Istanbul Gelisim Univ J Soc Sci 2026:13(2);445-462
DOI: 10.17336/igusbd.1724303

ÖZGÜN ARAŞTIRMA MAKALESİ / ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Copyright@Author(s) - Available online at dergipark.org.tr/en/pub/igusbd.
Content of this journal is Licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) International License.

Sağlık Güvencesi Arayışı: Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercihleri Üzerine Nitel Bir İnceleme

The Search for Health Security: A Qualitative Study on Individuals' Preferences for Supplementary Health Insurance

[1]Ayşe İSPİRLİ TURAN

Öz

Amaç: Bu araştırma, bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS) tercihlerini etkileyen faktörleri anlamayı amaçlamaktadır. Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan yoğunluk, randevu sistemindeki aksaklıklar ve hizmet kalitesiyle ilgili algılar, bireyleri özel sağlık hizmetlerine yönlendirmektedir. Bu bağlamda TSS, yalnızca ekonomik bir seçenek değil, bireylerin sağlık sistemine olan güveni ve hizmet beklentileriyle de yakından ilişkili sosyolojik bir tercihtir.

Yöntem: Nitel araştırma deseniyle yürütülen çalışmada, son beş yıl içinde TSS yaptırmış 20 birey ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve meslek çeşitliliği açısından maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, kodlar üzerinden temalar oluşturulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların çoğu TSS hakkında ilk bilgiyi aile bireylerinden ve sosyal çevrelerinden edinmiştir. Sigorta tercihinde prim tutarı, teminat kapsamı, anlaşmalı hastane sayısı ve muayene hakları belirleyici olmuştur. Kamu hastanelerindeki yoğunluk, hijyen eksikliği, ulaşım sorunları ve sağlık personelinin ilgisizliği nedeniyle özel hizmetlere yönelim artmaktadır. TSS, bu bağlamda ekonomik ve işlevsel bir çözüm olarak değerlendirilmektedir.

Sonuçlar: Çalışma, tamamlayıcı sağlık sigortasının bireyler için yalnızca finansal bir çözüm değil, aynı zamanda sağlık sistemine duyulan güven, hizmete erişim ve kalite beklentileriyle ilişkili sosyolojik bir tercih olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcılar, poliçe kapsamlarının genişletilmesi, muayene haklarının artırılması ve yıllar içinde artan fiyatların denetlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. TSS, kamu sağlık hizmetlerindeki yapısal sorunlara karşı bireysel bir çözüm arayışı olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Sosyal güvence, Tamamlayıcı sağlık sigortası, Sigortalılık davranışı, Sağlık ekonomisi, Sağlık sosyolojisi.

ETİK BİLDİRİM: Samsun Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 2024/93, tarih: 11.12.2024).

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Samsun Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun, Türkiye.
✉ ayse.ispirli@samsun.edu.tr

Geliş/Received: 21.06.2025
Kabul/Accepted: 06.01.2026

Ayşe İSPİRLİ TURAN, "The Search for Health Security: A Qualitative Study on Individuals' Preferences for Supplementary Health Insurance", Istanbul Gelisim University Journal of Social Sciences, 13 (2), 2026, pp. 445-462.

Abstract

Objective: This study aims to understand the factors that influence individuals' preferences for supplementary health insurance (SHI). The congestion in public health services in Turkey, the shortcomings in the appointment system, and perceptions regarding service quality are directing individuals toward private health services. In this context, SHI is not merely an economic option but also a sociological choice closely related to individuals' trust in the health system and their service expectations.

Method: In this qualitative research study, semi-structured interviews were conducted with 20 individuals who had purchased TSS in the last five years. Participants were selected using maximum diversity sampling in terms of age, gender, education level, and occupational diversity. The data obtained were evaluated using content analysis, and themes were created based on the codes.

Findings: Most participants initially learned about TSS from family and social circles. Premium amounts, coverage scope, number of contracted hospitals, and examination rights were key factors in insurance preferences. Due to overcrowding, poor hygiene, transportation issues, and indifferent healthcare staff in public hospitals, demand for private services has increased. In this context, TSS is viewed as an economical and functional solution.

Results: The study revealed that supplementary health insurance is not only a financial solution for individuals, but also a sociological choice related to trust in the healthcare system, access to services, and quality expectations. Participants emphasized the need to expand policy coverage, increase examination rights, and control rising prices over the years. SHI stands out as an individual solution to structural problems in public health services.

Keywords

Social security, Supplementary health insurance, Insurance behavior, Health economics, Health sociology.

Giriş

Sağlıklı bir yaşam sürmek, her bireyin ertelenemez temel hakkıdır. Ancak kamu sağlık kurumlarında yaşanan yoğunluk, personel yetersizliği ve sınırlı imkânlar, bireylerin bu hizmetlere zamanında ve etkili şekilde ulaşmasını engellemektedir. Bu durum, vatandaşları sağlık hizmetine daha hızlı ve etkin erişim yolları aramaya yöneltmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetleri tabanlı yapısal sorunlar, bireyleri kamu güvencesinin ötesinde tamamlayıcı ve özel sağlık sigortalarına yönlendirmektedir. Kamu tabanlı sağlık güvencesi olsa da, randevu güçlüğü, hasta yoğunluğu ve detaylı hizmet eksikliği gibi sorunlar nedeniyle özel sağlık kurumlarına talep artmakta, ancak maliyetler yüksektir. Bu nedenle bireyler, maliyeti azaltmak için tamamlayıcı sağlık sigortalarını tercih etmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası bir özel sağlık sigortası türüdür. Genel Sağlık Sigortası kapsamına girmeyen ya da yalnızca kısmen karşılanan sağlık hizmetleri için bireylerin cepten ödeme yükünü azaltmak veya daha yüksek standartlarda hizmet alımını sağlamak amacıyla tamamlayıcı sağlık sigortası devreye girmektedir (Serdar vd., 2020, s. 219). Hizmet alan bireyin karşılamakla yükümlü olduğu sağlık harcamalarını, kapsam ve ödeme oranlarına göre farklı paketlerle üstlenmektedir (Erkek ve Erkek, 2012, s. 79). Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından hazırlanan On ikinci kalkınma planında da tamamlayıcı sağlık sigortası; Genel Sağlık Sigortası sisteminin sürdürülebilirliğini desteklemek, bireylere ek sağlık güvencesi sunmak ve sağlık hizmet sunumunun etkinliğini artırmak amacıyla tamamlayıcı sağlık sigortacılığını teşvik edildiği ifade edilmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2019, s. 78).

Bu çalışmanın amacı, bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelme sürecini ve bu yönelimin altında yatan gerekçeleri analiz etmektir. Ayrıca, sigortalılık süreci boyunca karşılaşılan olumsuz deneyimlere dayalı olarak bireylerin sisteme ilişkin iyileştirme önerilerini ortaya koymak hedeflenmiştir. Araştırma, nitel yöntem benimsenerek gerçekleştirilmiş ve son beş yıl içerisinde tamamlayıcı sağlık sigortasını deneyimlemiş olan 20 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Literatürde, tamamlayıcı sağlık sigortası konusunu doğrudan tüketici perspektifinden ele alan ve nitel veriyle desteklenen çalışmaların sınırlı olması, bu araştırmayı özgün ve alana katkı sağlayıcı nitelikte kılmaktadır.

Sosyal Güvenlik Sistemi ve Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı

İnsanlar geçmişten günümüze kadar çevre ve çevrede yer alan tehlikelere karşı korunma ve tedbir alma güdüsüyle yaşamıştır. Toplum temelli yaşamın ve insan doğasının barındırdığı çeşitli risklere karşı, tarih boyunca sürekli bir güvenlik ihtiyacı hissetmiştir. Özellikle hastalık, sakatlık, annelik ve yaşlılık gibi durumların giderilmesi ve güvence altına alınması gerekliliği, bu ihtiyacın zamanla daha da artmasına neden olmuştur (Çımrın & Durdu, 2015, s. 62). Sosyal

güvenlik sistemleri ve bu sistemler aracılığıyla sunulan sosyal koruma kurumları, insanlık tarihiyle eş zamanlı olarak gelişim göstermiştir. Endüstri toplumu öncesinde ise aile yapısı, üretim biçimi ve çalışma ilişkileri gibi etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli sosyal risklere karşı korunma ihtiyacı, ağırlıklı olarak geleneksel yöntemlerle karşılanmıştır (Köleoğlu, 2012, s. 75). Sosyal güvenlik, modern anlamda sanayileşmenin bir ürünü olsa bile, bireyin risklere karşı korunma ihtiyacı insanlık tarihi kadar eskidir. Sanayileşmeyle birlikte sermaye ve işçi sınıflarının kesin olarak ayrışması, özellikle zayıf konumdaki işçilerin korunmasını hem devlet hem de toplum açısından öncelikli bir gereklilik haline getirmiştir (Koç, 2004).

Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi, ağırlıklı olarak dört temel sigorta modelinden biri olan Bismarck Modeline benzerlik göstermektedir. Bu modelde, çalışanların gelirleri üzerinden ödedikleri primler ortak bir havuzda toplanmakta ve bireyler, ödedikleri prim oranında sosyal güvenlik haklarından yararlanmaktadır. Emeklilik, hastalık ve iş kazası gibi durumlarda sağlanan yardımlar, kişinin sigortalılık süresi ve önceki gelir düzeyine göre değişiklik göstermektedir (Akpınar & Öğütoğlulları, 2020, s. 134). Bu kapsamda sağlık alanına yöneldiğimizde sosyal güvence hizmetleri sağlık sigorta mekanizmaları ile sağlanmaktadır. Sigorta kelimesi kavramsal olarak toplumdaki bireylerin gelecekte karşılaşabilecekleri risklere karşı güvence altına alınması anlamına gelir. Bu sistemde, bireyler belirli aralıklarla prim ödeyerek bir fona katkı sağlar; bu birikimler ise ileride ortaya çıkabilecek gelir kayıpları veya beklenmedik gider artışlarını telafi etmek amacıyla kullanılır (Kağan, 2006, s. 148). Türkiye'de sağlık hizmetlerinde sosyal sigorta modeli olan Genel Sağlık sigortası sistemi kullanılmaktadır. Genel Sağlık sigortası ilk defa 2008 yılında yürürlüğe girmiş ve 2012 yılında nüfusun tamamını kapsar şekilde vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiştir. Netice olarak genel sağlık sigortası aracılığıyla vatandaşların sağlık hizmetine erişilebilirliği artırılarak etkin bir hizmet sunum şekli gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda kişi yalnızca gelirine göre prim ödeyecek olup, ödediği prim miktarıyla aldığı hizmet miktarı bağlantılı olmayacaktır. Gelire göre prim, ihtiyaca göre hizmet sunumu mekanizması etkindir (Sülkü, 2011, s. 29). GSS aynı zamanda dezavantajlı gruplar içinde koruma sağlamaktadır. Bu grupların primi karşılayamama veya cepten sağlık harcaması riski yüksek olduğundan, bu kesime yönelik finansal koruma programları eşitlik için kritik önemdedir. Türkiye'deki Yeşil Kart uygulaması buna örnektir. (Tirgil & Özbuğday, 2020, s. 12) GSS sisteminde ise bu bireyler havuz sisteminden faydalanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, genellikle kamusal sağlık sigortalarının kapsayamadığı alanlara yönelik olarak geliştirilmiştir. Bu sigorta türü, kamu sisteminin yetersiz kaldığı veya ek finansal desteğe ihtiyaç duyduğu durumları hedef alarak sınırlı bir müdahaleyi kapsamaktadır (Sekhri & Savedoff, 2005, s. 129). Bu sayede vatandaş kendi cebinden satın alacağı sigorta paketiyle kendi hekimini ve hastanesini seçme konusunda serbestliğinin artması hedeflenmiştir. Ayrıca satın aldığı paket sayesinde özel sağlık hizmetlerinden daha önceden belirlenmiş bir sınır dahilinde hizmet alabilecektir. Bu sağlık hizmetine olan erişimi artırmakta ve tedavilerde erteleme durumunu ortadan kaldırabilmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Güven, Risk Algısı ve Özel Sağlık Sigortası Talebi

Sağlık hizmetlerine dair kurumsal ve mali sisteme olan güvenin azalması, insanların hissettikleri riskleri tekrar gözden geçirmelerine ve farklı koruma yollarını tercih etmelerine yol açmaktadır. Mechanic ve Meyer (2000, s. 658), sağlık alanında güven sorununu bireysel ilişkilerin ötesinde, kamu ve kurumsal sağlık düzenlemeleri bağlamında ele almaktadır. Bu bağlamda halk nezdinde hekimlere ve sağlık sistemine duyulan güven azalmış; hastaların sağlık planlarının kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak yerine maliyeti düşürme odaklı olarak düzenlendiğine dair kaygıları ön plana çıkarılmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin finansman biçimine yönelik güvenin zayıflamasının bireylerin alternatif güven mekanizmaları aramasına zemin hazırladığını göstermektedir (Mechanic ve Meyer, 2001, s. 658; Blandon vd., 1998). Bu noktada alternatif olarak ön plana çıkan özel sağlık sigortası planları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası, temelinde sağlıklı bireylerden hasta olan bireylere gelir aktarımı sağlayan bir mekanizma olarak işlev görmektedir. Sigortanın maliyetleri düşürme yönünde bir etkisi olsa da, özellikle yüksek maliyetli ve hayat kurtaran tedavilere erişimi kolaylaştıran gelir aktarımının refah düzeyi üzerindeki etkisi, fiyat üzerindeki etkilerden daha fazla önem taşımaktadır (Nyman, 2001, s. 24).

Kurumsal güvenin zayıflaması, yalnızca finansman tercihlerine değil, sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin deneyimlere de yansımaktadır. Sağlık hizmetlerinde bireylerin kamu dışı hizmet sunumlarına yönelmesine neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu kapsamda teknik, ilişkisel birçok neden vardır. Özellikle hizmet sunumundaki ilişkisel sorunlardan kaynaklanan temel zorluklar ön plana çıkmaktadır. Gilson (2003, s. 1463)'a göre; kişisel davranışlar, özellikle hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında, ancak aynı zamanda işveren ve çalışanlar arasında, yöneticiler arasında ve kamu ve özel sektör temsilcileri arasında da kişiler arası güveni oluşturmaktadır. Bununla beraber sağlık personelindeki motivasyon düşüklüğü kaynaklı olumsuz tutumlar, hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Bu durumun sağlık kurumlarındaki çalışma sistemi ve yönetim uygulamalarıyla da bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bu tür bir çatışmanın

neticesi özellikle düşük gelirli ülkelerde, sağlık sistemin hasta ihtiyaçlarına yeterince yanıt verememesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (WHO, 2001). Bu yapısal ve ilişkisel sorunlar, bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde risk algısını daha görünür hâle getirmektedir.

Bireyler sağlık hizmeti talebi veya finansmanı hususunda kendilerini var olan risklere karşı daha kendilerini güvenli alanda hissetmek amacıyla sigortaya yönelmektedir. Bu yönelimi sağlayan ise algılanan riskin varlığı ve yüksekliğidir. Slovic (1987, s. 280) bu konuda; uzman analistlerin teknolojik imkanları kullanırken, sıradan vatandaşların ise risk değerlendirmesini sezgisel olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir. Bu süreçte birey nesnel olarak değil öznel hissiyatına istinaden hareket etmektedir. Risk algıları yani bireyin bir tehdide karşı algıladığı duyarlılık birçok sağlık davranışı değişim teorisinin temel bileşenidir (Ferrer ve Klein, 2015, s. 85). Yapılan psikometrik çalışmalardan elde edilen bir diğer tutarlı sonuç ise insanların mevcut risk seviyelerini çoğu faaliyet için kabul edilemeyecek kadar yüksek olarak görme eğiliminde olmalarıdır (Slovic, 1987, s. 283). Bu noktadan hareketle, bireylerde algılanan risk seviyesinin yüksek oluşu, belirsizliği azaltmak ve kendilerini daha güvende hissettikleri bir konfor alanı oluşturmak amacıyla sigortaya yönelmelerini teşvik etmektedir.

Algılanan risk ve güven arayışıyla sigortaya yönelen bireylerin davranışları, sağlık ekonomisi literatüründe ahlaki tehlike çerçevesinde açıklanmaktadır. Tüm tıbbi bakım masraflarına karşı tazminat sağlayan bir sağlık sigortasının varlığı, hizmet sunumu sırasında bireyin karşılaştığı fiyatı piyasa düzeyinden sıfıra indirirken; talep eğrilerindeki esneklik nedeniyle bireyin sigortanın varlığına bağlı olarak tıbbi bakım için talep ettiği harcama düzeyini de değiştirmesine yol açmaktadır. Çünkü bireyin aşırı kullanımının maliyeti, bu sigortanın diğer tüm alıcılarına dağıtıldığı için, birey bakım kullanımını kısıtlamaya yönlendirilememektedir (Pauly, 1968, s. 532–535). Einav ve Finkelstein (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık sigortasında ahlaki tehlikenin varlığını destekleyen güçlü kanıtlar ortaya koymaktadır. Çalışmada, bireylerin sağlık hizmeti maliyetlerini kendileri karşıladıklarında daha az hizmet kullandıkları, dolayısıyla sigorta kapsamının bireylerin davranışları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmeti talebi ve tercihlerin şekillenmesinde sadece maddi teşviklerin değil, hizmete erişim sürecinde karşılaşılan maddi olmayan maliyetlerin de etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu noktada parasal maliyetin kamu hizmeti nezdinde düşük olması hasta için her şartta tek başına cazip değildir. Uzun bekleme sıraları, zaman israfı da bu noktada tercih belirleme hususunda ön plana çıkmaktadır. Zweifel & Manning (2000, s. 411–414) bu durum için; tıbbi hizmetlerin parasal fiyatı sıfır olsa bile, zaman maliyetleri tüketici tercihlerini sınırlamaya devam edeceğini ifade etmekle birlikte sigortanın kapsamının geniş olmasının ise, hastayı yaptığı tercihlerin finansal sonuçlarından koruduğunu da vurgulamaktadır.

Bu davranışsal ve ekonomik mekanizmalar, sağlık sigortası talebini açıklayan teorik yaklaşımlar ile değerlendirildiğinde bütüncül bir çerçeve ortaya çıkmaktadır. Bireyler, gelecekteki hastalıklara bağlı büyük mali kayıp riskini azaltmak için sigortanın beklenen maliyetine göre daha yüksek bir bedel ödemeye isteklidir ve riskten kaçınma düzeyi arttıkça sağlık sigortasının risk azaltıcı etkisi güçlenmektedir. Buna karşılık, sigorta kapsamının genişlemesi maliyet paylaşımını azaltarak cepten ödemeleri düşürmekte ve sağlık hizmeti talebini artırarak ahlaki tehlike etkisi yaratmaktadır (Manning ve Marquis, 1996, s. 610). Bu durumda hastalanan bireyler sigorta olmaksızın satın alacaklarından daha fazla sağlık hizmeti ve diğer mal ve hizmetleri tüketmektedir. Örneğin, iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla hastanede fazladan bir gün kalabilmekte ya da sigorta olmasaydı karşılayamayacakları pahalı ve hayat kurtarıcı bir tedaviye erişebilmektedirler (Nyman, 2001, s. 2).

Yöntem

Bu çalışma araştırma yöntemlerinden nitel araştırma tekniği gerçekleştirilmiş ve fenomenoloji deseni tercih edilmiştir. Nitel araştırma yöntemi Nitel araştırmacı, konuya derinlemesine yaklaşarak gerçekliği keşfetmeye çalışır ve katılımcının öznel bakış açısını merkeze almaktadır (Karataş, 2015, s. 63). Bu bağlamda Creswell (2007) fenomenoloji desenini bireylerin bir fenomene dair deneyimlerini anlayabilmek olarak tarif etmiştir.

