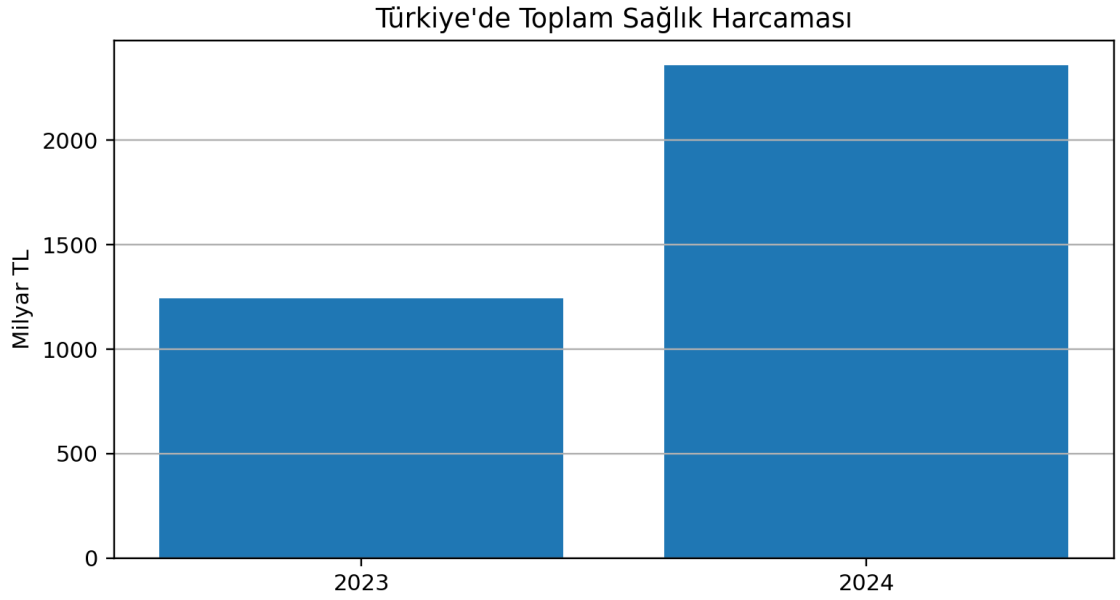
Sağlık harcamaları, hanehalkı refahı, kamu maliyesi, işgücü verimliliği ve sigorta sektörünün gelişimi üzerinde doğrudan etkili olan temel ekonomik göstergelerden biridir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı; kamu bütçesi, sosyal güvenlik sistemi, özel sigorta kuruluşları ve hanehalklarının doğrudan ödemeleri arasında paylaşılmaktadır. Bu kaynakların bileşimi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyini ve sağlık risklerinin ne ölçüde toplumsallaştırıldığını göstermektedir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının büyümesi, özel sağlık sigortacılığının faaliyet alanını genişleten unsurlardan biridir. Bununla birlikte toplam harcamadaki artış, özel sigorta primlerinin aynı oranda artacağı anlamına gelmez. Sigorta sektörünün büyümesi; sigortalı sayısı, kişi başına teminat düzeyi, poliçe yenileme oranı, sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmeler ve hasar maliyetlerinin yönetimi gibi başka değişkenlere de bağlıdır.

5.2. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Türkiye İstatistik Kurumunun 2024 yılı sağlık harcamaları istatistiklerine göre toplam sağlık harcaması 2 trilyon 359 milyar 151 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bir önceki yıla göre nominal artış yüzde 89,6'dır. Bu büyüklük, sağlık sektöründeki finansman ihtiyacının ve sağlık hizmeti maliyetlerinin ekonomik sistem içindeki ağırlığının arttığını göstermektedir. Ancak nominal artış, fiyat düzeyi değişiminden arındırılmadan reel hizmet miktarı artışı olarak yorumlanmamalıdır.

Sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde nominal ve reel büyüme ayrımı önemlidir. Nominal harcama artışı, hizmet fiyatlarındaki yükselişin yanı sıra hizmet kullanımındaki artıştan, nüfus yapısındaki değişimden, yeni tedavi yöntemlerinden ve sağlık hizmetlerine erişimin genişlemesinden kaynaklanabilir. Reel değerlendirme yapılabilmesi için uygun fiyat endeksleri ve sağlık hizmeti kullanım göstergeleri birlikte incelenmelidir.



Şekil 4. Türkiye'de toplam sağlık harcaması, 2023–2024 (milyar TL). Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2024.

Grafikte 2023 yılı toplam sağlık harcaması 1 trilyon 244 milyar 237 milyon TL, 2024 yılı toplam sağlık harcaması ise 2 trilyon 359 milyar 151 milyon TL olarak gösterilmiştir. Her iki değer de TÜİK'in sağlık harcamaları istatistikleri serisindeki cari fiyatlı tutarlardır. Dolayısıyla grafik nominal harcama değişimini göstermekte, reel sağlık hizmeti miktarındaki artışı tek başına ifade etmemektedir.

5.3. Sağlık Harcamalarının Finansman Bileşimi

Sağlık harcamalarının hangi kurum ve kaynaklar tarafından finanse edildiği, özel sağlık sigortasının sistem içindeki yerini anlamak bakımından önemlidir. TÜİK'in 2024 verilerinde finansman kurumları içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu, merkezi devlet, hanehalkları ve sigorta şirketleri ayrı başlıklar olarak izlenmektedir. Sigorta şirketlerinin payı toplam finansman içinde sınırlı olmakla birlikte, özel sigorta özellikle özel sağlık kuruluşlarına erişim, hizmet tercihi ve beklenmeyen yüksek maliyetlerin paylaşılması bakımından tamamlayıcı bir işlev üstlenebilir.

Finansman paylarının yorumlanmasında iki ayrım gözetilmelidir. İlk olarak, kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri ile özel sigorta tarafından finanse edilen hizmetler birbirinin tam ikamesi değildir. İkinci olarak, özel sağlık sigortası bulunan bireyler de sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki haklarını koruyabilir; dolayısıyla özel sigorta harcamaları, kamu finansmanının bütünüyle ortadan kalktığı anlamına gelmez. Bu

yapı, Türkiye'de kamu ve özel finansmanın birlikte bulunduğu çok katmanlı bir sağlık finansmanı modeline işaret etmektedir.

5.4. Sağlık Enflasyonunun Kaynakları

Sağlık enflasyonu, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında ve bu hizmetlerden yararlanmanın toplam maliyetinde ortaya çıkan artışları ifade eder. Sağlık hizmetleri emek yoğun bir yapıya sahiptir; hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin ücretleri toplam maliyetler üzerinde belirleyicidir. Buna ek olarak tıbbi cihaz, ilaç, sarf malzemesi, enerji, bina ve teknoloji yatırımları da hizmet sunum maliyetini etkiler.

Sağlık maliyetlerindeki artışın bir bölümü fiyat etkisinden, bir bölümü ise kullanım ve teknoloji etkisinden kaynaklanır. Daha ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması, yeni ilaçların tedavi süreçlerine girmesi, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların daha uzun süre izlenmesi toplam maliyeti artırabilir. Bu nedenle sağlık enflasyonu yalnızca genel tüketici fiyat endeksindeki değişimle açıklanamaz.

Özel sağlık sigortacıları bakımından sağlık enflasyonu, poliçenin yürürlükte olduğu dönemde beklenen hasar maliyetinin yükselmesi anlamına gelir. Primler yenileme dönemlerinde güncellenirken yalnızca genel enflasyon değil; anlaşmalı kurum fiyatları, branş bazında tedavi maliyetleri, ilaç ve tıbbi malzeme fiyatları ile sigortalıların sağlık hizmeti kullanım sıklığı da dikkate alınmalıdır.

5.5. Sağlık Enflasyonunun Sigorta Primlerine Aktarımı

Sağlık hizmeti fiyatlarındaki artış, sigortacının aynı teminatı sunabilmek için daha yüksek beklenen hasar karşılığı ayırmasını gerektirebilir. Ancak maliyet artışının primlere aktarılması otomatik ve bire bir değildir. Sigortacı; sağlık kuruluşlarıyla fiyat müzakeresi, alternatif hizmet ağı oluşturma, gereksiz veya tekrarlanan işlemleri kontrol etme, önleyici sağlık hizmetlerini destekleme ve ürün tasarımını gözden geçirme yoluyla maliyet baskısını azaltabilir.

Prim artışlarının sigortalı tarafından öngörülebilir ve anlaşılabilir olması da önem taşır. Yenileme fiyatındaki değişimin yalnızca tek bir oranla açıklanması, sigortalının hangi unsur nedeniyle daha yüksek prim ödediğini anlamasını güçleştirebilir. Yaş değişimi, teminat kapsamı, sağlık hizmeti maliyet trendleri, geçmiş dönem portföy hasarları ve ürünün genel fiyatlama güncellemesi ayrı bileşenler olarak açıklanabildiğinde tüketici güveni desteklenebilir.

5.6. Sağlık Kuruluşlarıyla Maliyet Yönetimi

Anlaşmalı sağlık kuruluşları ağı, özel sağlık sigortacılığında maliyet yönetiminin temel araçlarından biridir. Sigorta şirketleri hastaneler, tıp merkezleri, laboratuvarlar ve diğer hizmet sağlayıcılarla belirli fiyat ve işlem koşulları üzerinden anlaşmalar yapabilir. Bu sözleşmeler, sigortalının hizmete erişimini kolaylaştırırken sigortacı açısından maliyetlerin öngörülebilirliğini artırmayı amaçlar.

Maliyet yönetimi yalnızca hizmet bedelini düşürmeye indirgenmemelidir. Sağlık hizmetinin kalitesi, hasta güvenliği, klinik sonuçlar, gereksiz tetkik ve işlemlerin önlenmesi, doğru basamakta hizmet sunumu ve hasta memnuniyeti birlikte değerlendirilmelidir. En düşük fiyatı sağlayan kurumun her durumda en verimli kurum olduğu varsayılamaz. Bu nedenle sigortacılar için kalite ve maliyet göstergelerini birlikte izleyen bir satın alma yaklaşımı önemlidir.

5.7. Hanehalkı Bütçesi ve Özel Sigortaya Erişim

Sağlık harcamalarındaki artış, hanehalklarının doğrudan ödeme yükünü ve özel sigorta primlerini ödeme kapasitesini etkileyebilir. Gelir düzeyi düşük veya düzensiz olan gruplar açısından özel sağlık sigortası primleri erişim engeli oluşturabilir. Bu durum, özel sigortanın riskleri paylaşma işlevi ile ödeme gücü arasındaki dengeyi gündeme getirir.

Özel sağlık sigortasının yaygınlaşması için yalnızca ürün sayısının artırılması yeterli değildir. Teminatların anlaşılır biçimde sunulması, farklı gelir gruplarına uygun ürün tasarımları, şeffaf istisna ve bekleme süreleri, sürdürülebilir yenileme koşulları ve tüketicinin karşılaştırma yapabilmesi önemlidir. Aksi durumda sağlık maliyetlerindeki artış, özel sigortaya olan ihtiyacı artırırken aynı zamanda bu sigortaya erişimi zorlaştıran bir etki yaratabilir.

5.8. Sağlık Enflasyonu Karşısında Sektörel Stratejiler

Sağlık enflasyonunun yönetilmesi, sigorta şirketlerinin tek başına kontrol edebileceği bir alan değildir. Bununla birlikte şirketler aktüeryal veri kalitesini yükselterek, hizmet sağlayıcılarla uzun dönemli sözleşmeler kurarak, dijital hasar yönetimi sistemlerinden yararlanarak ve önleyici sağlık uygulamalarını destekleyerek maliyet oynaklığını sınırlayabilir. Sigortalıların sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilgilendirilmesi de uygun hizmete doğru zamanda erişimi kolaylaştırabilir.

Kamu otoritesi açısından ise sağlık finansmanı verilerinin düzenli ve karşılaştırılabilir biçimde yayımlanması, özel sigorta ürünlerinde şeffaflığın güçlendirilmesi ve tüketici haklarının korunması önem taşır. Sağlık hizmeti sunucuları, sigortacılar ve kamu kurumları arasında veri paylaşımının hukuka uygun ve güvenli biçimde geliştirilmesi, maliyet analizlerinin kalitesini artırabilir. Sonuç olarak sağlık enflasyonu, yalnızca prim artışı sorunu değil; sağlık hizmeti üretimi, finansmanı ve erişiminin birlikte ele alınmasını gerektiren yapısal bir konudur.

6. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA HASAR YÖNETİMİ, TAZMİNAT SÜREÇLERİ VE SUİSTİMAL RİSKİ

6.1. Hasar Yönetiminin Sigortacılık İçindeki Yeri

Özel sağlık sigortasında hasar yönetimi, sigortalının poliçe kapsamında sağlık hizmeti almasıyla başlayan ve ilgili giderin poliçe hükümlerine göre değerlendirilerek ödenmesi veya gerekçeli biçimde reddedilmesiyle sonuçlanan süreçlerin bütünüdür. Bu süreç, sigortacının mali sonuçlarını doğrudan etkilediği kadar sigortalının hizmete erişimini, memnuniyetini ve sigorta sistemine duyduğu güveni de belirler. Bu nedenle hasar yönetimi yalnızca muhasebe veya ödeme işlemi olarak değil, sigorta sözleşmesinin fiilen yerine getirildiği temel hizmet alanı olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık sigortasında hasarın niteliği, diğer birçok sigorta branşından farklıdır. Sağlık hizmeti çoğu zaman acil veya ertelenmesi güç bir ihtiyaçtan doğar. Sigortalının tedaviye ilişkin kararları tıbbi gereklilik çerçevesinde hekim tarafından verilirken, sigortacının incelemesi poliçe kapsamı, teminat limiti, istisnalar, bekleme süreleri ve sözleşmede yer alan diğer koşullarla sınırlıdır. Bu iki alanın birbirine karıştırılmaması, tıbbi kararın bağımsızlığı ve sigorta sözleşmesinin doğru uygulanması açısından önemlidir.

6.2. Hasar Bildirimi ve Ön Onay Süreci

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında tedavi öncesinde yürütülen provizyon veya ön onay süreci, sigortalının poliçesinin yürürlükte olup olmadığının ve talep edilen işlemin teminat kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceğinin kontrol edilmesini sağlar. Bu aşamada sigorta şirketi; poliçe bilgilerini, teminat limitlerini, varsa bekleme sürelerini, istisnaları ve gerekli tıbbi belgeleri inceleyebilir. Ön onay, poliçe koşullarına göre ödeme yapılacağına ilişkin önemli bir operasyonel değerlendirme olmakla birlikte, kapsamı ve hukuki sonucu somut poliçe hükümleri ile işlem koşullarına göre belirlenir.

Acil durumlarda ön onay alınmasının mümkün olmadığı hâller bulunabilir. Bu durumda sigortalının tedaviyi takiben fatura, epikriz, tetkik sonucu, reçete ve ödeme belgesi gibi gerekli evrakı sunması istenebilir. Belge listesi, talep edilen hizmetin türüne ve poliçe şartlarına göre değişir. Şirketlerin başvuru kanallarını açık biçimde bildirmesi ve eksik belge taleplerini mümkün olduğunca tek seferde ve anlaşılır şekilde iletmesi, sürecin etkinliğini artırır.

6.3. Tazminat İncelemesinin Aşamaları

Tazminat incelemesi genel olarak poliçe doğrulaması, teminat uygunluğu, tıbbi ve idari belge kontrolü, fatura ve ücret incelemesi, ödeme tutarının hesaplanması ve sonucun sigortalıya bildirilmesi aşamalarından oluşur. Poliçenin başlangıç ve bitiş tarihi, sigortalının poliçedeki kişi bilgileri, teminat kapsamı ve limitleri ilk kontrol başlıklarıdır. Ardından talep edilen hizmetin poliçede yer alan tanımlara uygunluğu ve varsa istisna veya bekleme süresi değerlendirilir.

Tıbbi incelemede, talep edilen hizmetin sağlık gerekliliği ve sunulan belgelerin tutarlılığı, yetkili sağlık profesyonellerinin değerlendirmesiyle ele alınabilir. Fatura incelemesinde ise hizmetin gerçekten sunulup sunulmadığı, işlem kodları, adet ve tutarlar, anlaşmalı kurum fiyatları ve poliçe limitleri dikkate alınır. İncelemenin amacı tıbbi teşhis veya tedavi kararını sigortacının ikame etmesi değil, talep edilen giderin sözleşme kapsamında olup olmadığını belirlemektir.

6.4. Ödeme, Kısmi Ödeme ve Ret Kararları

İnceleme sonucunda talebin tamamı teminat kapsamında bulunursa poliçe ve sözleşme koşullarına uygun ödeme yapılır. Muafiyet, katılım payı, alt limit veya teminat limiti uygulanması hâlinde ödeme tutarı talep edilen faturanın altında kalabilir. Bazı kalemlerin teminat dışında olması durumunda ise talebin bir bölümü ödenirken diğer bölümü için gerekçeli açıklama yapılması gerekebilir.

Ret kararlarının açık, somut ve poliçe hükmüne dayalı biçimde bildirilmesi tüketici güveni açısından temel önemdedir. Yalnızca 'teminat dışı' veya 'uygun bulunmadı' şeklindeki genel ifadeler, sigortalının kararın dayanağını anlamasını güçleştirebilir. Kararın ilgili poliçe maddesi, eksik belge veya değerlendirme nedeniyle ilişkilendirilmesi; sigortalının ek belge sunma, yeniden inceleme isteme veya mevzuatta öngörülen başvuru yollarını kullanma imkânını daha etkili hâle getirir.

6.5. Hasar Maliyetlerinin Kontrolü ve Sağlık Hizmeti Kalitesi

Hasar maliyetlerinin kontrol edilmesi, özel sağlık sigortacılığının teknik sürdürülebilirliği için gereklidir. Bununla birlikte maliyet kontrolünün sigortalının tıbben gerekli hizmete erişimini ölçüsüz biçimde kısıtlamaması gerekir. Etkin bir model; klinik gereklilik, hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve maliyet etkinliğini birlikte değerlendirir. Gereksiz tekrarların azaltılması, uygun sağlık basamağına yönlendirme, anlaşmalı kurumlarla fiyat ve hizmet standardı üzerinde çalışma bu yaklaşımın araçlarıdır.

Hasar yönetiminde performans yalnızca ödenen tazminatın azaltılmasıyla ölçülmemelidir. Başvuru sonuçlanma süresi, ilk değerlendirmede doğru karar oranı, eksik belge nedeniyle tekrar başvuru sayısı, şikâyet oranı, hatalı ret oranı, sigortalı memnuniyeti ve sağlık hizmeti sonuçları birlikte izlenmelidir. Aksi hâlde kısa vadeli maliyet düşüşü, uzun vadede müşteri kaybı ve itibar zararı doğurabilir.

6.6. Sağlık Sigortasında Suistimal ve Ahlaki Tehlike

Sigorta suistimali, sigorta ilişkisinden haksız menfaat sağlamak amacıyla gerçeğe aykırı beyanda bulunma, belge düzenleme, hizmeti olduğundan farklı gösterme veya poliçe koşullarını kötüye kullanma gibi davranışları içerebilir. Sağlık sigortasında örnekler; gerçekte yapılmayan işlemin faturalandırılması, aynı hizmet için mükerrer talep oluşturulması, hasta veya işlem bilgilerinin gerçeğe aykırı sunulması ve teminat dışı giderlerin farklı bir işlem gibi gösterilmesi şeklinde ortaya çıkabilir.

Ahlaki tehlike kavramı ise sigorta korumasının varlığının, sigortalının veya hizmet sağlayıcının davranışını değiştirmesi ve beklenen hizmet kullanımını artırması ihtimalini ifade eder. Bu kavram her yüksek sağlık harcamasının suistimal olduğu anlamına gelmez. Sağlık ihtiyacının gerçekliği, hastanın klinik durumu ve tedavinin gerekliliği dikkate alınmadan yapılan genellemeler hem sigortalıya zarar verebilir hem de sağlık hizmetine erişimi olumsuz etkileyebilir.

6.7. Suistimalin Önlenmesinde Veri Analitiği ve İç Kontrol

Suistimalle mücadelede veri analitiği, olağan dışı işlem örüntülerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Aynı hizmetin kısa aralıklarla tekrarlanması, benzer nitelikteki başvurularda olağan dışı maliyet farklılığı, belirli hizmet sağlayıcılarda yoğunlaşan işlem örüntüleri veya belgeler arasındaki tutarsızlıklar inceleme için uyarı işareti oluşturabilir. Ancak istatistiksel anomali tek başına suistimalin kanıtı değildir; insan incelemesi, tıbbi bağlam ve doğrulanabilir belge değerlendirmesi gerektirir.

Otomatik karar sistemlerinin kullanılması hâlinde açıklanabilirlik, veri kalitesi ve ayrımcılık riskleri gözetilmelidir. Yaş, cinsiyet, engellilik veya sağlık geçmişi gibi hassas nitelikteki veriler üzerinde kurulan modeller, hukuka uygunluk ve eşit işlem ilkeleri bakımından dikkatle değerlendirilmelidir. Yanlış pozitif sonuçlar, gerçek ve gerekli tedavi başvurularının gecikmesine veya haksız biçimde şüpheli sayılmasına neden olabilir. Bu nedenle otomatik sistemler nihai kararın tek dayanağı olmamalıdır.

6.8. Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması

Hasar incelemesi sırasında işlenen sağlık verileri, özel nitelikli kişisel veri niteliğindedir. Bu verilerin işlenmesi, saklanması, aktarılması ve erişime açılması ilgili kişisel verilerin korunması mevzuatına uygun olmalıdır. Sigorta şirketleri, yalnızca amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü veriyi işlemeli; erişim yetkilerini görev gerekliliklerine göre tanımlamalı ve güvenlik tedbirlerini uygulamalıdır.

Sağlık verilerinin korunması, hasar yönetiminin hızlandırılması hedefiyle çatışan bir yük olarak görülmemelidir. Güvenli veri akışı, doğru kişiye ait doğru belgenin incelenmesini sağlayarak operasyonel hataları azaltabilir. Bunun için veri minimizasyonu, kayıt ve erişim izlerinin tutulması, güvenli aktarım, saklama-imha politikaları ve çalışan farkındalığı birlikte ele alınmalıdır.

6.9. Dijital Hasar Yönetimi ve Sigortalı Deneyimi

Mobil uygulamalar, çevrim içi başvuru ekranları, elektronik belge aktarımı ve otomatik provizyon sistemleri hasar süreçlerinin hızlanmasına katkı sağlayabilir. Sigortalının başvurusunun hangi aşamada olduğunu izleyebilmesi, eksik belgelerin açık biçimde bildirilmesi ve karar gerekçesinin anlaşılır sunulması hizmet kalitesini artırır. Dijitalleşmenin başarısı yalnızca işlem süresinin kısalmasıyla değil, hataların azalması ve sigortalının süreç hakkında doğru bilgilendirilmesiyle ölçülmelidir.

Bununla birlikte dijital kanallar, dijital okuryazarlığı sınırlı kişiler veya erişilebilirlik ihtiyacı bulunan sigortalılar için tek başvuru yolu hâline getirilmemelidir. Telefon, yüz yüze destek ve temsilci kanalları gibi alternatiflerin korunması, kapsayıcı hizmet sunumu açısından önem taşır.

6.10. Hasar Yönetiminde Performans Göstergeleri

Gösterge	Ölçüm yaklaşımı	Yönetim açısından anlamı
Ortalama sonuçlanma süresi	Başvurudan karara kadar geçen ortalama süre	Hizmet hızını ve süreç verimliliğini gösterir.
İlk seferde tamamlama oranı	Ek belge veya tekrar başvuru gerektirmeden sonuçlanan dosyaların oranı	Başvuru kalitesi ve iletişim etkinliği hakkında bilgi verir.
Hasar/prim oranı	İlgili dönemin hasar tutarının kazanılmış prime oranı	Teknik performansın temel göstergelerindendir.
İtiraz ve şikâyet oranı	Karara itiraz edilen veya şikâyete konu olan dosyaların oranı	Karar kalitesi ve müşteri deneyimini izlemeye yardımcı olur.
Hatalı ret oranı	İç veya dış incelemede yanlış bulunduğu tespit edilen ret kararlarının oranı	Hukuki uyum ve karar doğruluğunu gösterir.
Suistimal incelemesinde doğrulama oranı	İnceleme sonunda doğrulanan şüpheli dosyaların oranı	Kontrol mekanizmalarının hedefleme başarısını ölçer.