Çalışma kapsamında araştırma için evren; tamamlayıcı sigorta deneyimi olan bireyler oluşturmaktayken Örneklem olarak ise; son 5 yıl içerisinde tamamlayıcı sigorta kullanmış veya kullanmakta olan 20-65 yaş arası bireyler olarak belirlenmiştir. Örneklem yöntemi olarak ise; amaçlı örneklem ve kartopu örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma çerçevesinde toplam 20 katılımcı ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Creswell (1998), görüşmelerde doygunluğa ulaşmak için 20–30 katılımcının yeterli olabileceğini belirtirken; Wilson (2015, s. 41), katılımcı sayısının 6–20 arasında değişebileceğini, ancak kesin bir sayıdan ziyade araştırmada doygunluk ilkesinin esas alınması gerektiğini vurgulamıştır. 20. Görüşmeciyle birlikte çalışma doygunluğuna erişildiği düşünüldüğü için görüşmeler sonlandırılmıştır. Görüşme soruları, nitel araştırma deneyimi olan 2 Dr. Öğr. Üyesi tarafından gözden geçirilmiş, 3 pilot görüşmeyle test edilip akademisyenlerin geri bildirimleri doğrultusunda düzeltilmiştir. Asıl görüşmeler katılımcı rızasıyla ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiş, transkript edilip kodlama ve tematik analiz yapılmıştır. Analiz süreci, deneyimli 2 Dr. Öğr. Üyesi ve

araştırmacıdan oluşan bir kod-geçerlilik komitesi tarafından son kez incelenip düzeltilmiştir. Tema-alt tema haritası oluşturulmuş, katılımcı görüşleri bu düzende sunulmuştur. Katılımcı isimleri gizli tutulmuş, numaralandırma yapılmıştır. Çalışma kapsamında katılımcılara yöneltilmiş olan yarı yapılandırılmış soru formu aşağıdaki gibidir;

1. İlk defa tamamlayıcı veya özel sigorta hakkında bilgi kaynaklarınız nelerdi?
2. Sigorta poliçesi seçerken hangi kriterler sizin için önemli? Nelere dikkat ediyorsunuz?
3. Tamamlayıcı sigorta tercih etmenizdeki en önemli nedenler nelerdir?
4. Daha önce tamamlayıcı veya özel sigorta kullanmış birisi olarak, bu deneyiminizde ne gibi olumsuz durumlar yaşadınız?
5. Tamamlayıcı sigorta sistemiyle alakalı deneyimlerinize dayanarak sistemin daha da iyileştirilmesi veya eksik hatalı gördüğünüz durumlara dair önerileriniz nelerdir?

Katılımcılar

Araştırma kapsamında son 5 yıl içerisinde tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmış olan veya halen tamamlayıcı sağlık sigortası kullanmakta olan bireylerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan 7'si erkek ve 13'ü ise kadın katılımcıdır. Katılımcılara ait bilgiler aşağıda gibi Tablo 1'de aktarılmıştır;

Tablo 1. Katılımcı Bilgileri

Katılımcı Sırası	Cinsiyet	Meslek	Yaş
Katılımcı 1	Erkek	Öğretmen	36
Katılımcı 2	Erkek	Sağlık Teknikeri	36
Katılımcı 3	Kadın	Araştırma Görevlisi	30
Katılımcı 4	Kadın	Avukat	36
Katılımcı 5	Kadın	Mühendis	42
Katılımcı 6	Kadın	Dr. Öğr. Üyesi	37
Katılımcı 7	Kadın	Araştırma Görevlisi	33
Katılımcı 8	Kadın	Mimar	32
Katılımcı 9	Erkek	Öğretim Görevlisi	32
Katılımcı 10	Erkek	Öğretmen	37
Katılımcı 11	Kadın	Dr. Öğr. Üyesi	40
Katılımcı 12	Erkek	Araştırma Görevlisi	34
Katılımcı 13	Kadın	Öğretmen	33
Katılımcı 14	Kadın	Dr. Öğr. Üyesi	37
Katılımcı 15	Erkek	Dr. Öğr. Üyesi	34
Katılımcı 16	Kadın	Sağlık Teknikeri	38
Katılımcı 17	Erkek	Öğretmen	33
Katılımcı 18	Kadın	Dr. Öğr. Üyesi	36
Katılımcı 19	Kadın	Dr. Öğr. Üyesi	34
Katılımcı 20	Kadın	Sigortacı	40

Veri Analizi

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen yazılı dökümler, araştırmacı tarafından tematik analiz yöntemi ile çözümlenmiştir. Tematik analiz, belirli bir konuya ilişkin anlamlı temalar oluşturarak bu temalar aracılığıyla derinlemesine çıkarımlar yapmayı amaçlayan bir nitel veri analiz yöntemidir (Clarke & Braun, 2013). Bu doğrultuda, ilk aşamada görüşme dökümleri araştırmacı tarafından kodlanmış ve kodlama sürecinin ardından, veriler belirli bir mantıksal düzen içerisinde örüntülenerek temalar oluşturulmuştur. Kodlama ve temalaştırma tamamlandıktan sonra, analiz güvenilirliğini artırmak için nitel araştırma deneyimli iki doktora öğretim üyesi ve araştırmacının katılımıyla çevrimiçi bir toplantı yapılmıştır. Kod ve temalar gözden geçirilip düzenlenerek analiz nihai hale getirilmiştir. Tematik analiz sonucu, alt tema, kategori ve katılımcı görüş sayıları Tablo 2'de sunulmuştur.

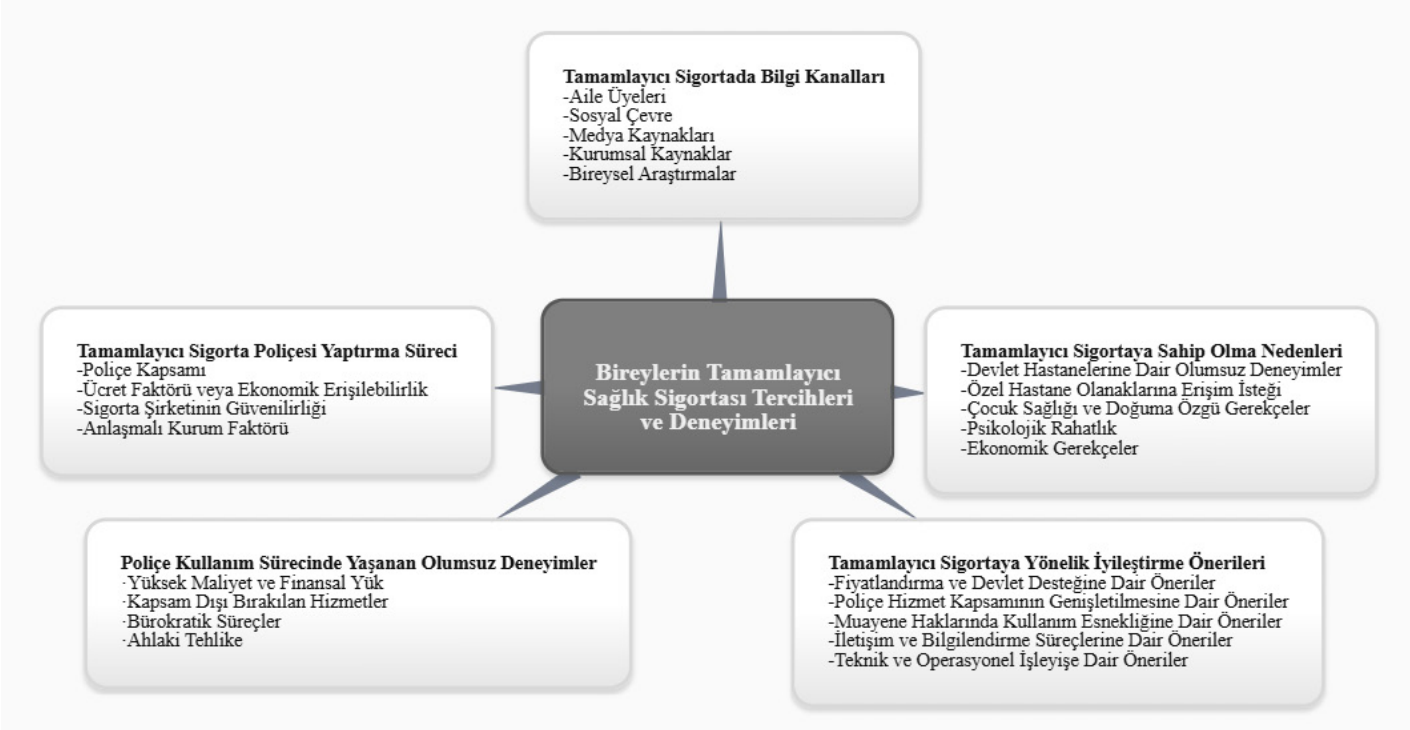
Tablo 2. Tematik Kodlama Sonuçları

Tema	Alt Tema	Kategori Sayısı	n	f
Tamamlayıcı Sigortada Bilgi Kanalları	Aile Üyeleri	-	11	12
	Sosyal Çevre	-	9	11
	Medya Kaynakları	-	6	9
	Kurumsal Kaynaklar	-	5	6
	Bireysel Araştırmalar	-	4	6
Tamamlayıcı Sigorta Poliçesi Yaptırma Süreci	Poliçe Kapsamı	3	14	31
	Ücret Faktörü veya Ekonomik Erişilebilirlik	-	7	12
	Sigorta Şirketinin Güvenilirliği	-	4	8
	Anlaşmalı Kurum Faktörü	-	9	11
Tamamlayıcı Sigortaya Sahip Olma Nedenleri	Devlet Hastanelerine Dair Olumsuz Deneyimler	4	10	30
	Özel Hastane Olanaklarına Erişim İsteği	3	12	22
	Çocuk Sağlığı ve Doğuma Özgü Gerekçeler	-	7	10
	Psikolojik Rahatlık	-	9	12
	Ekonomik Gerekçeler	-	5	7
Poliçe Kullanım Sürecinde Yaşanan Olumsuz Deneyimler	Yüksek Maliyet ve Finansal Yük	-	6	8
	Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetleri	-	11	17
	Bürokratik Süreçler	-	7	8
	Ahlaki Tehlike	-	3	3
Tamamlayıcı Sigortaya Yönelik İyileştirme Önerileri	Fiyatlandırma ve Devlet Desteğine Dair Öneriler	2	9	16
	Poliçe Hizmet Kapsamının Genişletilmesine Dair Öneriler	2	10	20
	Muayene Haklarında Kullanım Esnekliğine Dair Öneriler	-	6	7
	İletişim ve Bilgilendirme Süreçlerine Dair Öneriler	-	4	6
	Teknik ve Operasyonel İşleyişe Dair Öneriler	-	6	8

Yukarıda sunulan tabloda, her bir yönlendirici soru doğrultusunda ortaya çıkan alt temalara ilişkin veriler yer almaktadır. Tablodaki 'kategori' değeri, her bir alt temanın daha ayrıntılı alt başlık sayısını ifade etmektedir. 'n' değeri, ilgili temaya katkı sağlayan katılımcı sayısını; 'f' (frekans) değeri ise, katılımcılar tarafından söz konusu temanın kaç kez tekrarlandığını göstermektedir.

Bulgular

Bu çalışmada, son beş yılda tamamlayıcı sigorta hizmeti almış bireylerle yapılan görüşmelerle hizmet süreci, sahip olma nedenleri, olumsuz deneyimler ve öneriler incelenmiştir. Görüşmeler sonucunda 5 ana soru doğrultusunda 5 ana tema ve 23 alt tema belirlenmiştir. Ana temalar; bilgi kanalları, poliçe yaptırma süreci, sahip olma nedenleri, kullanım sürecindeki olumsuz deneyimler ve iyileştirme önerileri olarak adlandırılmıştır. Tema haritası Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Tema-Alt Tema Haritası

1. Tamamlayıcı sigortada bilgi edinme kanalları

Katılımcılara araştırma çerçevesinde yöneltilen ilk olarak tamamlayıcı sigorta hakkında ilk defa nasıl bilgi sahibi oldukları yönündedir. Katılımcılardan gelen yanıtlar doğrultusunda 5 alt tema ortaya çıkmıştır. Bu alt temalar; aile üyeleri aracılığıyla, sosyal çevre aracılığıyla, medya kaynakları aracılığıyla, kurumsal kaynaklar aracılığıyla ve bireysel araştırmalar aracılığıyla olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtlardan yola çıkarak en yüksek katılım aile üyeleri aracılığı ve sosyal çevre aracılığı olmuştur.

1.1. Aile Üyeleri Aracılığıyla

Katılımcıların 11'i tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında aile üyeleri ve akrabalarının deneyimleri ile haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Babam her sene bize zaten bir sağlık sigortası yapardı. O ara ara vermiştik ama evlendiğimizde doğum ihtimali artık söz konusu olunca sigortacıyla da sürekli irtibat halinde oldukları için babam bize yaptırdı tamamlayıcı sigortayı. Ben bu şekilde haberdar oldum babam sayesinde." (Katılımcı 7)

"Benim kuzenim sigortacı, kuzenimle sohbet ederken o bahsetti ve özellikle çocuk için düşündüğümüzde avantajlı gelince yaptırmaya karar verdik." (Katılımcı 19)

1.2. Sosyal Çevre Aracılığıyla

Dokuz katılımcı arkadaşları, iş çevresi, okul çevresi vb. sosyal çevreleri sayesinde tamamlayıcı sigorta hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir Konuya ilişkin katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Lisans eğitiminde hocamız bahsetmişti, bilgilendirme olmuştu ama hiç araştırmamıştık. Daha sonra bir arkadaşlarım da vasıtasıyla, onlarda çünkü sigorta şirketleri vs. var, böyle bir şeyin faydalı olduğunu, mesela özellikle Doğum esnasında çok faydalı olduğunu, kişiye özel aile paketinin de kapsamına dair bilgiler vermişlerdi. Böyle haberdar olmuştum." (Katılımcı 12)

"Çalışmaya başladıktan sonra okuldaki başka araştırma görevlisi arkadaşlardan duydum ben. Kendilerinin dışarıdan tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıklarını ve memnun kaldıklarını duydum birkaç arkadaşımdan. İşte sen de yaptırabilirsin hani şöyle avantajları var vesaire gibi anlattıkları için ben de denemek istedim." (Katılımcı 3)

1.3. Medya Kaynakları Aracılığıyla

Tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma kanalları arasında aynı zamanda medya kanalları bir kaynak olarak gösterilmiştir. 6 katılımcı ilk defa medyada yer alan reklamlar, internet kaynakları, sosyal medya platformları gibi alanlardan bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

"Ben ilk defa internette görmüştüm ve sosyal medya platformlarından Instagramda. O şekilde haberdar oldum." (Katılımcı 1)

"Ben internet kaynaklarından haberdar oldum. YouTube reklamları aslında çok fazla. YouTube reklamları, TV reklamları benim haberdar olmamı sağlayan kanalların başında." (Katılımcı 10)

1.4. Kurumsal Kaynaklar Aracılığıyla

Katılımcılardan 5'i tamamlayıcı sigortadan haberdar olma konusunda Kurumsal kaynakları işaret etmişlerdir. Katılımcılar bazen bankalar aracılığıyla bazen uzmanlar veya sigorta şirketleri aracılığıyla bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Belirten katılımcılarda bulunmaktadır. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Yani şöyle bilgilendirici mesajlar oluyordu bankalardan bir de sigortamnet aracılığıyla pek çok sigortayı yaptırdığım için oradan reklamlar geliyordu ama açıkçası çok ilgilenmiyordum. Detayını da bilmediğim için tabii araştırmadım da açıkçası. Fakat merak edip araştırınca cazip geldi ve yaptırdım." (Katılımcı 4)

"İlk kızım küçüktü, daha kreş yaşındaydı. Doğduğundan beri gittiğimiz bir çocuk doktorumuz var. O zaman sohbet ediyorken; çocuğun kreş çağı başlıyor ve çok hasta olur, sigorta yaptırın ve hastane ücretleriyle uğraşmayın dedi. Böyle haberdar olduk." (Katılımcı 5)

1.5. Bireysel Araştırmalar Aracılığıyla

Katılımcıların 4'ü tamamlayıcı sigorta sahibi olma süreçlerinde kendi araştırma ve çabalarıyla da bu sigorta türünden daha detaylı haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Konuya ilişkin katılımcı 11*; "İnternette denk geliyordum açıkçası. Olumlu geri bildirimlere kulak aşinalığı olunca ben de bireysel internet üzerinden daha detaylı araştırdım. Ve hangi sigorta şirketiyle anlaşacağıma dair karar verdim." Sözleriyle görüşünü aktarırken, katılımcı 20 ise; "Ben kendim sigortacılık mezunuyum. Sigorta şirketinde çalışıyorum. Mesleki olarak kendim bu bilgiye sahiptim."* Zaten meslek erbabı olduğu için kendisinin bu bilgiye sahip olduğunu vurgulamıştır.

2. Tamamlayıcı Sigorta Poliçesi Yaptırma

Araştırmada katılımcılara, tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi yaptırırken hangi unsurlara önem verdikleri sorulmuştur. Yanıtlar doğrultusunda dört alt tema belirlenmiştir: poliçe kapsamı (hizmet limitleri, çeşitliliği ve kapsamı), ücret ve ekonomik erişilebilirlik, sigorta şirketine duyulan güven ve anlaşmalı kurum faktörü. Katılımcıların en fazla önem verdiği unsur poliçe kapsamı olmuştur. Diğer temalar ise orta düzeyde önemsenmiştir. Alt temalara ilişkin detaylar ve katılımcı görüşleri aşağıda sunulmuştur.

2.1. Poliçe Kapsamı

Katılımcıların 14'ü tamamlayıcı sigorta poliçesi yaptırırken; poliçenin kapsamına ve kapsayıcılığına önem verdiklerini belirtmişlerdir. Bu kapsamda poliçe içerisindeki hizmetlerin neleri kapsadığı bu var olan limitleri, paket içerisinde yer alan ekstra hizmet türleri ve çeşitliliğine dikkat çekerek bu hususları poliçe sürecindeki önemli kriterleri olduğunu vurgulamışlardır. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Mesela neyi kapsamadığını kapsayıp kapsamadığına biz bakıyoruz. Mesela önceden şeyi kapsıyordu. Bu çocuklarda influenza şu bu var ya onları kapsıyordu. Mesela şu an artık sigorta şeyler ödemiyor şirketler bunlara. Ne yazık ki öyle şeyler. Bunların içeriklerine bakıyoruz. Hangisi avantajlıysa ona yöneliyoruz." (Katılımcı 5)

"Şöyle tabii ki ilk yaptırırken fiyat unsuru etkili fakat sonrasında bazı hastalıklar tanımlanmış oluyor ya o hastalıklar tanımlandığı için kendi sürekli yaptırdığım sigortadan yaptırmak istedim. Çünkü farklı şirketle poliçe yapsam o hastalıkları kapsamıyor. O yüzden de onun fiyatı mesela daha pahalı olsa bile kapsayıcılığı için onu seçtim." (Katılımcı 13)

Katılımcıların dikkat çektiği önemli konulardan biri, poliçelerdeki sağlık hizmeti limitleridir. Muayene hakkı ile ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin hangi ücret ve kullanım sınırlarıyla karşılandığı, poliçe tercihinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılar, hizmetlerin gün, adet veya ücret bazında belirlenen limitlerini dikkatle incelediklerini belirtmiştir. Bu limitlerin poliçe seçiminde doğrudan etkili olduğu görülmektedir. Katılımcı 19 bu konuda şöyle demiştir:

"Benim için en önemli konu poliçe kapsamıdır. Muayene hakkı sayısı, hizmetlerin branşlara göre sınırlandırılması ve her hizmetin hem sayısal hem de mali limitleri belirleyicidir. Ayrıca kapsamlı bir check-up hizmetinin poliçeye dahil olması da benim için önemlidir." (Katılımcı 19)

2.2. Ücret Faktörü veya Ekonomik Erişilebilirlik

Katılımcıların 7'si bu alt temada genel olarak poliçenin toplam ücretine, poliçe kapsamında ücretsiz olarak erişim sağlayabilecekleri hizmetlere, poliçe ücretinin taksitli ödeme kolaylığına genel fiyat-performans ilişkisine dikkat ettiklerine değinmişlerdir. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

“Biz paket halinde bunu yapan sigorta şirketlerine başvuru yaptık, fiyat istedik. Aile paketi var, kişiye özel paketler var, çocuk için vs. Biz bunları araştırırken ihtiyacımıza en uygun yani meblağsını karşılayabileceğimiz en uygun paketi seçtik.” (Katılımcı 1)

“Hocam şimdi şöyle, ben hastaneye gittiğim zaman benden ekstra şu tahlili yapacağız diyerek ücret istemesinler. Ben buna dikkat ediyorum poliçede.” (Katılımcı 2)

2.3.Sigorta Şirketinin Güvenilirliği

Katılımcıların 4’ü poliçe yaptıkları süreçte sigorta şirketlerinin itibarına ve güvenilirliğine önem verdiklerini ve bu süreçte şirketin imajının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Konuya ilişkin olarak katılımcı 17 ; “Benim için poliçe yaparken önemli konular; birincisi fiyat, ikincisi bulunduğum şehirdeki hangi hastaneye hitap ettiği, üçüncüsü sigorta şirketinin kurumsal olup olmadığı ve hinterlandının seviyesi.” Şeklinde görüş beyan ederken aynı hususta katılımcı 18 ise şu cümlelerle görüşünü aktarmıştır; *“Firmaların güvenilir olmasına dikkat ettim ve özellikle soruşturdum. Sigortacı dediğim arkadaşımla aynı süreci devam ettirdim. Hangi firmayı önerdiyse bu firmanın ne kadar güvenilir olup olmadığı ile ilgili bilgi aldım, araştırdım.”*

Katılımcı 4 ise sigorta şirketinin güvenilirliğinin yanı sıra tanınır olmasına da dikkat çekmiştir; *“Tabi yani sigortanın kendisinin adı önemli. Tanınırlığı önemli. Yani büyük bir sigorta, güvenilir bir sigorta şirketi olması önemli.”*

2.4. Anlaşmalı Kurum Faktörü

Katılımcıların 9’u poliçe yaparken dikkat ettikleri önemli bir noktasında sigorta şirketinin poliçe kapsamında anlaşmalı olduğu hastane sayısı ve kapsamı olarak ortaya çıkmıştır. Bu hususta bazı katılımcılar coğrafi anlamda evinin yakınında bulunan hastanelerle anlaşmalı olan şirketleri ön plana alırken bazı katılımcılar ise anlaşmalı hastane sayısı gerek yaşanılan bölge içerisinde gerekse dışında en fazla olan şirketlere eğilim gösterdiklerini belirtmişlerdir. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

“Bazen aradığımız branş olmayabiliyor hastanede, istifa durumlar oluyor. Ona göre ben de çevre illere gidebilir miyim diye düşünüyorum yani. O yüzden başka bir ile gittiğimde de anlaşmalı hastane bulabilmeliyim poliçeyle.” (Katılımcı 2)

Katılımcı 8 ise poliçe seçerken tercih ettiği doktor odaklı hareket ettiğini belirtmiş ve görüşünü şu cümlelerle aktarmıştır; *“Hastanedeki doktor seçimi için yani eğer özellikle bir doktoru tercih ediyorsa o doktor hangi hastanedeyse o hastanenin hangi şirketle anlaşmalı olduğuna bakarım poliçede ve anlaşması varsa onlara göre araştırıp karar veririz.”* (Katılımcı 8)

Katılımcı 11 ise poliçede anlaşmalı hastanelerin tam teşekküllü hastaneler arasında yer alması ve ülke bazında geçerli olması gibi hususlara vurgu yapmıştır. Konuya ilişkin görüş aşağıdaki gibidir;

“Özellikle poliçede şuna dikkat ettim, birçok şeyi kapsaması, yani sağlık giderlerini kapsama noktasında ve birçok tam teşekküllü özel hastanede geçerli olması, ülke bazında özellikle geçerli olması benim için son derece önemliydi. Mesela görüşme esnasında bazı poliçelerde şu söylendi, bazı hastanelerde geçerli olmadığı ya da Türkiye genelinde her hastanede hizmet verilemediği söylendi. Ben de açıkçası full paket diye tabir edilen, ülke genelinde geçerli tüm hastaneleri kapsayan bir hizmetin olmasını tercih ettim ki sonuç itibariyle nerede ne zaman sağlık anlamında sıkıntı yaşayacağımı bilmiyorum.” (Katılımcı 11)

3. Tamamlayıcı Sigortaya Sahip Olma Nedenleri

Araştırmanın bu kısmında katılımcılara tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma gerekçelerinin neler olduğu sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar doğrultusunda yapılan tematik analizle 5 alt tema ortaya çıkmış ve bu temalar; devlet hastanelerine dair olumsuz deneyimler, özel hastane olanaklarına erişim isteği, çocuk sağlığı ve doğuma özgü gerekçeler, Psikolojik güvence ve ekonomik gerekçeler olarak isimlendirilmiştir. Bu temaya dair en yoğun katılım gözlenen alt temalar; devlet hastanelerine dair olumsuz deneyimler ve özel hastane olanaklarına erişim isteği olarak ön plana çıkmıştır. Alt temalara ait örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibi aktarılmıştır;

3.1. Devlet Hastanelerine Dair Olumsuz Deneyimler

Katılımcıların 10’u tamamlayıcı sigortaya sahip olma nedenlerini belirli hususlarda devlet hastanelerinde yaşadıkları olumsuz deneyimleri gerekçe göstermiştir. Katılımcıların bu gerekçeleri genel olarak; fiziksel altyapı ve kalite sorunları hizmete erişimde zorluk ve gecikme, devlet hastanelerindeki ilgi eksikliği ve buna bağlı memnuniyetsizlik ve enfeksiyon ve hijyen kaygıları olarak alt kategoriler olarak ön plana çıkmıştır.

Katılımcılar hastanenin teknolojik ve fiziksel koşularının iyi olmadığı, mahremiyet sorunları ayrıca personel sayısının yetersiz olmasından dolayı yaşanan yığılmaların sebebiyet verdiği olumsuz durumları vurgulamışlardır. Konuya

ilişkin olarak katılımcı 5; "*Doktor eksik, yeterli personel yok. Adam sana bir serum takamıyor. Takacak imkânı yok. Ne yapacaksın? Yetersiz yani.*" Sözleriyle görüşünü aktarırken, katılımcı 6 ise gördüğü eksiklikleri aşağıdaki cümlelerle aktarmıştır;

"Hiç mahremiyet yok gerçekten. Bazı doktorlar buna hiç de dikkat etmiyor. Hani bunu anlayamıyorum ama geçen de gittim devlet hastanesinde, kadın doğum hastanesinde. İçerisi adeta konferans salonu. Yani hiç mahremiyet yok. Doktorların ilgilenmeye zamanı da yok"

Katılımcıların önemle vurguladığı bir diğer husus ise hizmete erişim sağlamak noktasında gecikmeler ve zorluklardır. Katılımcılar devlet hastanelerinde muayene ve randevu ve görüntüleme hizmetlerine erişim konusunda yaşanan sorunlar ve yoğunluklardır. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Bana bir ay sonra, üç hafta sonraya randevu veriyor ki acillerde bile artık çok kuyruklar beklemek durumunda kalıyorsunuz. Bu hem acil için geçerli özellikle zaten acile gidebiliyoruz öyle durumlarda. Diğer türlü mümkün değildir randevu almak. Yani ben ihtiyacım olduğunda hastaneye ulaşamadığım için, hastane hizmetlerinden, sağlık hizmetlerinden faydalanamadığım için öncelikle tercih ettim tamamlayıcı sigortayı ve devamını getirdim." (Katılımcı 4)

"Yani ben çocukla ilgili bir sıkıntı yaşadığımda ben devlet hastanesinin kalabalığına girmek istemiyorum. Çünkü gidiyorsunuz oraya hasta olmayan insan bile hasta olur oranın kalabalığında. Ve saatlerce sıra bekliyorsunuz, hemen hizmet alma şansınız yok. O yüzden ben devlet hastanelerindeki yoğunluğun, kalabalıklığın, çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyeceğini düşünüyorum." (Katılımcı 19)

Görüşmelerde, devlet hastanelerindeki ilgisizlik ve iletişim eksikliği katılımcıların tamamlayıcı sigortaya yönelmesinde etkili bir neden olarak öne çıkmıştır. Katılımcılar, kamu hastanelerinde kendilerini değersiz hissettiklerini; özel hastanelerde ise daha ilgili ve saygılı bir yaklaşımla karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu durum, sigorta tercihlerini doğrudan etkilemiştir. Konuya dair örnek katılımcı görüşleri aşağıda sunulmuştur.

"Özel hastanenin özel hastası oluyorsunuz. Devletin ise sıradan bir hastası oluyorsunuz. Özel ilgi görmek daha temiz ortamda daha steril bir ortamda hizmet almak, işte doktorların kaba tavırlarıyla değil daha nezaket içerisinde davranışlarıyla karşılaşmak beni motive eden unsurlardan sigorta konusunda." (Katılımcı 18)

3.2. Özel Hastane Olanaklarına Erişim İsteği

Katılımcıların büyük bölümü, tamamlayıcı sigorta tercihlerini özel hastane olanaklarına erişim isteğiyle açıklamıştır. Özellikle hızlı ve beklemeden hizmet alma, personel ilgisi, sağlıklı iletişim ve daha kaliteli sağlık hizmeti gibi gerekçelerle özel hastaneleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar, coğrafi olarak özel hastanelerin devlet hastanelerine kıyasla daha ulaşılabilir olması nedeniyle de sigorta yaptırdıklarını ifade etmiştir. Konuya ilişkin Katılımcı 1'in görüşü aşağıda sunulmuştur.