Bu göstergelerin tek başına değerlendirilmesi yanıltıcı olabilir. Örneğin ortalama sonuçlanma süresinin azalması, kararların doğruluğu veya sigortalı memnuniyeti de iyileşmedikçe gerçek bir performans artışı olarak kabul edilmemelidir. Benzer şekilde suistimal incelemesinde yüksek sayıda dosyanın işaretlenmesi, tek başına başarılı kontrol anlamına gelmez; incelemelerin doğrulanma oranı ve masum başvurulara etkisi de dikkate alınmalıdır.

7. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA HUKUKİ DÜZENLEMELER, TÜKETİCİ HAKLARI VE SÖZLEŞME İLİŞKİSİ

7.1. Özel Sağlık Sigortacılığının Hukuki Çerçevesi

Özel sağlık sigortacılığı, sigorta sözleşmesinin özel hukuk niteliği ile finansal piyasaların kamu otoritesi tarafından düzenlenmesi ve denetlenmesi esaslarının kesiştiği bir alandır. Bu nedenle sektörün hukuki yapısı tek bir kanundan ibaret değildir. Türk Ticaret Kanunu'nun sigorta sözleşmelerine ilişkin hükümleri, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, kişisel verilerin korunmasına ilişkin düzenlemeler ve tüketici mevzuatı birlikte değerlendirilmelidir.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun temel amaçları arasında sigorta sözleşmesinde yer alan kişilerin hak ve menfaatlerinin korunması, sektörün güvenli ve istikrarlı biçimde çalışması ve sigortacılık faaliyetlerinin denetlenmesi bulunmaktadır. Bu çerçevede sigorta şirketlerinin faaliyete başlaması, ruhsatlandırılması, mali yeterliliği, teknik karşılıkları, aracılık faaliyetleri ve uyuşmazlık çözüm mekanizmaları kamu düzenlemesine tabidir. Özel sağlık sigortası ürünleri de bu genel sigortacılık rejiminin içinde yer alır.

Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ise sağlık sigortasına özgü uygulama alanlarını ayrıntılandırır. Yönetmelik; bilgilendirme ve teklif, sözleşme türleri, ömür boyu yenileme garantisi, grup sözleşmeleri, katılım sertifikası, plan değişikliği, şirketler arası geçiş, sağlık bilgileri ve tamamlayıcı sağlık sigortası gibi konuları düzenlemektedir. 20 Ekim 2025 tarihli değişiklikler 1 Ocak 2026 itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Bu nedenle 2026 ve sonrasında düzenlenen poliçelerin değerlendirilmesinde güncel yönetmelik hükümlerinin esas alınması gerekir.

Yönetmeliğin uygulama ayrıntıları, SEDDK tarafından yayımlanan 2025/28 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinin Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge ile açıklığa kavuşturulmuştur. Ayrıca SEDDK'nın 22 Mayıs 2026 tarihli ve 2026/1 sayılı sektör duyurusu, 1 Ocak 2026'da yürürlüğe giren yeni döneme ilişkin bilgilendirme rehberinin sigortalılar ve sektör paydaşlarınca erişilebilir olmasını amaçlamıştır. Duyuru 10 Haziran 2026 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu gelişmeler, mevzuatın yalnızca yönetmelik metni üzerinden değil, uygulama genelgesi ve düzenleyici kurumun açıklamalarıyla birlikte izlenmesi gerektiğini göstermektedir (SEDDK, 2025; SEDDK, 2026).

7.2. Sigorta Sözleşmesinin Kurulması ve Tarafların Yükümlülükleri

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, sigortacının belirli sağlık risklerini poliçede kararlaştırılan sınırlar içinde üstlenmesi; sigorta ettirenin ise prim ödeme ve sözleşme öncesi beyan yükümlülüklerini yerine getirmesi esasına dayanır. Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi olabileceği gibi farklı kişiler de olabilir. Örneğin bir işverenin çalışanları için grup sağlık sigortası yaptırması hâlinde sözleşmeyi kurup primi ödeyen işveren, teminattan yararlanan kişiler ise çalışanlar olabilir.

Sözleşme kurulmadan önce sigortacı, sözleşme yapma kararını etkileyebilecek hususlar hakkında doğru ve anlaşılır bilgi vermeli; teminat, limit, istisna, bekleme süresi, prim ve yenileme koşullarını açıklamalıdır. 2025 yılında yayımlanan yönetmelik değişikliği, şirketin sigortalı adayına teknik konularda yardımcı olmasını, tarafların hak ve yükümlülükleri hakkında sözlü ve yazılı bilgi sunmasını ve yanıltıcı davranıştan kaçınmasını açık biçimde düzenlemiştir.

Sigorta ettiren ve sigortalı da kendilerine yöneltilen soruları doğru ve eksiksiz cevaplamakla yükümlüdür. Sağlık geçmişine ilişkin beyanların eksik veya yanlış verilmesi, sözleşmenin kurulması ve rizikonun değerlendirilmesi bakımından sonuç doğurabilir.

Bununla birlikte beyan yükümlülüğü, sigortacının açıkça sorduğu sorular, ilgili mevzuat ve somut olayın özellikleri birlikte dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Her eksik bilgi otomatik olarak teminatın reddedilmesi sonucunu doğurur şeklinde genel bir kabul doğru değildir.

7.3. Poliçe, Teklifname ve Bilgilendirme Belgelerinin Önemi

Poliçe, sigorta sözleşmesinin temel koşullarını gösteren belgedir. Teklifname, bilgilendirme metni, özel şartlar ve bunları tamamlayan belgeler ise sözleşmenin kapsamının belirlenmesinde önemli rol oynar. Uygulamada uyuşmazlıkların önemli bir bölümü teminatın kapsamı, istisnaların yorumu, limitlerin uygulanması, bekleme süreleri ve yenileme koşullarından kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle sözleşme belgelerinin birbiriyle tutarlı olması ve sigortalıya kalıcı veri saklayıcısı dâhil uygun yöntemlerle iletilmesi gerekir.

Poliçede yalnızca teminat başlıklarının sıralanması yeterli değildir. Teminatın hangi sağlık hizmetlerini kapsadığı, yıllık veya vaka başına limitler, sigortacının ödeme oranı, sigortalı katılım payı, anlaşmalı kurum koşulları, istisnalar ve bekleme süreleri anlaşılır biçimde gösterilmelidir. Özellikle 'limitsiz' veya 'tam kapsam' gibi ifadelerin hangi koşullara bağlı olduğu açıklanmadığında tüketicide gerçekte sunulmayan bir güvence algısı oluşabilir.

7.4. Bekleme Süreleri ve Teminat İstisnaları

Bekleme süresi, poliçede açıkça belirtilen bazı rahatsızlık veya özel durumların teminat kapsamına girebilmesi için geçmesi gereken süredir. Bekleme süresinin amacı, sigorta sözleşmesinin hemen öncesinde bilinen veya başlamış bir sağlık ihtiyacının sigorta havuzuna beklenmedik biçimde aktarılmasından kaynaklanabilecek seçilim sorunlarını yönetmektir. Bununla birlikte bekleme süreleri sigortalı açısından önemli bir sınırlama oluşturduğundan sözleşmede açıkça belirtilmelidir.

1 Ocak 2026'da yürürlüğe giren düzenlemeye göre bekleme süreleri poliçede açıkça gösterilmeli; her bir teminat bakımından yalnızca ilk sigorta döneminde uygulanmalıdır. Aynı plan kapsamında yenilenen poliçelerde izleyen dönemlerde bekleme süresi yeniden uygulanmaz. Başka şirkete geçişte de önceki şirkette geçirilen sürelerin dikkate alınmasına ilişkin hükümler getirilmiştir. Bu yaklaşım, sigortalının kesintisiz sigortalılık geçmişinin korunması ve şirket değiştirmenin hak kaybına dönüşmemesi bakımından önem taşır. (Resmî Gazete, 2025).

Teminat istisnaları ise sigortacının üstlenmediği risk veya giderleri ifade eder. İstisnaların kapsamı ürün ve poliçe özel şartlarına göre değişebilir. İstisna hükümlerinin açık, öngörülebilir ve sözleşmenin genel yapısıyla uyumlu olması gerekir. Belirsiz veya tüketici tarafından makul biçimde anlaşılamayan ifadeler, uyuşmazlık hâlinde sözleşmenin yorumlanmasını güçleştirebilir.

7.5. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ömür boyu yenileme garantisi, özel sağlık sigortasında sigortalının ilerleyen yaşlarda veya sağlık durumunda değişiklik meydana geldiğinde sigortalanabilirliğinin korunması bakımından temel öneme sahiptir. Bu güvence, sigortalının poliçesinin aynı planla yenilenmesine ilişkin taahhüt niteliğindedir. Ancak ömür boyu yenileme garantisi, primin hayat boyu değişmeyeceği anlamına gelmez. Primler; yaş, genel sağlık maliyeti, ürünün tarife yapısı ve mevzuatla uyumlu diğer fiyatlama unsurları çerçevesinde değişebilir.

2025 tarihli yönetmelik değişikliği uyarınca şirketler, 60 yaşını henüz doldurmamış kişilere özel sağlık sigortası ve ilgili tamamlayıcı/destekleyici sağlık sigortası ürünlerinde ömür

boyu yenileme garantisi taahhüdü içeren sözleşme seçeneği sunmak zorundadır. Sigorta ettirenin tercihine göre garantili veya garantisiz sözleşme kurulabilir. Yönetmelikte asgari içeriği belirlenen garantinin şartları sigortalı aleyhine ağırlaştırılamaz. (Resmî Gazete, 2025).

Düzenlemede, ömür boyu yenileme garantisinin kazanılması bakımından aynı planla kesintisiz üç yıl sigortalı olunması ve bu süre içinde ödenen toplam tazminatların alınan toplam primlere oranının yüzde 80'in altında kalması temel asgari koşullar arasında yer almaktadır. Yönetmelik, şirketlerin bu asgari şartlardan daha ağır değerlendirme koşulları belirlemesini engellemektedir. Garanti kazanıldıktan sonra sigortalının yeni ortaya çıkan hastalıkları nedeniyle teminatın daraltılması, limitin düşürülmesi, katılım payının artırılması veya hastalık ek primi uygulanması gibi aleyhe değişiklikler yapılamaz.

Bu güvencenin kapsamı doğru anlaşılmalıdır: Ömür boyu yenileme garantisi, her koşulda aynı nominal primle yenileme taahhüdü değildir; sigortalının sağlık durumundaki değişiklik nedeniyle teminatın daraltılmasına ve belirli türde aleyhe uygulamalara karşı koruma sağlar. Dolayısıyla tüketiciye sunulan bilgilendirmede garanti ile primin sabit kalması kavramları birbirinden açıkça ayrılmalıdır.

7.6. Şirketler Arası Geçiş ve Sigortalılık Haklarının Korunması

Özel sağlık sigortasında şirket değişikliği, sigortalının daha uygun prim, daha geniş sağlık ağı veya farklı hizmet kalitesi arayışından kaynaklanabilir. Ancak geçiş sürecinde bekleme sürelerinin yeniden başlaması, kazanılmış yenileme haklarının kaybı veya sağlık geçmişinin yeniden değerlendirilmesi gibi kaygılar tüketicinin hareket alanını daraltabilir. Bu nedenle şirketler arası geçişin kurallara bağlanması rekabet ve tüketici hakları bakımından önemlidir.

2026 itibarıyla yürürlükte olan yönetmelik, geçiş işlemlerinde ihtiyaç duyulan bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi üzerinden temin edilmesini esas almaktadır. Geçiş için gerekli verilerin şirketler arasında doğrudan paylaşılması yerine Merkez üzerinden aktarılması öngörülmüştür. Ömür boyu yenileme garantisini gerekli asgari koşullarla kazanmış sigortalının başka şirkete geçişinin kabul edilmesi durumunda, garanti hakkının yeni şirkette devamına ilişkin koruma da düzenlenmiştir. Bununla birlikte geçiş, yeni şirketin kabul ve koşullarına tabidir; otomatik ve koşulsuz bir şirket değiştirme hakkı olarak değerlendirilmemelidir. (Resmî Gazete, 2025).