"Sebebin en büyük sebebi şu, devlet hastanelerindeki çok fazla yoğunluk. Bizim için kendimizden önce evladımızı düşündüğümüz için ona en yakın, en hızlı şekilde sağlık hizmetini sunabilecek tüm avantajları elimizde olsun istedik. O yüzden devlet hastanesinde tabi ki tedavi olabilir ama özel hastanelerin gösterdiği ilgi, alaka, teknolojik altyapı maalesef devlet hastanelerinde yok."

Katılımcı 7 ise beklemeden hizmet alma ve fiziksel olarak özel hastane yakın olduğu için tamamlatıcı sigorta yaptırarak bu avantajlardan faydalanma yolunu tercih ettiğini belirtmiştir. Konuya ilişkin görüşünü aşağıdaki gibi beyan etmiştir;

"Niye yaptırdım? Yakında özel hastane var. Kolay ulaşıyorum. Evime çok yakın. Muayene randevusu almak çok zor. O randevu söylediğinde beklemek istemiyorum. Tahlil için işte birkaç gün sonra tekrar gitmek, tahlil sonuçlarını beklemek istemiyorum. Yani özel hastanede gidiyorsunuz, muayene oluyorsunuz, tahlil oluyorsunuz, bir saat sonra alıyorsunuz. MR bile çekinecek olsanız en fazla gecede ayarlanıyor çekiniyorsunuz ve hemen sonuca ulaşıyorsunuz. Bunların hepsine ulaşmak için tamamlayıcı sigorta yaptırmam gerekti."

Katılımcılar aynı zamanda özel hastane hizmetlerinde doktorlarına daha rahat eriştikleri, personel iletişiminde problem yaşamadıklarını ve memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu ifade ederek bu gerekçelerle tamamlayıcı sigortaya yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcı 18 konuya ilişkin; *"Doktorumla Telefon üzerinden istediğim saat arayabildim, istediğim saat yazabildim. Her türlü desteği hem yüz yüze hem de telefon üzerinden alabildim."* Şeklinde görüş beyan etmiştir.

Tamamlayıcı sigorta poliçesinde var olan bazı hizmet kapsamlarının özel hastanelerde daha detaylı hizmet alabilmek noktasında önemli bir imkân sağladığı katılımcılar tarafından vurgulanan diğer hususlardır. Konuya ilişkin olarak katılımcı 4; "*Genelde check-up gibi de olsun diyerek biz yılda bir defa bütün kan değerlerimize bir baktırıyoruz sigorta sayesinde. Bütün kan, idrar ya da röntgen tahlilleri, görüntüleri. Onların hepsini bir yaptırıp kontrolden geçiriyoruz genel durumu tabiri caizse."* Şeklinde görüş belirtmiştir.

3.3. Çocuk Sağlığı ve Doğuma Özgü Gerekçeler

Katılımcılardan gelen yanıtlar doğrultusunda 7 katılımcı tamamlayıcı sigorta yaptırma gerekçelerinden biri olarak katılımcıların doğum süreci ve çocukları için hizmet alma noktasında kolaylık sağlaması olarak ifade edilmiştir. Katılımcı 2 konuya ilişkin; *"Hocam şimdi şöyle sigortayı çocuklarım için yaptırıyorum. Diyelim ki akut durumlar oluyor. Akşam ateşleniyor. Mesela ishali kusması başlıyor. Çocuklar böyle şeyler. Şimdi ben devlet hastanesine gittiğim zaman devlet hastanesinden bana ilaç alıp gönderiyorlar. Muayeneyi bile karşıdan yapıyorlar neredeyse."* Şeklinde görüş belirtirken, katılımcı 8 ise çocukları konusunda beklemeden hizmet alma hususunda; "*Devlet hastanelerinde sıra bulmak çok zor. Özellikle kendimiz acil olan şeyleri bekletebiliyoruz ama çocukları bekletmek çok zor. O yüzden çocuklar için hemen gidebileceğimiz bir doktor imkanının olması bizim açımızdan psikolojik olarak çok etkili. Alternatif sahibi oluyoruz." Sözleriyle gerekçesini dile getirmiştir.*

Katılımcılar doğum sürecinin daha konforlu ve rahat geçmesi açısından yine tamamlayıcı sigortaya yöneldiklerini bu sayede özel hizmetlerden faydalanabildiklerini belirtmişlerdir. Konuya ilişkin katılımcı 15; "*Doğum paketi önemli çünkü hemen olmasa da çocuk sahibi olmak isteriz diye düşünüyorduk. Bunun içinde yine artan maliyetler nedeniyle tamamlayıcı sigorta daha cazip geldi bunun için."* Sözleriyle tamamlayıcı sigortaya yönelme gerekçesini ifade etmiştir.

3.4. Psikolojik Rahatlık

Katılımcıların 9'u sigorta yaptırma gerekçelerinden birisi olarak kendilerini güvende ve konforlu hissetme ihtiyacından ötürü olduğunu belirtmişlerdir. Olası acil bir durumda veya ihtiyaç haline beklemeden hizmet alacaklarını bilmenin kendilerini sağlık konusunda psikolojik olarak güvenli alanda hissettirdiğini vurgulamışlardır. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Kendimi güvenli alanda gibi hissediyorum. Bakın mesela ben önceden kendime de sigorta yaptırdım fakat şu an sigortalı değilim. Kendime sigorta yaptırmadığım için güvenli alanın dışına çıkmış gibi hissediyorum. Olası bir hastalanma durumda randevu bulamazsan erteleyeceğim mesela. Ama özel sigortalıyken hiçbir şekilde hiçbir sıkıntınızı ertelemiyorsunuz." (Katılımcı 19)

"Tamamlayıcı sigorta sahibi olmak beni ayrıcalıklı hissettiriyor bir an önce gidip işlerimi halledebildiğim için avantajlı ve zihin rahatlığı sağlıyor." (Katılımcı 14)

"Tabii ki bu pakete sahip olmak bir özgüveni getiriyor. Herhangi bir problemim olursa, sağlık sigortam var. Bu biraz zihinsel olarak sizi rahatlatıyor. Sağlık bir sorununuz olmasa bile." (Katılımcı 1)

3.4. Ekonomik Gerekçeler

Katılımcılar tamamlayıcı sigorta yaptırma gerekçesi olarak normalde cepten ödeme alacağı hizmetleri tamamlayıcı sigorta sayesinde tek bir paketle çok daha az maliyetli şekilde alabilmeleri olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca olası ani maliyetli durumlara karşı bu sayede tedbir alabildiklerini de ön plana çıkan diğer bir husustur. Katılımcıların konuya ilişkin örnek görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Fiyatlar konusunda çok yuvarlak hesaplar fiyat vereceğim. Ama diyelim ki biz 10 bine 1 yıllık anlaşmıştık. Ben gittiğim hastanede sadece doğum ücreti 35.000 TL civarındaydı. Bunun dışında haftalık kontroller, aile kontroller, kan tahlilleri sadece doğum ücreti. Yaptığımız masraflar bile poliçenin kat kat daha fazlasında masraf oluyor." (Katılımcı 8)

"Tek seferde belli bir meblağ ödeyip götürdüğüm zaman maddi olarak özel hastaneleri inanılmaz derecede erişilebilir kılıyor tamamlayıcı sigorta poliçesi. Çünkü ben düşünüyorum çocuğuma aldığım hizmetleri ayrı ayrı alsaydım şu an ödediğim poliçe hizmetinin 3 katı 4 katı para ödeyecektim." (Katılımcı 19)

4. Poliçe Kullanım Sürecinde Yaşanan Olumsuz Deneyimler

Araştırmanın diğer bir sorusu olarak katılımcılara tamamlayıcı sağlık sigortasında aktif poliçe kullanım sürecinde sigortayla bağlantılı olarak yaşadıkları olumsuz deneyimlerin neler olduğu sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların yanıtlarıyla 4 alt tema ortaya çıkmıştır. Bu alt temalar; Yüksek maliyet ve finansal yük, kapsam dışı bırakılan hizmetler, bürokratik süreçler, ahlaki tehlike olarak adlandırılmıştır. Soru kapsamında ön plana çıkan olumsuz deneyim teması kapsam dışı bırakılan hizmetler olarak ortaya çıkmıştır. Alt temalara ait bilgiler ve örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibi aktarılmıştır;

4.1. Yüksek Maliyet ve Finansal Yük

Katılımcıların 6'sı poliçe sahibi olmanın beraberinde önemli bir mali yükü de getirdiğini ve halihazırda kamu sigortasına sahipken yeniden bedeliyle bir sigorta poliçesi satın almanın bütçelerine yeni bir gider kapısı oluşturduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca tamamlayıcı sigorta fiyatlarının yüksekliği ve fahiş artış oranları da bu noktada sigorta sahibi olmak konusundaki sürdürülebilirlik açısından da olumsuz neticelere sebep olduğu özellikle vurgulanmıştır.