7.7. Grup Sağlık Sigortalarında Çalışan Hakları

Grup sağlık sigortaları, işveren veya başka bir grup kurucusu tarafından belirli bir çalışan ya da üye topluluğu adına yaptırılır. Bu sözleşmelerde sigorta ettiren ile sigortalıların farklı kişiler olması, bilgilendirme ve hakların korunması bakımından özel bir yapı ortaya çıkarır. Sigortalı çalışan, işverenin taraf olduğu ana sözleşmenin tüm ayrıntılarına erişemese bile hangi teminatlardan yararlandığını, poliçe süresini, katılım payını ve başvuru usullerini bilmelidir.

Yönetmelik, grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara yazılı veya kalıcı veri saklayıcısı aracılığıyla katılım sertifikası verilmesini zorunlu kılmaktadır. Grup poliçesinden ayrılan kişinin kazanılmış ömür boyu yenileme garantisi hakkının devamı ve bireysel tarifeye geçiş imkânı da düzenlenmiştir. Bu hükümler, çalışanın iş değiştirmesi veya grup üyeliğinin sona ermesi hâlinde sağlık sigortası geçmişinin tümüyle değersizleşmesini önlemeyi amaçlar.

7.8. Kişisel Sağlık Verileri ve Sır Saklama Yükümlülüğü

Sağlık verileri, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında özel nitelikli kişisel veri olarak kabul edilir. Bu verilerin işlenmesi, sıradan kimlik veya iletişim verilerinden daha sıkı koruma koşullarına tabidir. Sigorta şirketleri sağlık riskini değerlendirmek, poliçe düzenlemek ve tazminat taleplerini incelemek için sağlık bilgilerine ihtiyaç duyabilir; ancak bu ihtiyaç, sınırsız veri toplama veya verileri amaç dışı kullanma yetkisi vermez.

2024 yılında KVKK'nın özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesine ilişkin hükümlerinde değişiklik yapılmıştır. Güncel düzenleme, sağlık verilerinin belirli hukuki şartlar altında işlenmesine imkân tanırken veri sorumlularının yeterli teknik ve idari güvenlik önlemlerini almasını da gerektirir. Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 2026'da yürürlüğe giren hükümleri ayrıca sigortalılık kayıtları ve sağlık bilgilerinin bireysel bazda tutulmasını, kişisel verilerin korunması mevzuatına uyulmasını ve sır saklama yükümlülüğünün görev sona erdikten sonra da devam etmesini öngörmektedir. (KVKK, 2024).

Bu çerçevede sigorta şirketleri; erişim yetkilerini sınırlandırmalı, sağlık verilerinin kimler tarafından görüntülendiğini kayıt altına almalı, verileri güvenli kanallarla aktarmalı ve saklama süreleri sona erdiğinde mevzuata uygun silme, yok etme veya anonimleştirme süreçlerini işletmelidir. Veri güvenliği yalnızca teknik bir konu değil, sigortalı ile sigortacı arasındaki güven ilişkisinin temel unsurlarından biridir.

7.9. Tüketici Hakları ve Bilgilendirme İlkesi

Özel sağlık sigortası, bireyin ekonomik ve sağlık durumunu yakından ilgilendirdiği için tüketici bilgilendirmesinin niteliği büyük önem taşır. Sigortalı, satın aldığı ürünün hangi riskleri karşıladığını, hangi durumlarda ödeme yapılmayacağını, poliçenin nasıl yenileneceğini ve başvuru sırasında hangi belgelerin istenebileceğini sözleşme kurulmadan önce anlayabilmelidir. Ürünün teknik niteliği, bilgilendirmenin sade ve karşılaştırılabilir olma gereğini ortadan kaldırmaz.

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, tüketici işlemleri ve tüketiciye yönelik uygulamalarda haksız şartlar, ayıplı hizmet, bilgilendirme ve uyuşmazlık çözümü gibi konularda genel koruma çerçevesi oluşturur. Sigorta sözleşmelerinin özel mevzuata tabi olması, tüketici hukukunun uygulanabildiği alanlarda tüketicinin genel koruma ilkelerinden yararlanmasını kendiliğinden ortadan kaldırmaz. Somut uyuşmazlıkta uygulanacak hüküm, sözleşmenin niteliği ve ilgili özel düzenlemeler birlikte değerlendirilerek belirlenmelidir. (6502 sayılı Kanun).

Tüketiciye sunulan reklam, satış görüşmesi, teklif ve poliçe belgelerinin birbiriyle uyumlu olması gerekir. Satış aşamasında geniş kapsam izlenimi yaratılıp poliçede dar kapsamlı teminat verilmesi, bilgilendirme ve dürüstlük ilkeleri bakımından sorun doğurabilir. Acenteler ve diğer dağıtım kanalları da ürünün kapsamını doğru aktarmalı, tüketicinin ihtiyaçlarına uygun teminat seçmesine yardımcı olmalı ve şirketin onaylamadığı bir güvenceyi varmış gibi sunmamalıdır.

7.10. Sigorta Tahkim Sistemi ve Uyuşmazlıkların Çözümü

Özel sağlık sigortası uyuşmazlıkları; teminatın kapsamı, hasar ödemesi, eksik ödeme, yenileme, beyan yükümlülüğü ve sözleşmenin sona erdirilmesi gibi konularda ortaya çıkabilir. Uyuşmazlıkların çözümünde öncelikle sigorta şirketine yazılı başvuru yapılarak olayın, talebin ve dayanak belgelerin açık biçimde sunulması önemlidir. Şirketin cevabı veya başvurunun sonuçsuz kalması hâlinde uyuşmazlığın niteliğine göre diğer hukuki yollar gündeme gelebilir.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ile düzenlenen Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların mahkemeye alternatif biçimde çözümlenmesini sağlayan kurumsal mekanizmalardan biridir. Tahkim yolunun kullanılabilmesi, ilgili sigorta kuruluşunun sisteme üyeliği ve kanunda öngörülen

başvuru şartlarının yerine getirilmesi gibi koşullara bağlıdır. Başvuruda poliçe, hasar dosyası, şirket yazışmaları, fatura ve tıbbi belgeler gibi uyuşmazlığın niteliğine göre gerekli dokümanlar sunulmalıdır. (5684 sayılı Kanun).

Tüketici uyuşmazlıklarında parasal sınır ve görev kuralları da dikkate alınmalıdır. 2026 yılı için Ticaret Bakanlığının açıkladığı düzenlemeye göre 186.000 TL'nin altındaki uyuşmazlıklarda tüketici hakem heyetine başvuru zorunlu iken, bu tutar ve üzerindeki uyuşmazlıklarda tüketici hakem heyetine başvuru yapılamamaktadır; ilgili uyuşmazlıklar bakımından dava şartı arabuluculuk ve tüketici mahkemesi yolu gündeme gelir. Bununla birlikte sigorta uyuşmazlığının tüketici işlemi sayılıp sayılmayacağı ve hangi merciin görevli olduğu somut olayın tarafları ve hukuki niteliğine göre değerlendirilmelidir.

7.11. Düzenlemelerin Sektöre ve Rekabete Etkisi

Hukuki düzenlemeler, özel sağlık sigortası piyasasında yalnızca şirketlerin faaliyet sınırlarını belirlemez; ürün tasarımı, fiyatlama, müşteri ilişkileri ve rekabet biçimi üzerinde de etki yaratır. Ömür boyu yenileme garantisinin asgari şartlarının belirlenmesi, tüketicinin uzun dönemli korunmasını güçlendirebilir. Şirketler arası geçiş hükümleri ise sigortalının tek bir şirkete bağımlı kalma riskini azaltarak rekabeti destekleyebilir.

Diğer taraftan daha güçlü tüketici koruması ve veri güvenliği yükümlülükleri, şirketlerin bilgi teknolojileri, aktüerya, hukuk ve operasyon alanlarında yatırım yapmasını gerektirir. Bu maliyetlerin ürün fiyatlarına etkisi olabileceği gibi, iyi tasarlanmış süreçler uzun vadede operasyonel hataları ve uyuşmazlıkları azaltabilir. Dolayısıyla düzenleyici çerçevenin başarısı, tüketici hakları ile sektörün mali ve operasyonel sürdürülebilirliği arasında dengeli bir yapı kurabilmesine bağlıdır.

7.12. Genel Değerlendirme Yerine Hukuki Uygulama Perspektifi

Özel sağlık sigortacılığında hukuki güvenliğin sağlanması, mevzuat hükümlerinin yalnızca poliçe metnine aktarılmasıyla sınırlı değildir. Teklif aşamasından yenilemeye, sağlık verilerinin işlenmesinden hasar ödemesine kadar bütün süreçlerin tutarlı biçimde yürütülmesi gerekir. Şirketlerin güncel mevzuatı takip etmesi, acente ve çalışan eğitimlerini düzenli yapması, karar gerekçelerini kayıt altına alması ve sigortalıya anlaşılır bilgi sunması bu bakımdan önem taşır.

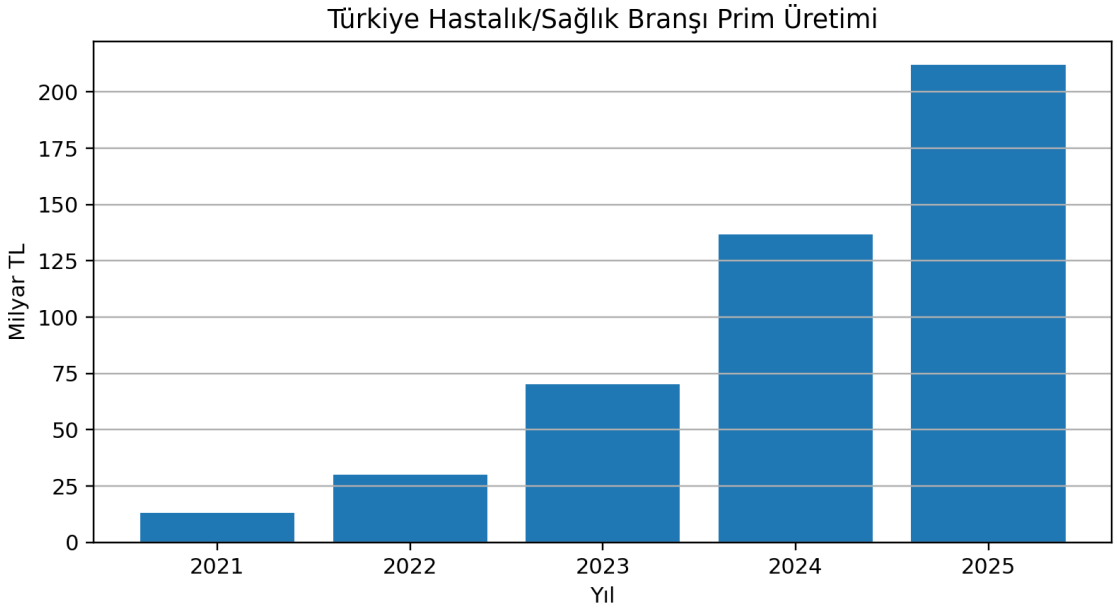
Özellikle 1 Ocak 2026 tarihinde yürürlüğe giren yönetmelik değişiklikleri; bekleme süreleri, ömür boyu yenileme garantisi, grup sözleşmeleri, şirketler arası geçiş ve sağlık verilerinin korunması alanlarında uygulamaya doğrudan etki etmektedir. Bu hükümler, özel sağlık sigortasının kısa vadeli bir teminat satışından ziyade uzun süreli bir güven ilişkisi olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

8. TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI PİYASASI, REKABET VE SEKTÖREL GELİŞİM

8.1. Piyasanın Genel Görünümü

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, sosyal güvenlik sistemiyle birlikte var olan ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişim tercihlerine farklı seçenekler sunan bir sigorta piyasasıdır. Piyasanın gelişimi; hanehalkı gelirleri, özel sağlık kuruluşlarının yaygınlığı, kamu sağlık hizmetlerinin kapasitesi, sağlık harcamalarının seyri, sigorta bilinci ve şirketlerin ürün tasarımı gibi çok sayıda faktörün etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu nedenle sektörün büyüklüğünü yalnızca prim üretimi üzerinden değerlendirmek yeterli değildir; sigortalı sayısı, teminat kapsamı, hasar maliyetleri ve yenileme davranışları da birlikte incelenmelidir.

Türkiye Sigorta Birliği'nin 2025 Sektör Raporu'na göre hastalık/sağlık branşında prim üretimi 2021'de 13,0 milyar TL, 2022'de 30,0 milyar TL, 2023'te 70,3 milyar TL, 2024'te 136,6 milyar TL ve 2025'te 211,9 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Bu seri, nominal prim üretiminde güçlü bir genişlemeye işaret etmektedir. Bununla birlikte söz konusu tutarlar enflasyondan arındırılmamış nominal değerlerdir; dolayısıyla artışın tamamı reel büyüme veya sigortalı sayısındaki artış olarak yorumlanmamalıdır. (TSB, 2026).



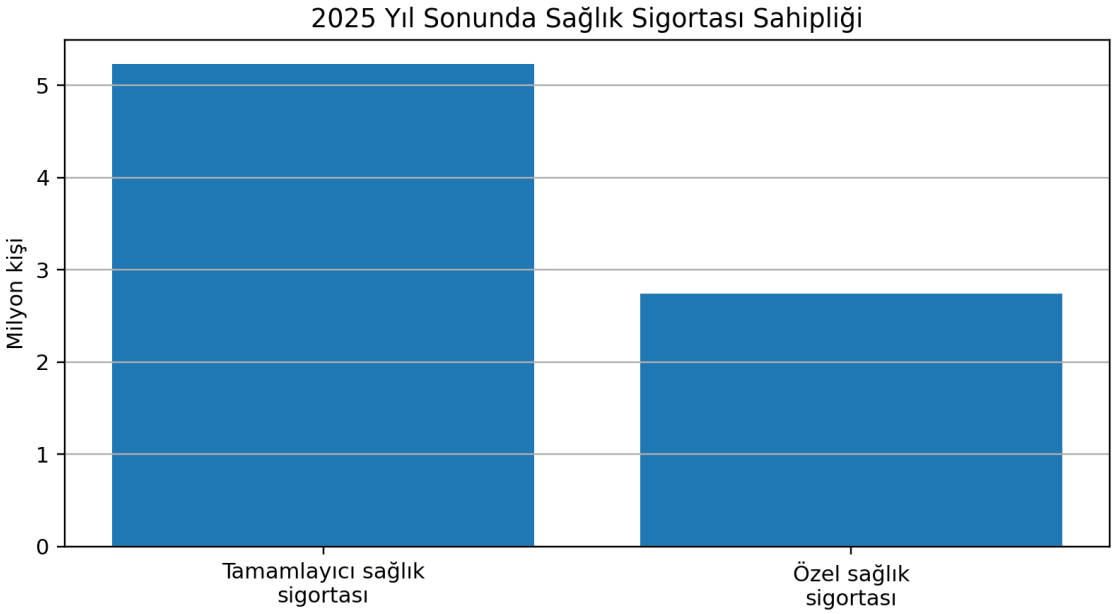
Şekil 5. Hastalık/sağlık branşı prim üretimi, 2021–2025 (milyar TL). Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, 2025 Sektör Raporu.

2025 yılında prim üretiminin 211,9 milyar TL'ye ulaşması, sağlık sigortasının hayat dışı sigortacılık içindeki ağırlığını artırmıştır. Aynı raporda hastalık/sağlık branşında ödenen hasarların 2024'te 73,4 milyar TL iken 2025'te 124,4 milyar TL'ye yükseldiği belirtilmektedir. Prim ve hasar tutarlarının birlikte artması, sektörün büyümesinin yanı sıra sağlık hizmeti maliyetlerinin sigortacılar üzerindeki yükünü de göstermektedir. Hasar/prim oranı değerlendirilirken dönemsel kazanılmış prim, muallak hasar ve diğer teknik düzeltmelerin dikkate alınması gerektiği unutulmamalıdır. (TSB, 2026).

8.2. Tamamlayıcı ve Özel Sağlık Sigortalarının Piyasa İçindeki Yeri

Türkiye pazarında özel sağlık sigortacılığı başlıca özel sağlık sigortası (ÖSS) ve tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS) ürünleri üzerinden gelişmektedir. ÖSS poliçeleri, poliçe şartlarına bağlı olarak özel sağlık kuruluşlarında daha geniş bir hizmet ve kurum ağı sunabilir. TSS ise genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin, ilgili mevzuat ve sözleşme koşulları çerçevesinde SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumlarında oluşan ilave ücret riskini karşılamaya odaklanır. Bu iki ürünün teminat yapısı ve hizmet sunum modeli aynı değildir.

TSB'nin 2025 yıl sonu verilerine göre tamamlayıcı sağlık sigortalısı sayısı 5,23 milyon, özel sağlık sigortalısı sayısı ise 2,74 milyon kişidir. Bu veriler TSS'nin sigortalı sayısı bakımından ÖSS'den daha geniş bir kitleye ulaştığını göstermektedir. Ancak kişi sayıları, poliçe adedi veya teminat kapsamı ile her zaman bire bir örtüşmeyebilir; aynı kişinin farklı ürün veya poliçeler kapsamında bulunması ve istatistiklerin raporlama tanımları ayrıca dikkate alınmalıdır. (TSB, 2026).



Şekil 6. 2025 yıl sonu itibarıyla TSS ve ÖSS sigortalı sayıları (milyon kişi). Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, 2025 Sektör Raporu.

TSS'nin daha geniş bir sigortalı kitlesine ulaşmasında, GSS kapsamının üzerine ek güvence sağlaması ve özel sağlık kuruluşlarından yararlanma imkânı sunması etkili olabilmektedir. ÖSS ise daha geniş kurum seçimi, farklı limit ve teminat seçenekleri veya daha kişiselleştirilmiş ürün arayan tüketicilere hitap edebilir. Bununla birlikte ürünlerin gerçek kapsamı şirket, plan, anlaşmalı kurum ağı ve poliçe özel şartlarına göre değiştiğinden, iki ürün arasında yalnızca isim üzerinden genelleme yapılmamalıdır.

8.3. Pazar Yoğunlaşması ve Şirketler Arası Rekabet

Sağlık sigortası piyasasında rekabet; prim düzeyi, sağlık kuruluşu ağı, teminat kapsamı, hasar ödeme hızı, yenileme koşulları, dijital hizmetler ve marka güveni gibi farklı boyutlarda gerçekleşmektedir. Pazar payı verileri, prim üretiminin şirketler arasında nasıl dağıldığını göstererek piyasa yoğunlaşması hakkında fikir verir. Bununla birlikte pazar payı tek başına hizmet kalitesi, tüketici memnuniyeti veya rekabetin etkinliği hakkında kesin hüküm kurmaya yeterli değildir.

Rekabet Kurumunun sağlık sigortası pazarına ilişkin kararında yer verilen 2024 yılı prim üretimi paylarına göre ilk beş şirketin payları sırasıyla yüzde 36,34, yüzde 15,49, yüzde 9,29, yüzde 7,98 ve yüzde 6,90'dır. Bu beş şirketin toplam payı yaklaşık yüzde 76'ya ulaşmaktadır. İlk iki şirketin toplam payının yüzde 51,83 olması, pazarın önemli bölümünün sınırlı sayıda teşebbüste yoğunlaştığını göstermektedir. Bu oranlar prim üretimi değerine dayalıdır; sigortalı sayısı veya poliçe adedi bazında pazar dağılımı farklı olabilir. (Rekabet Kurumu, 2025).

Sıralama (2024)	Şirket	Prim üretimi bazında pazar payı
1	Allianz	%36,34
2	Bupa Acıbadem Sigorta	%15,49
3	Anadolu Sigorta	%9,29
4	AXA Sigorta	%7,98
5	Türkiye Sigorta	%6,90

Tablo 8.1. 2024 yılında sağlık sigortası pazarında ilk beş şirketin prim üretimi bazında payları. Kaynak: Rekabet Kurumu, 25-23/582-368 sayılı karar.

Pazar yoğunlaşmasının değerlendirilmesinde HHI (Herfindahl-Hirschman Endeksi) gibi göstergeler de kullanılabilir. HHI, pazardaki tüm teşebbüslerin pazar paylarının kareleri toplamına dayanır. Ancak yalnızca ilk beş şirketin payları bilindiğinde sektörün kesin HHI değeri hesaplanamaz; kalan şirketlerin pay dağılımı da gerekir. Bu nedenle burada ilk beş şirketin toplam payı yoğunlaşmanın görünür bir göstergesi olarak kullanılmış, eksik veriyle kesin endeks değeri üretilmemiştir.

8.4. Rekabetin Temel Boyutları

Fiyat rekabeti, tüketicinin ilk satın alma kararında etkili olmakla birlikte sağlık sigortasında tek belirleyici unsur değildir. Düşük primli bir ürünün dar anlaşmalı kurum ağı, düşük teminat limitleri, yüksek katılım payı veya yenileme koşulları tüketicinin toplam faydasını azaltabilir. Bu nedenle karşılaştırma yapılırken yıllık primin yanında poliçenin gerçek kullanım koşulları ve olası cepten ödemeler değerlendirilmelidir.

Hizmet ağı rekabeti, şirketlerin hangi hastane, tıp merkezi, laboratuvar ve hekimlerle anlaşma yaptığı üzerinden şekillenir. Büyük şehirlerde kurum çeşitliliği ve erişim kolaylığı önemli bir tercih nedeni olabilirken, küçük şehirlerde anlaşmalı kurum sayısının sınırlı olması ürünün kullanılabilirliğini etkileyebilir. Bu nedenle ülke genelinde aynı poliçe adına sahip ürünlerin fiilî hizmet deneyimi bölgelere göre farklılaşabilir.

Ürün ve yenilik rekabeti ise dijital provizyon, çevrim içi doktor danışmanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri, esnek teminat paketleri ve kişiselleştirilmiş müşteri deneyimi gibi alanlarda gelişmektedir. Bu yeniliklerin sigortalıya gerçek değer sağlaması için yalnızca pazarlama unsuru olarak sunulmaması; erişim koşullarının, kapsamın ve varsa ek ücretlerin açıkça belirtilmesi gerekir.

8.5. Dağıtım Kanalları ve Acentelerin Rolü

Özel sağlık sigortası ürünleri acenteler, brokerler, banka kanalları, doğrudan satış ekipleri ve dijital platformlar aracılığıyla tüketiciye ulaştırılabilir. Dağıtım kanalının niteliği, tüketicinin ürün hakkında aldığı bilgi ve satın alma sonrası destek üzerinde etkilidir. Sağlık sigortası teminatlarının teknik yapısı nedeniyle satış sürecinde ihtiyaç analizi yapılması ve ürünün sınırlarının doğru açıklanması özellikle önemlidir.

Acenteler, tüketicinin sağlık güvencesi ihtiyacını anlamak, farklı planları karşılaştırmak, teklif ve poliçe koşullarını açıklamak ve hasar sürecinde yönlendirme yapmak bakımından önemli bir aracılık işlevi görür. Bununla birlikte acentenin satış hedefleri ile tüketicinin uzun dönemli menfaatleri arasında denge kurulmalıdır. Yanlış veya eksik bilgilendirme, yalnızca satış sonrası şikâyetlere değil, hasar aşamasında teminat beklentisi ile poliçe koşulları arasında uyuşmazlığa da yol açabilir.

8.6. Dijitalleşme ve Yeni Rekabet Alanları

Dijitalleşme, sağlık sigortacılığında teklif oluşturma, risk değerlendirme, poliçe düzenleme, provizyon, hasar dosyası takibi ve müşteri iletişimi süreçlerini dönüştürmektedir. Otomasyon sayesinde rutin işlemler daha kısa sürede tamamlanabilir; veri analitiği ise hasar örüntülerinin ve müşteri ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte sağlık verilerinin hassas niteliği, dijital dönüşümün veri güvenliği ve hukuka uygunluk ilkeleriyle birlikte yürütülmesini zorunlu kılar.

Dijital rekabetin önemli boyutlarından biri de kullanıcı deneyimidir. Sigortalının poliçe kapsamını kolayca görüntüleyebilmesi, anlaşmalı kurumları güncel biçimde arayabilmesi, provizyon ve hasar başvurusunu takip edebilmesi, şirketle güvenli iletişim kurabilmesi

hizmet kalitesini artırır. Ancak dijital kanalın varlığı tek başına kaliteli hizmet anlamına gelmez; sistemin erişilebilir, doğru ve kesintisiz çalışması gerekir.