"Bu sene mesela ekonomik durumlardan dolayı yaptıramadık hepimize sigorta. Yani o poliçe fiyatları arttığı için. Geçen sene yaptırdığım fiyata göre %125 falan arttı yani. Önceki sene eşim de dahildi poliçeye. Ben bu sene eşime dahil etmedim. İki çocuğuma yaptırdım sadece." (Katılımcı 2)

"Yani sigortam bittikten sonra şöyle bir şey yaşadım. Bir sonraki sigorta tercihimi yaparken ben sigortalılık sürecinde bütün haklarımı kullanmış olduğum için bir sonraki sigorta yaptığımda çok daha fazla bir maliyet çıktı karşıma. O da haklarımın tümünü kullandığım için olduğu yönünde bir bilgi aldım. Böyle olması açıkçası beni bir daha sigorta yaptırma konusunda düşündürüyor. Muayene benim hakkım ve hakkımı kullandığım için ekstra maliyetle karşılaşmamalıyım." (Katılımcı 18)

4.2. Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler

Katılımcıların 11'i aktif poliçe süreçlerinde en çok yaşadıkları olumsuz deneyim olarak sigortalı olmalarına rağmen kapsama alınmayan hizmetler olarak ifade etmişlerdir. Sigortalı olmadan önce sağlık geçmişleri nedeniyle yararlanamadıkları hizmetler, kronik rahatsızlıklar, eski teşhisler bunların dışında sağlık geçmişinden bağımsız olarak karşılanmayan bazı tahlil ve tetkikler konuya ilişkin vurgulanan hususlardır. Konuyla ilgili örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Kronik bir rahatsızlığınız varsa daha önce sigorta öncesinde kurulan bir teşhisiniz varsa o kronik rahatsızlığa bağlı olan tedaviler devamlı olarak karşılanmayacak diye bir sınırlama koyuldu". (Katılımcı 11)

Katılımcı 1 poliçe yaparken kapsam dışı olarak belirtilmeyen durumların sonrasında gerekçe olmadan kapsam dışı bırakılması gibi keyfiyetlere maruz kaldığını şu cümlelerle aktarmıştır;

"Fizik tedavi ile ilgili bir tedavi gerekti. Fizikle ilgili bir problemim, bel fıtığım vardı. Beni fizik tedaviye yönlendirdi. Bunu sağlık sigortasının karşılaması gerekiyordu. Ama sigorta şirketi bu fizik tedaviyi karşılamamak için poliçe sürecinde, yanlış hatırlamıyorsam bir hafta gibi, bir bitmesine bir hafta ya da on gün gibi bir süre vardı. Bunu karşılamamak için hastaneden benden evrak istedi. Ulaşılması zor bir evrak ve poliçe yaparken bu konudan hiç bahsetmediler ve tedavi maliyetli diye oyaladılar ve evrağı teslim edemediğim için sigortamdan faydalanamadım mağdur edildim." (Katılımcı 1)

Sigorta şirketlerinin bazı tahlil ve tetkikleri karşılamaması durumu ise yine katılımcılar tarafından eleştirilmiştir. Konuya ilişkin olarak katılımcı 19 deneyimini aşağıdaki gibi aktarmıştır;

"Bir de yaşadığım bazı olumsuz deneyimler oldu. Örneğin çocuğumun bir kontrolü, görüntüleme ile alakalı bir kontrolü karşılanmadı mesela. Neden karşılanmıyor? Bir teşhis kodu yok, ama kapsama almamışlar. Böyle bir şey olabilir mi yani? Ya da bir aşısıydı yanılmıyorsam. Aynı şekilde. Bu temel aşılar, belli yapılması gereken ekstra aşılar, rota virüs vs. Tercihe bağlayıp karşılamıyorlar mesela."

4.3. Bürokratik Süreçler

Katılımcıların 7'si aktif poliçe sürecinde gereksiz evrak talepleri, provizyon süreçlerinin uzatılması, işlemlerde gereksiz süre ve zaman kayıpları ve resmi işlemlerde muhatap bulmama konusunda olumsuz deneyimler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Önceden talep etmediği halde senden sonradan ekstra evrak istiyor. Süreci oyalamak için. Evrağa gidip benim almam lazım. Devlet hastanesi sana fax çekmiyor zaten telefonda ulaşsan da ilgilenmiyor. E devletteki çıktıyı da sigorta şirketi kabul etmiyor. Bu şekilde oyalayarak tedaviyi erteledi ve karşılamadı." (Katılımcı 1)

"Bir kere şimdi çok sigortacılar poliçe yaparken çok detaylı bilgiye inmiyorlar. Çünkü mesela neyi ödüyor, neyi ödemiyor, bunu anlatmıyor. Diyor ki işte hastaneye bak, provizyon onu sunacak karşılarsa sıkıntı yok diyor. Ama bunu o anda öğreniyoruz bazen karşılamayacak olunca mecburen cebimizden ödedik birkaç kez." (Katılımcı 5)

"…İkinci yaşadığımız problem de bu süreçte muhatap bulma konusunda problem yaşıyoruz. Çünkü aracı acentelerle bile bu işi yürütmeye çalışsak onlar da zaten bizim kurduğumuz bağlantı noktalarıyla bağlantı kuruyorlar.." (Katılımcı 17)

4.4. Ahlâki Tehlike

Katılımcılar sigortalı olmanın orta ve uzun vadede hasta veya hastane tabanlı gereksiz bir hizmet üretim konusunda teşvike neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu tema sigorta şirketinden bağımsız olarak sigortalı olmanın getirisi olarak ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirilmiştir. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Özel sağlık kuruluşlarında diyeyim bazı doktorlar sağlık sigortam olduğunu öğrenince ekstra tetkik, tahlil istiyorlar. Yani hani gerekli olanlardan da fazla ve bazılarında devlet ödemiyor ve bunu bana söylemiyor istediğim yani doktorla konuştuğum sürede ben bunu sonrasında ödeme kısmında öğreniyorum." (Katılımcı 3)

"Bir de şöyle problem var. Ekstradan fazla tetkik alınabiliyor. Yani bu tabii ki bize yansımıyor. Bize yansımıyor ama sigorta şirketine yansıyor bu en nihayetinde. Sigorta şirketine yansıdıktan sonra, sonraki yıl siz ekstradan fazla tahlil yaptırdığınızda fazla tetkik yaptırdığınızda sizin sigorta maliyetinizde artış gözüküyor." (Katılımcı 10)

5. Tamamlayıcı Sigortaya Yönelik İyileştirme Önerileri

Katılımcılara son olarak tamamlayıcı sigorta deneyimlerine dayanarak sistemin nasıl iyileştirilebileceği sorulmuştur. Yanıtlar doğrultusunda beş tema belirlenmiştir: fiyatlandırma ve devlet desteği, poliçe kapsamının genişletilmesi, muayene haklarında esneklik, iletişim ve bilgilendirme süreçleri ile teknik-operasyonel işleyiş. Alt temalar ve örnek katılımcı görüşleri aşağıda sunulmuştur.

5.1. Fiyatlandırma ve Devlet Desteğine Dair Öneriler

Katılımcı görüşleri doğrultusunda, bu temada öne çıkan başlıklar fiyatlandırma politikasının iyileştirilmesi ile erişilebilirlik ve teşvik mekanizmaları olmuştur. Dokuz katılımcı, yüksek maliyetlerin düşürülmesi, fiyat artışlarının belirli bir standarda bağlanması ve devlet desteğiyle mali teşviklerin sunulması gerektiğini ifade etmiştir. Özellikle poliçe fiyat artışlarına sınır getirilmesi ve bu artışların TEFE-TÜFE, enflasyon oranı ya da devlet tarafından belirlenen aralıklara göre düzenlenmesi gerektiği önerilmiştir.

"Tefe-tüfe'ye bağlanabilir artış oranı ya da devlet buna belirli bir sınır limit koyabilir ya da devlet denetimiyle bunun bir müdahale edilip müdahaleden ziyade nasıl bir süreçle artırılması gerektiğini söyleyebilir." (Katılımcı 1)

"Poliçe fiyat artış oranları çok yüksek. Buna bir düzen getirilebilir, Örneğin; enflasyona göre olabilir. Yani atıyorum kira artışı oranı var mesela ülkemizde. Ona göre bir düzenleme yapılabilir." (Katılımcı 2)

"Belki o seneden seneye kullandıkları araç, gereçlerin, tesisatların fiyatları artıyorsa onları belki resmi rakamlarla o fiyatta artışına göre yansıma yapılabilir. Çünkü keyfe göre bir artma çok yanlış. Bir de mesela ben 3 yıldır bu sigortayı kullanıyorum. Limit 3 yıldır aynı. 3 yıl önce yaptırmıştım. 15 bin liraydı. Hizmet türünün limiti 15'ti. 2 sene önce 15, bu sene yine 15. Yani eğer bu sabit kalırken ben her sene fazla para ödüyorum ama bendeki limit mesela sabit kalıyor. Bu değişmeli aynı oranda artırılmalı." (Katılımcı 15)

Katılımcılar, tamamlayıcı sigortanın daha yaygın kullanılabilmesi için teşvik edici uygulamaların gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda, maaşlardan yapılacak küçük kesintilerle Bireysel Emeklilik Sistemi'ne benzer bir model oluşturulabileceği ya da sigorta sahiplerine devlet tarafından maddi teşvikler sağlanabileceği ifade edilmiştir. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşü aşağıda sunulmuştur.

"Devlet teşviği olabilir, fon oluşturulabilir mesela. İnsanların maaşından ya da herhangi bir şekilde kazançlarından bir birikim, bir bes gibi bir sistem yaratılabilir. İnsanlar ekstra sağlık hizmeti paketi gibi bir kendi paketi oluşturabilir. Yani devletten hizmet alabilirler ama acil durumda insanlar gidip alabilsin diye özel sağlık kuruşlarından böyle bir paket sistem oluşturulabilir yani." (Katılımcı 10)

5.1. Poliçe Hizmet Kapsamının Genişletilmesine Dair Öneriler

Katılımcıların yanıtlarına istinaden bu temaya dair görüşler; kapsam dışı bırakılan hizmetler ve poliçe güvenirliği ve tutarlılığına dair öneriler kategorilerinde ön plana çıkmıştır. Bu hususta 10 katılımcı genel olarak poliçe yapılırken belirli gerekçelerle örneğin; sağlık geçmişi, kronik rahatsızlıklar gibi durumların bireylerin sigortalı olmasına engel olmaması veya hizmette kapsam dışı kalmaması gerekliliğine dair öneriler sunmuşlardır.