8.7. Büyümenin Önündeki Yapısal Engeller

Pazarın nominal olarak büyümesine rağmen özel sağlık sigortasının toplumun tamamına yayılmasını sınırlayan çeşitli yapısal engeller bulunmaktadır. Bunların başında primlerin hanehalkı gelirlerine oranla yüksek algılanması, sağlık enflasyonu, yaş ve sağlık geçmişine bağlı fiyat farklılıkları, teminat istisnalarının karmaşıklığı ve uzun vadeli yenileme maliyetlerine ilişkin belirsizlik gelir. Bu unsurlar, özellikle düzenli geliri olmayan veya sigortayı ilk kez satın alacak kişiler açısından pazara giriş engeli oluşturabilir.

Diğer bir engel, sigorta ürünlerinin tüketici tarafından tam olarak karşılaştırılamamasıdır. Aynı teminat adı farklı şirketlerde farklı limit, alt limit, katılım payı, bekleme süresi ve kurum ağı anlamına gelebilir. Standartlaştırılmış bilgi sunumu ve karşılaştırılabilir ürün açıklamaları, tüketicinin bilinçli tercih yapmasını kolaylaştırabilir. Şirketlerin ürün farklılaştırması ile anlaşılabilirlik arasında denge kurması gerekmektedir.

8.8. Sektörün Gelişim Perspektifi

Önümüzdeki dönemde özel sağlık sigortacılığının gelişimi, yalnızca prim üretiminin artmasına değil, sigortalıların uzun süre sistemde kalabilmesine ve ürünlerin farklı gelir grupları için erişilebilir olmasına bağlıdır. TSS'nin daha geniş kitlelere ulaşması, ÖSS ürünlerinin farklı teminat seçenekleriyle çeşitlenmesi ve grup sağlık sigortalarının çalışan yan hakları içindeki yerinin güçlenmesi pazarın büyümesini destekleyebilir.

Bununla birlikte sürdürülebilir büyüme için sağlık hizmeti maliyetlerinin yönetimi, aktüeryal fiyatlama, şeffaf yenileme uygulamaları, güçlü tüketici koruması ve sağlık kuruluşlarıyla kalite odaklı işbirliği gereklidir. Sektörün rekabet gücü, yalnızca daha fazla poliçe satabilmesine değil, sigortalıya ihtiyaç duyduğu anda güvenilir ve anlaşılır bir teminat sunabilmesine bağlıdır.

9. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA SORUNLAR, RİSKLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

9.1. Sektörün Temel Sorun Alanları

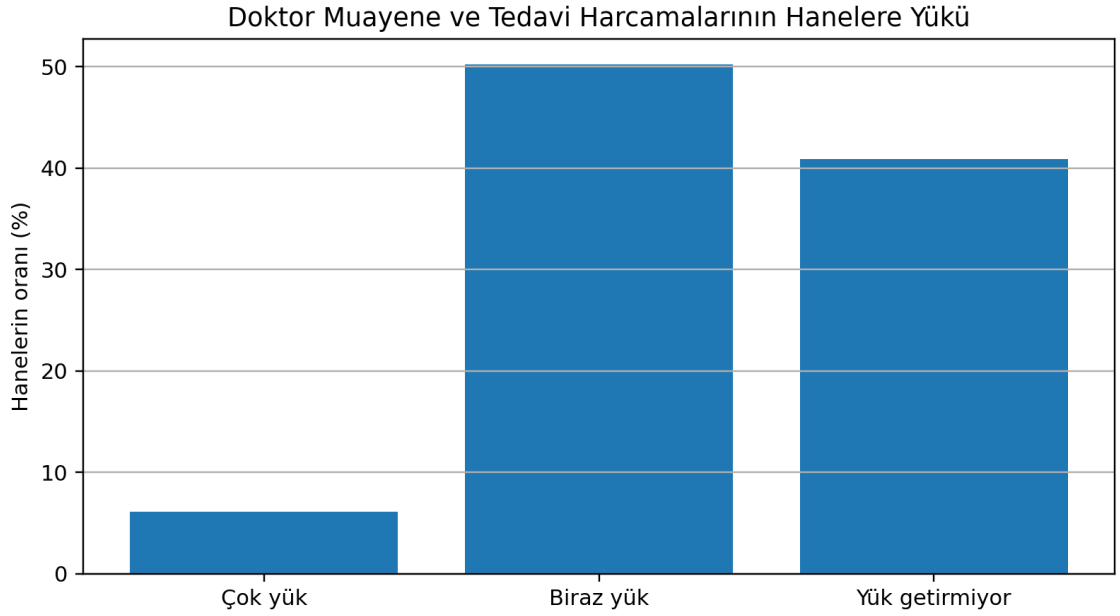
Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı son yıllarda prim üretimi ve sigortalı sayısı bakımından büyümekle birlikte bu büyüme, sektörün bütün yapısal sorunlarını ortadan kaldırmamıştır. Primlerin hanehalkı gelirlerine göre yüksek kalması, sağlık hizmeti maliyetlerindeki hızlı artış, teminat ve istisnaların karmaşıklığı, yenileme dönemlerinde yaşanan fiyat belirsizliği, anlaşmalı kurum ağı farklılıkları ve hasar süreçlerinde ortaya çıkan uyuşmazlıklar başlıca sorun alanlarıdır. Bu sorunlar birbirinden bağımsız değildir; bir alandaki aksaklık diğer alanlarda da güven ve sürdürülebilirlik sorunları yaratabilir.

Sektörün değerlendirilmesinde yalnızca nominal prim üretimindeki artışa odaklanmak yanıltıcı olabilir. Prim artışı, enflasyon ve sağlık hizmeti maliyetlerindeki yükselişin yanı sıra sigortalı sayısındaki değişim, teminat kapsamının genişlemesi ve poliçe fiyatlama politikalarından da etkilenir. Bu nedenle büyümenin niteliği; reel prim gelişimi, kişi başına teminat, yenileme oranı, hasar/prim dengesi ve sigortalıların cepten ödeme yükü gibi göstergelerle birlikte analiz edilmelidir.

9.2. Primlerin Erişilebilirliği ve Gelir Dağılımı

Özel sağlık sigortasının yaygınlaşmasının önündeki temel engellerden biri, primlerin düzenli hanehalkı gelirine göre yüksek algılanmasıdır. Sağlık riskinin sigorta yoluyla paylaşılması teorik olarak geniş bir topluluğa fayda sağlasa da prim ödeme kapasitesi farklı gelir gruplarında aynı değildir. Özellikle geliri düzensiz olanlar, emekliler, küçük işletme çalışanları ve sosyal güvencesi dışında ek koruma arayan kişiler açısından uzun süreli poliçe maliyetini karşılamak zor olabilir.

TÜİK'in 2025 Sağlık Modülü sonuçları, sağlık harcamalarının hane bütçesi üzerindeki etkisinin önemini göstermektedir. Hanelerin yüzde 6,1'i doktor muayene ve tedavi harcamalarının kendilerine çok yük getirdiğini, yüzde 50,2'si ise biraz yük getirdiğini bildirmiştir. Bu bulgu, sağlık hizmeti maliyetlerinin yalnızca sigorta şirketleri için değil, doğrudan ödeme yapan haneler için de ekonomik baskı oluşturduğunu ortaya koymaktadır. (TÜİK, 2026).



Grafikte TÜİK'in yayımladığı üç yanıt kategorisi ayrı ayrı gösterilmiştir. Yüzdelerin toplamının 100'e ulaşmaması, gösterilmeyen yanıt kategorilerinin bu görselde yer almamasından kaynaklanmaktadır.

Şekil 7. Doktor muayene ve tedavi harcamalarının hanelere yükü, 2025 (%). Kaynak: TÜİK, Sağlık Modülü 2025.

Bu veriler, özel sağlık sigortasının erişilebilirliğinin yalnızca ürün çeşitliliğiyle sağlanamayacağını göstermektedir. Daha düşük teminatlı ve temel ihtiyaçlara odaklanan ürünler, taksit ve ödeme seçenekleri, işveren katkılı grup çözümleri ve açık biçimde tanımlanmış katılım payları erişimi artırabilir. Ancak düşük prim hedefi, teminatın fiilen kullanılamayacağı kadar daraltılmasına veya tüketicinin beklenmedik yüksek cepten ödeme ile karşılaşmasına yol açmamalıdır.

9.3. Sağlık Enflasyonu ve Teknik Sürdürülebilirlik Riski

Sağlık hizmeti maliyetlerinin artması, sigorta şirketlerinin aynı teminat düzeyini sürdürebilmek için daha yüksek beklenen hasar karşılığı ayırmasını gerektirebilir. Sağlık enflasyonunun fiyat, kullanım sıklığı ve teknoloji bileşenleri birbirinden ayrıştırılmadığında prim tarifeleri gerçek risk gelişimini gecikmeli veya hatalı yansıtabilir. Bunun sonucunda bir tarafta teknik zarar ve yetersiz prim, diğer tarafta aşırı fiyatlama ve sigortalı kaybı riski oluşur.

Teknik sürdürülebilirlik için şirketlerin yalnızca geçmiş yıl ödenen hasarlarını esas alması yeterli değildir. Kazanılmış prim, muallak hasarlar, gerçekleşmiş ancak rapor edilmemiş hasarlar, sigortalı yaş yapısı, teminat değişiklikleri, kurum ağı maliyetleri ve yenileme davranışları birlikte modellenmelidir. Tarifelerin güncellenmesinde kullanılan varsayımların düzenli olarak geriye dönük test edilmesi, beklenen ve gerçekleşen sonuçlar arasındaki sapmaların nedenlerini ortaya koyabilir.

9.4. Yenileme Dönemleri ve Sigortalı Güveni

Sağlık sigortasının ekonomik değeri çoğu zaman uzun vadede ortaya çıkar. Sigortalı, poliçeyi yalnızca bir yıl için değil, ilerleyen yaşlarda ve sağlık ihtiyacının artabileceği dönemlerde de koruma amacıyla satın alabilir. Bu nedenle yenileme döneminde primin nasıl belirlendiği, teminatın devam edip etmediği ve ömür boyu yenileme garantisinin hangi koşullarda kazanıldığı tüketici güveni açısından belirleyicidir.

Yenileme primindeki artışın yalnızca tek bir yüzdeyle bildirilmesi, sigortalının artışın nedenini anlamasını zorlaştırabilir. Şirketlerin mümkün olduğu ölçüde genel sağlık maliyeti trendini, yaş değişimini, ürün/plan güncellemesini ve bireysel poliçeye uygulanabilen diğer fiyatlama unsurlarını ayrı ayrı açıklaması şeffaflığı artırır. Bununla birlikte kişisel sağlık verilerinin gizliliği korunmalı ve açıklama amacıyla gereğinden fazla hassas veri paylaşılmamalıdır.

9.5. Teminatların Karmaşıklığı ve Bilgi Asimetrisi

Özel sağlık sigortası poliçeleri limit, alt limit, katılım payı, muafiyet, bekleme süresi, istisna ve anlaşmalı kurum koşulları bakımından teknik belgelerdir. Tüketici çoğu zaman ürünü satın alırken poliçenin tüm olası kullanım senaryolarını öngöremez. Sigortacı ve dağıtım kanalı ise ürünün teknik özellikleri hakkında daha fazla bilgiye sahiptir. Bu bilgi asimetrisi, teminat beklentisi ile gerçek sözleşme kapsamı arasında fark oluşmasına yol açabilir.

Çözüm olarak poliçenin yanında kısa ve standart bir ürün özeti sunulması önerilebilir. Bu özette temel teminatlar, yıllık limitler, sigortalı katılımı, başlıca istisnalar, bekleme süreleri, anlaşmalı kurum ağına erişim yöntemi, yenileme esasları ve hasar başvurusu adımları sade bir dille gösterilmelidir. Örnek olaylarla desteklenen bilgilendirme, tüketicinin ürünü yalnızca prim tutarına göre değil, gerçek kullanım koşullarına göre karşılaştırmasını kolaylaştırır.

9.6. Sağlık Kuruluşları, Fiyatlandırma ve Hizmet Kalitesi

Sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki fiyat ve hizmet koşulları, poliçenin kullanılabilirliğini ve hasar maliyetlerini doğrudan etkiler. Anlaşmalı kurum ağının genişliği kadar kurumların coğrafi erişilebilirliği, branş dağılımı, hekim ve hizmet kalitesi, randevu bulunabilirliği ve hasta deneyimi de önemlidir. Büyük şehirlerdeki geniş kurum ağı, diğer bölgelerde aynı ölçüde sunulamayabilir.

Maliyet kontrolü amacıyla sağlık hizmeti bedellerinin tek yönlü baskılanması, hizmet kalitesini veya kurumların sigortalılara ayırdığı kapasiteyi olumsuz etkileyebilir. Buna

karşılık fiyat ve kalite göstergelerini birlikte ele alan sözleşmeler, klinik sonuçlara dayalı değerlendirmeler ve gereksiz işlemleri azaltan süreçler daha dengeli bir yaklaşım sunar. Sigorta şirketleri, sağlık kuruluşlarıyla ilişkilerini yalnızca fatura indirimi üzerinden değil, ölçülebilir kalite ve erişim hedefleri üzerinden de geliştirmelidir.

9.7. Bölgesel Erişim ve Sağlık Hizmetinde Eşitsizlik

Özel sağlık sigortasının fiilî değeri, sigortalının yaşadığı veya hizmet almak istediği bölgede uygun sağlık kuruluşuna erişebilmesine bağlıdır. Anlaşmalı kurumların büyük şehirlerde yoğunlaşması, daha küçük illerde yaşayan sigortalıların poliçeden yararlanma imkânını sınırlayabilir. Bu durum aynı prim karşılığında farklı bölgelerde farklı hizmet deneyimi doğurabilir.

OECD'nin Health at a Glance 2025 Türkiye ülke notunda nüfusun temel sağlık hizmetleri bakımından yüzde 99 oranında kapsama sahip olduğu, ancak kaliteli sağlık hizmetinin mevcudiyetinden memnuniyetin yüzde 41 düzeyinde kaldığı belirtilmektedir; OECD ortalaması yüzde 64'tür. Bu göstergeler özel sigortanın tek başına çözebileceği sorunları değil, sağlık sisteminde erişim ve hizmet kalitesi konularının birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. (OECD, 2025).

Bölgesel eşitsizliğin azaltılması için sigorta şirketlerinin ulusal ölçekte asgari erişim standartları tanımlaması, ağ dışı hizmetlerde geri ödeme koşullarını açıkça belirtmesi ve uzaktan sağlık hizmetlerini uygun klinik alanlarda tamamlayıcı bir seçenek olarak değerlendirmesi mümkündür. Uzaktan hizmetler yüz yüze muayenenin gerekli olduğu durumların yerine geçirilmemeli; tıbbi gereklilik ve hasta güvenliği esas alınmalıdır.

9.8. Veri Kalitesi, Dijitalleşme ve Algoritmik Riskler

Dijital hasar yönetimi ve aktüeryal fiyatlama, doğru, güncel ve temsil gücü yüksek verilere ihtiyaç duyar. Eksik veya hatalı kayıtlar, riskin yanlış sınıflandırılmasına, haksız ret kararlarına veya prim tarifelerinin gerçek maliyetleri yansıtmamasına neden olabilir. Farklı şirketler ve sağlık kuruluşları arasında veri tanımlarının uyumlu olmaması da sektör genelinde karşılaştırma yapmayı güçleştirir.

Makine öğrenmesi ve otomatik karar sistemleri, olağan dışı hasar örüntülerini saptamak veya işlem sürelerini azaltmak için kullanılabilir. Ancak model çıktılarının açıklanabilir olması, hatalı pozitif sonuçların izlenmesi, ayrımcılık riskinin test edilmesi ve insan denetiminin korunması gerekir. Sağlık verilerinin hassas niteliği nedeniyle veri minimizasyonu, erişim kontrolü, güvenli aktarım ve saklama sürelerine uyum tasarım aşamasından itibaren gözetilmelidir.

9.9. Tüketici Şikâyetleri ve Uyuşmazlıkların Azaltılması

Hasar talebinin reddedilmesi veya kısmen ödenmesi, sigortalı açısından çoğu zaman yüksek önem taşıyan bir karardır. Ret gerekçesinin poliçe maddesiyle ilişkilendirilmemesi, eksik belge taleplerinin parçalı biçimde iletilmesi veya başvuru süresinin belirsiz olması uyuşmazlık riskini artırır. Bu nedenle şirketlerin karar gerekçelerini standartlaştırması, başvuru sahibine izlenebilir bir dosya numarası sunması ve yeniden inceleme yolunu açıkça bildirmesi gerekir.

Şikâyet yönetimi yalnızca bireysel dosyayı kapatmaya yönelik olmamalıdır. Tekrarlanan şikâyetlerin hangi ürün, kurum, teminat veya süreçte yoğunlaştığı analiz edilerek kök nedenler belirlenmelidir. Bu analizler ürün metinlerinin sadeleştirilmesine, acente eğitimlerinin güncellenmesine, provizyon kurallarının iyileştirilmesine ve sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmelerin gözden geçirilmesine katkı sağlayabilir.

9.10. Sektör İçin Çözüm Önerileri

Sorun alanı	Önerilen çözüm	Beklenen katkı
Prim erişilebilirliği	Farklı gelir ve ihtiyaç gruplarına uygun, kapsamı açık temel ve modüler ürünler geliştirilmesi	Sigortaya girişin kolaylaşması ve ürün çeşitliliği
Sağlık maliyetleri	Fiyat, kullanım sıklığı ve teknoloji etkilerini ayrı izleyen aktüeryal modeller	Daha isabetli fiyatlama ve teknik sürdürülebilirlik
Yenileme belirsizliği	Yenileme priminin ana bileşenlerini açıklayan standart bilgilendirme	Güvenin ve poliçe devamlılığının artması
Teminat karmaşıklığı	Standart ürün özeti ve örnek kullanım senaryoları	Bilinçli karşılaştırma ve daha az uyuşmazlık
Bölgesel erişim	Asgari ağ erişim ölçütleri ve açık ağ dışı geri ödeme koşulları	Coğrafi farklılıkların azaltılması
Hasar uyuşmazlıkları	Gerekçeli karar, tek seferde belge bildirimi ve etkin itiraz kanalı	İşlem süresinin ve şikâyetlerin azalması
Veri güvenliği	Veri minimizasyonu, erişim kayıtları, model denetimi ve güvenlik testleri	Mahremiyetin ve karar kalitesinin korunması
Hizmet kalitesi	Sağlık kuruluşlarıyla kalite ve erişim odaklı sözleşmeler	Maliyet-kalite dengesinin güçlenmesi

9.11. Kamu Politikası ve Düzenleyici Çerçeve İçin Öneriler

Kamu otoritesinin rolü, özel sağlık sigortası pazarının büyümesini teşvik etmekle sınırlı değildir. Tüketicinin korunması, ürünlerin karşılaştırılabilirliği, şirketlerin mali yeterliliği, sağlık verilerinin güvenliği ve sigorta sisteminin kamu sağlık finansmanıyla uyumlu çalışması da düzenleyici politikanın temel bileşenleridir. Bu kapsamda standart ürün bilgi dokümanlarının geliştirilmesi, şikâyet ve hasar verilerinin anonim ve karşılaştırılabilir biçimde yayımlanması, yenileme uygulamalarının izlenmesi ve şirketler arası geçiş süreçlerinin şeffaflaştırılması yararlı olabilir.

Sektör istatistiklerinin düzenli yayımlanması, politika tasarımının kanıta dayalı yürütülmesini sağlar. Prim üretimi ve sigortalı sayısının yanında kişi başına prim, yaş gruplarına göre sigortalılık, yenileme oranı, hasar/prim göstergeleri, başvuru sonuçlanma süreleri ve şikâyet verileri de tanımları açıklanarak izlenmelidir. Böylece nominal büyümenin ötesinde tüketiciye sunulan gerçek korumanın gelişimi değerlendirilebilir.

9.12. Sürdürülebilir Bir Özel Sağlık Sigortası Modeli

Sürdürülebilir özel sağlık sigortacılığı, sigortacıların teknik kârlılığı ile sigortalıların erişilebilir ve güvenilir teminat ihtiyacını birlikte karşılayabilmelidir. Aşırı düşük primle hızlı büyüme, ilerleyen dönemlerde teknik zarar ve sert yenileme artışları doğurabilir. Aşırı yüksek primler ise sağlıklı sigortalıların sistemden ayrılmasına ve risk havuzunun daralmasına neden olabilir. Bu nedenle fiyatlama, teminat tasarımı, sağlık hizmeti satın alma ve tüketici koruması tek bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Uzun vadeli modelin temelinde şeffaf sözleşme, öngörülebilir yenileme, güçlü veri güvenliği, etkin hasar yönetimi, kalite odaklı sağlık ağı ve düzenli aktüeryal denetim bulunmalıdır. Özel sağlık sigortası kamu sağlık sisteminin alternatifi olarak değil, kamu güvencesiyle birlikte çalışan ve bireylerin tercihlerine göre ek finansal koruma sağlayan

bir mekanizma olarak konumlandırılmalıdır. Bu yaklaşım, hem sigorta piyasasının güvenilirliğini hem de sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitliliği destekleyebilir.

10. SONUÇ, GENEL DEĞERLENDİRME VE GELECEĞE YÖNELİK ÖNGÖRÜLER

10.1. Araştırmanın Genel Sonuçları

Bu çalışmada Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı; ekonomik ve aktüeryal temelleri, kurumsal yapısı, ürün türleri, prim hesaplama yöntemleri, sağlık enflasyonu, hasar yönetimi, hukuki düzenlemeler, piyasa yapısı ve sektörel sorunları bakımından bütüncül bir yaklaşımla incelenmiştir. İnceleme, özel sağlık sigortasının yalnızca bir finansal ürün olmadığını; sağlık hizmetlerinin finansmanı, hanehalkı refahı, sigorta piyasasının sürdürülebilirliği ve tüketici haklarıyla doğrudan ilişkili çok boyutlu bir mekanizma olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının büyüklüğü, özel sigortanın gelişebileceği geniş bir ekonomik alan bulunduğunu göstermektedir. TÜİK verilerine göre toplam sağlık harcaması 2024 yılında 2 trilyon 359 milyar 151 milyon TL'ye ulaşmış; finansman içinde SGK'nın payı yüzde 39,5, merkezi devletin payı yüzde 36,0, hanehalklarının payı yüzde 18,8 ve sigorta şirketlerinin payı yüzde 2,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu dağılım, sağlık finansmanında kamunun temel konumunu koruduğunu, özel sigortanın ise toplam sistem içinde hâlen sınırlı fakat gelişme potansiyeli bulunan bir finansman kanalı olduğunu göstermektedir.

Türkiye Sigorta Birliği'nin 2025 Sektör Raporu, hastalık/sağlık branşında prim üretiminin 2021'de 13,0 milyar TL'den 2025'te 211,9 milyar TL'ye yükseldiğini bildirmektedir. Aynı rapora göre 2025 yıl sonunda tamamlayıcı sağlık sigortalısı sayısı 5,23 milyon, özel sağlık sigortalısı sayısı 2,74 milyondur. Bu göstergeler pazarın nominal büyümesini ve tamamlayıcı sağlık sigortasının sigortalı sayısı bakımından ulaştığı ölçeği ortaya koymaktadır. Ancak nominal prim artışı, enflasyondan arındırılmadan reel büyüme olarak yorumlanmamalıdır.

Çalışmanın temel bulgularından biri, pazar büyümesinin tek başına sürdürülebilirlik anlamına gelmediğidir. Sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesi, hasar frekansı ve şiddetindeki değişim, sigortalıların yaş yapısı, yenileme davranışları ve sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmeler prim yeterliliğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle sektörün performansı yalnızca prim üretimi ve sigortalı sayısıyla değil; kazanılmış prim, gerçekleşen ve muallak hasarlar, yenileme oranı, müşteri memnuniyeti, teminatın fiilî kullanılabilirliği ve cepten ödeme yüküyle birlikte değerlendirilmelidir.

10.2. Kamu ve Özel Finansmanın Birlikte İşleyişi

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, Genel Sağlık Sigortası sisteminin yerine geçen bir yapı olarak değil, kamu güvencesiyle birlikte çalışan ek bir finansman ve hizmet tercihi mekanizması olarak değerlendirilmelidir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin belirli özel sağlık kuruluşlarında karşılaşabilecekleri ilave maliyetleri poliçe şartları çerçevesinde karşılamayı hedefler. Özel sağlık sigortası ise ürünün kapsamına bağlı olarak daha geniş teminat ve kurum ağı seçenekleri sunabilir. Bu iki ürünün işlevi, kapsamı ve maliyet yapısı birbirinden farklıdır.

Kamu ve özel finansmanın birlikte bulunması, kaynakların etkin kullanımı bakımından fırsatlar yaratabileceği gibi koordinasyon ihtiyacını da artırmaktadır. Özel sigorta sisteminin gelişmesi, kamu sağlık hizmetlerinin finansman sorumluluğunu ortadan kaldırmamalı; sağlık hizmetlerine erişimde gelir temelli eşitsizlikleri derinleştirmemelidir. Bu nedenle özel sigorta ürünlerinin kamu sistemiyle uyumu, hizmet sağlayıcılarla sözleşme ilişkileri ve tüketiciye sunulan teminatın gerçek kapsamı düzenli biçimde izlenmelidir.

10.3. Aktüeryal Sürdürülebilirlik ve Sağlık Maliyetleri

Özel sağlık sigortasının uzun vadeli başarısı, riskin doğru ölçülmesine ve primlerin beklenen hasar maliyetini karşılayacak biçimde belirlenmesine bağlıdır. Saf risk primi, teknik prim ve brüt prim arasındaki ayrımın doğru kurulması; hasar frekansı, hasar şiddeti, sağlık enflasyonu, yaş ve teminat kapsamı gibi değişkenlerin tutarlı biçimde modellenmesi gerekir. Geçmiş verilerin tek başına geleceği temsil etmediği, özellikle hızlı maliyet değişimlerinin yaşandığı dönemlerde ileri dönük projeksiyonların ve senaryo analizlerinin önem taşıdığı görülmektedir.

Sağlık maliyetlerini yönetmek için sigorta şirketlerinin yalnızca prim artışına başvurması sürdürülebilir bir çözüm değildir. Anlaşmalı kurumlarla kalite ve maliyet dengesini gözeten sözleşmeler yapılması, gereksiz işlem ve tekrarların azaltılması, önleyici sağlık uygulamalarının desteklenmesi, dijital hasar süreçlerinin geliştirilmesi ve aktüeryal modellerin düzenli olarak geriye dönük test edilmesi gereklidir. Maliyet kontrolü, tıbben gerekli hizmete erişimi ölçüsüz biçimde kısıtlamamalıdır.

10.4. Tüketici Güveni ve Uzun Vadeli Sigortalılık

Sağlık sigortası, bireyin sağlık ihtiyacının arttığı dönemlerde değer kazanan uzun vadeli bir güvence ilişkisidir. Bu nedenle tüketici güveni; yalnızca satış anındaki fiyat ve teminat vaadiyle değil, poliçenin yenilenmesi, hasar talebinin değerlendirilmesi ve sigortalının sağlık geçmişindeki değişiklikler karşısında haklarının korunmasıyla oluşur. Teminat istisnalarının açıkça yazılması, yenileme primlerinin anlaşılır biçimde açıklanması, ret kararlarının somut poliçe hükümlerine dayandırılması ve şikâyet yollarının erişilebilir olması bu güvenin temel unsurlarıdır.

1 Ocak 2026 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği değişiklikleri; bekleme süreleri, ömür boyu yenileme garantisi, grup sigortaları ve şirketler arası geçiş konularında sigortalıların uzun dönemli haklarını etkileyen önemli düzenlemeler içermektedir. Bu düzenlemelerin sektördeki etkisi, yalnızca mevzuat metniyle değil, şirketlerin uygulama standartları ve sigortalılara sağladığı bilgilendirme kalitesiyle belirlenecektir.

10.5. Geleceğe Yönelik Beklentiler

Önümüzdeki dönemde Türkiye özel sağlık sigortacılığının gelişimini belirleyecek başlıca dinamikler; sağlık hizmeti maliyetleri, nüfusun yaş yapısı, hanehalkı gelirleri, kamu sağlık politikaları, özel sağlık kuruluşlarının kapasitesi, dijitalleşme ve düzenleyici çerçeve olacaktır. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların uzun süreli yönetim ihtiyacı, sigorta şirketlerinin risk modellerini ve ürün tasarımlarını yeniden ele almasını gerektirebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı uygulamaları ise uygun biçimde tasarlandığında uzun dönemli sağlık sonuçlarına katkı sunabilir.

Dijitalleşme; poliçe yönetimi, provizyon, hasar değerlendirmesi ve müşteri iletişiminde verimlilik sağlayabilir. Yapay zekâ ve veri analitiği uygulamalarının yaygınlaşması beklenirken, sağlık verilerinin özel niteliği nedeniyle mahremiyet, açıklanabilirlik, ayrımcılığın önlenmesi ve insan denetimi temel ilkeler olarak korunmalıdır. Teknolojik yenilikler, tüketicinin haklarını zayıflatan otomatik karar mekanizmalarına dönüşmemelidir.

Pazarın büyümesinde modüler ve farklı bütçelere uyarlanabilir ürünlerin geliştirilmesi önem taşıyacaktır. Bununla birlikte ürünlerin daha erişilebilir hâle gelmesi, teminatların aşırı daraltılması pahasına sağlanmamalıdır. Sigortalıların poliçe kapsamını

karşılaştırabilmesi, anlaşmalı kurum ağını güncel olarak görebilmesi ve yenileme koşullarını önceden anlayabilmesi pazarın sağlıklı büyümesine katkıda bulunacaktır.

10.6. Politika ve Uygulama Önerileri

Çalışmanın bulguları doğrultusunda kamu otoritesi, sigorta şirketleri, sağlık hizmeti sunucuları ve dağıtım kanalları için aşağıdaki politika ve uygulama öncelikleri öne çıkmaktadır:

Tüketicinin ürünleri karşılaştırmasını kolaylaştıracak standart ve sade bir sağlık sigortası ürün özeti geliştirilmelidir.

Yenileme priminin temel bileşenleri, kişisel sağlık verilerinin gizliliği korunarak anlaşılır biçimde açıklanmalıdır.

Aktüeryal fiyatlama modellerinde sağlık enflasyonu; fiyat, kullanım sıklığı ve teknoloji etkilerine ayrıştırılmalıdır.

Şirketler arası geçiş ve ömür boyu yenileme garantisi uygulamaları, mevzuata uygun ve operasyonel açıdan izlenebilir hâle getirilmelidir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmelerde maliyetin yanında kalite, erişim ve hasta güvenliği göstergeleri kullanılmalıdır.

Hasar ret ve kısmi ödeme kararları somut poliçe maddelerine dayandırılmalı; sigortalıya etkili yeniden inceleme imkânı sunulmalıdır.

Sağlık verilerinin işlenmesinde veri minimizasyonu, erişim kontrolü, güvenli aktarım ve saklama-imha kuralları uygulanmalıdır.

Sektör istatistikleri; sigortalı sayısı ve prim üretiminin yanı sıra yenileme, hasar, şikâyet, erişim ve tüketici memnuniyeti göstergelerini de kapsamalıdır.

Düşük ve orta gelir gruplarına yönelik temel teminatlı ürünler geliştirilirken, poliçenin gerçek kullanım değeri ve cepten ödeme riski korunmalıdır.

10.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve İleri Çalışmalar

Bu çalışma, yayımlanmış resmî istatistikler, mevzuat metinleri, sektör raporları ve ikincil kaynaklar üzerinden hazırlanmıştır. Şirket bazında ayrıntılı hasar mikro verileri, poliçe yenileme kayıtları, bireysel prim tarifeleri ve sağlık kuruluşlarıyla yapılan ticari sözleşmeler kamuya açık olmadığından analizler sektör düzeyinde yürütülmüştür. Ayrıca farklı kurumların sigortalı, poliçe, prim ve hasar tanımları arasında yöntem farklılıkları bulunabileceği için göstergelerin karşılaştırılmasında kaynakların kendi metodolojik açıklamaları dikkate alınmalıdır.

Gelecek araştırmalarda sigortalıların yaş, gelir ve bölge gruplarına göre poliçe devamlılığının incelenmesi; TSS ve ÖSS ürünlerinin teminat ve cepten ödeme sonuçlarının karşılaştırılması; sağlık kuruluşu ağlarının bölgesel erişim üzerindeki etkisinin ölçülmesi ve 2026 yönetmelik değişikliklerinin şirket uygulamalarına yansımasının izlenmesi yararlı olacaktır. Ayrıca sigortalı memnuniyeti, hasar kararlarının doğruluğu ve yenileme fiyatlarının öngörülebilirliği üzerine yapılacak ampirik çalışmalar, sektörün gelişimine ilişkin daha ayrıntılı sonuçlar sunabilir.

10.8. Sonuç

Sonuç olarak Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, büyüyen sağlık harcamaları ve değişen hizmet beklentileri karşısında önemli bir gelişme alanına sahiptir. Ancak sektörün kalıcı başarısı, yalnızca daha fazla prim üretmesine veya daha çok kişiye poliçe satmasına bağlı değildir. Asıl başarı; sigortalının ihtiyaç duyduğu anda poliçesinden yararlanabilmesi, primlerin öngörülebilir ve sürdürülebilir olması, sağlık hizmeti kalitesinin korunması ve tüketici haklarının güvence altında bulunmasıyla ölçülmelidir.

Bu çerçevede özel sağlık sigortacılığı, kamu sağlık sistemini ikame eden bir model olarak değil, kamu güvencesini tamamlayan ve sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitlilik sağlayan bir araç olarak geliştirilmelidir. Aktüeryal disiplin, şeffaf sözleşme, güçlü tüketici koruması, güvenli veri yönetimi ve kalite odaklı sağlık ağı birlikte işletildiğinde, özel sağlık sigortası hem sigortalılar hem sigorta şirketleri hem de sağlık sisteminin bütünü açısından daha sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilir.

KAYNAKÇA

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). Resmî Gazete, 16 Haziran 2006, Sayı 26200.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu. (2007). Resmî Gazete, 14 Haziran 2007, Sayı 26552.

6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu. (2011). Resmî Gazete, 14 Şubat 2011, Sayı 27846.

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun. (2013). Resmî Gazete, 28 Kasım 2013, Sayı 28835.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016). Resmî Gazete, 7 Nisan 2016, Sayı 29677.

Kişisel Verileri Koruma Kurumu. (2024). 6698 sayılı Kanun'da özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesine ilişkin değişiklikler ve uygulama rehberleri. https://www.kvkk.gov.tr/

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). Health at a Glance 2025: Türkiye.
https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/turkiye_87675f02-en.html

Rekabet Kurumu. (2025). 25-23/582-368 sayılı Kurul Kararı.
https://www.rekabet.gov.tr/Karar?kararId=c83422d4-360c-43eb-b30b-568425f9eede

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM). (t.y.). Sigorta sektörü bilgi ve gözetim hizmetleri.
https://www.sbm.org.tr/

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK). (2025). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinin Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge (2025/28).
https://www.seddk.gov.tr/tr/mevzuat/sigortacilik/genelge-teblig-ve-sektor-duyurulari

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK). (2026). 22.05.2026 tarihli ve 2026/1 sayılı Özel Sağlık Sigortalarında Yeni Döneme İlişkin Bilgilendirme Hakkında Sektör Duyurusu. https://www.seddk.gov.tr/UploadContent/Documents/SektorDuyurusu-%C3%96zel_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortalar%C4%B1nda_Yeni_D%C3%B6nem.pdf

T.C. Resmî Gazete. (2013). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği. 23 Ekim 2013, Sayı 28800.

T.C. Resmî Gazete. (2025). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 20 Ekim 2025, Sayı 33053. https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/10/20251020-1.htm

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2024. Haber Bülteni, Sayı 54188, 4 Aralık 2025. https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54188

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2026). Sağlık Modülü, 2025. Haber Bülteni, Sayı 62059, 25 Şubat 2026. https://veriportali.tuik.gov.tr/Bulten/Index?dil=1&p=Saglik-Modulu-2025-62059

Türkiye Sigorta Birliği (TSB). (2026). 2025 Yılı Sektör Raporu.
https://www.tsb.org.tr/content/Broadcasts/TSB_SEKTOR_TR25.pdf