Katılımcılar, poliçe düzenlenirken yukarıda belirtilen hususların sigortalı birey açısından dezavantaj oluşturmaması gerektiğini vurgulamış; ayrıca, sağlık geçmişi incelenirken daha yakın bir tarih aralığının ve sınırlı bir geçmişin esas alınmasının, hasta mağduriyetini azaltabileceğini belirtmişlerdir. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"Kapsamda senin sağlık geçmişine göre kapsam dışı bırakıyor mesela. Bunu yapmaması lazım. Kalp damarı yakma operasyonu geçirmiştim. Bunu adam almadı mesela. 12 yıl önceki hastalığı kapsama almadı. Yani ben eğer sağlığımda, geçmişimde bir problem olursa bu hizmetlerden yararlanamayacak mıyım? Bu süreler kısaltılabilir. Mesela 12 yıl değil de. Ya da son 3 yıl. Bir sınırı olması lazım." (Katılımcı 1)

Katılımcılar tarafından aynı zamanda poliçenin ileriye dönük tutarlı ve güvenilir koşullara sahip olması gerektiği aşağıdaki sözlerle ifade edilmiştir;

"Evet kapsam meselesi sorun. Bu maddeleri koyuyorlar ama sonrada değiştirilebilirler belki bazı hizmetleri kapsam dışına çıkarırlar korkusu oluyor bu da güvenilmez olduğunu ortaya çıkartırıyor. Yani mutlaka benim aklımda hep soru işareti kalıyor. Ya biz bunu yaptırıyoruz ama kesin başka bir şey bulacaklar. Ya o öyle değildi diyecekler diye endişeliyim. Böyle olmamasını sağlayacak değiştirilemez ve güvenilir bir poliçe olmalı." (Katılımcı 6)

"Kendi sigorta doktorlarının yaptıkları bir tahlil ve bir film sonucuna dayanarak; "ileride bu rahatsızlığı yaşayabilirsiniz" diyerek bana bir sınır koymaları çok mantıksız. Sonuçta sen bir uzmansın, doktorsun ama ben bu rahatsızlığı hiç yaşamayabilirim. Böyle bir öngörüye dayanarak, örneğin '5 yıl sonra kalp damarlarınızda sorun çıkabilir' deyip bana bir teşhis koyarsan, bu durumda kendimi etiketlenmiş, damgalanmış gibi hissediyorum açıkçası. Her şey net olmalı kendi doktorları keyfi müdahale etmemeli." (Katılımcı 15)

5.2. Muayene Haklarında Kullanım Esnekliğine Dair Öneriler

Katılımcıların önemle vurguladıkları diğer bir husus ise tamamlayıcı sigorta sayesinde sahip olunan muayene haklarının belirli şartlarda kullanımının esnek hale getirilmesidir. Örneğin; Muayene haklarının artırılması, kullanılmayan hakların sigortalıya ileriki poliçe dönemlerinde avantaj sağlayacak şekilde göz önünde bulundurulması veya sonraki senelere devredilebilir şekilde olması vb. Konuya ilişkin örnek katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir;

"İlk muayene olduğun muayene süresinden sonra 7 gün içinde tekrar tedavi devam ederken süresi dolar ise tekrar bir muayene hakkı daha gitmiş oluyor. Kontrol muayenelerinden bahsediyorum. O süre uzatılabilir mesela. Onun dışında bu 10 muayene hakkının daha fazla olması lazım." (Katılımcı 1)

"Şimdi diyelim ki ben o sene içerisinde muayene haklarımı çok kullanmadım. Bu durumda sonraki poliçede daha uygun ama yaptıklarını söylüyorlar ama yine 3,5-4 kat artıyor fiyat avantaj sağlamıyor bu durum. Bunun fark etmesi lazım. Eğer muayene haklarını kullanmadıysa bunun biraz daha avantaj sağlaması lazım." (Katılımcı 12)

5.3. İletişim ve Bilgilendirme Süreçlerine Dair Öneriler

Katılımcılar poliçe yapılırken detaylarla alakalı sigorta şirketleri veya aracı kurumlar tarafından yeterli bilgilendirme yapılmadığı, hangi hizmetlerin kapsamda veya olmadığıyla alakalı sistematik bir bilgilendirme kanalının olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca sonrasında keyfi bilgi ve belgeye ulaşım taleplerinin de hastayı mağdur ettiği ve bu eylemlerin olmadığı bir sistem alt yapısının oluşmasının şart olduğu beyan edilmiştir. Katılımcılar deneyimlerini ve önerilerini aşağıdaki gibi aktarmışlardır;

"Sigortacılar poliçe yaparken çok detaylı bilgiye inmiyorlar. Çünkü mesela neyi ödüyor, neyi ödemiyor, bunu anlatamıyor. Diyor ki işte hastaneye bak, provizyon sunulacak, onay alırsa sigorta öder. Mesela bunu bilmiyoruz, bunu mesela daha detaylı bir sisteme oturtabilirler. Bunlar sonuçta neyi ödeyip ödeyemediklerine bir veri altyapıları olmuştur muhakkak günümüze kadar. Çoğu zaman hizmeti aldıktan sonra bilgi sahibi oluyoruz, sigorta ödemezse cepten ödemek zorunda kalıyoruz. Detaylı bilgi verecek bir veri tabanı oluşturulmalı." (Katılımcı 5)

5.4. Teknik ve Operasyonel İşleyişe Dair Öneriler

Katılımcıların 6'sı sigorta şirketlerinin operasyonel işleyiş sürecinde revizyona ve düzeltmelere gitmesi gerektiğini var olan ve hasta aleyhinde olan maddeler ile alakalı yeniden yapılandırma gerektiğini aşağıdaki örnek katılımcı görüşleriyle aktarmışlardır;

"Bahsettiğim durum şu şekilde: Mesela eşim bir süre ara verdi, bir yıl boyunca yaptırmamıştı. İkinci yıl tekrar başladığımızda sistem sanki her şey sıfırdan başlıyormuş gibi algıladı. Buna göre ücretlendirme yapıldı ve işlemler de o şekilde ilerledi. Oysa bu doğru değil; böyle bir sınıflama yapılmamalı. Sistem, kişisel sağlık geçmişini ve sürekliliği dikkate alacak şekilde yeniden tasarlanmalı." (Katılımcı 4)

"Bana poliçe kapsamında imkân veriyorlar. 10 muayene, 10 kontrol, işte yatak gece 10 gün, günüz 10 gün şeklinde bir hak verilmiş. Dönem içerisinde rahatsızlandığım için bu hakların hepsini kullandım. Bunu kullanmış olmanın bir maliyetini sonrasından bana sonraki poliçede fahiş fiyat artışıyla yüklüyorlar. Öncesinde almadıkları parayı sonradan almaya çalışıyorlar. Bence her sigortalılık süresini kendi içine değerlendirmek lazım." (Katılımcı 18)

Sonuçlar

Bu çalışmada bireylerin tamamlayıcı sağlık sigorta sistemine dair genel deneyimleri ve önerileri elde edilmeye çalışılmıştır. Genel olarak; tamamlayıcı sigorta sisteminde poliçe sürecinde nelere dikkat edildiği, bireylerin sigorta sahibi olması sürecindeki gerekçeler, olumsuz deneyimler ve sistemin iyileştirilmesine dair öneriler 20 katılımcı bireyin görüşlerine dayanarak ortaya çıkarılmaya çalışmıştır. Alanyazında yer alan konuya ilişkin çalışmalar ve bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi tartışılmış ve açıklanmıştır.

Attila ve Gülay (2022, s. 36) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre Türkiye'de sağlık hizmeti finansmanının Genel sağlık sigortası üzerinden ücretsiz olması, vatandaşların aşırı hizmet talep etmesine ve devlet tabanlı sağlık kurumlarında ciddi bir yoğunluk ve yığılmaya neden olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmada da bireylerin tamamlayıcı sigortaya yönelme nedeni olarak devlet hastanelerindeki aşırı yoğunluk, randevu bulmama ve ilgili hizmet alamama gerekçeleri işaret edilmiştir. Bu noktada çalışmanın sonuçları örtüşmektedir.

Orhaner ve Yavaş (2023, s. 23) tarafından yapılan ve tamamlayıcı sigorta ile alakalı bireylerin memnuniyet seviyelerini ölçen bir çalışmanın sonucunda ise; bireylerin tamamlayıcı sigorta primlerini uygun maliyette bulmadıkları bu süreçte devlet tarafından yapılan teşvik sistemlerinin oluşturulması ve kullanıcı sayısının artırılarak fiyatların makul düzeye çekilebileceği ifade edilmektedir. Bu çalışmada da elde edilen bulgular devletin belirli birikim mekanizmaları kurarak veya teşvik sisteminin geliştirerek prim noktasında destekleyici olması ve daha fazla insanın kullanmasıyla fiyatların makul seviyeye çekilebileceği önerilmektedir. Her iki çalışmanın sonuçları bu noktada örtüşmektedir.

Serdar ve arkadaşları (2021, s. 228) tarafından öğretim elemanlarının tamamlayıcı sigorta sistemine dair görüşleri ile alakalı yapılan bir çalışmada ise sistemin sürdürülebilirliğinin belirsizliği ve yine yeterince bu sigorta sisteminin tanınmadığı ve bilgi sahibi olunmadığı ifade edilmiştir ve iyileştirmeler önerilerek tanıtıcı ve bilgilendirici faaliyetlerin artırılması gerektiği vurgulanmıştır. Aynı hususta Önder ve arkadaşları (2016, s. 34) tarafından yapılan çalışmada da tanıtımların kısmen etkili olduğu ve daha fazla tanıtım ve bilgilendirme faaliyetine ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır. Akyol ve Umut (2024, s. 341) tarafından yapılan başka bir çalışmada da toplumun bu sistemi yeteri kadar bilmediği ve bireylerin sosyal medya, basın yayın kanalları gibi aktif vakit geçirdiği platformlarda tamamlayıcı sağlık sigortasının tanıtımının yapılması gerekliliğine dair öneriler sunulmuştur. Bu çalışmada da katılımcılar tamamlayıcı sigorta sisteminin yeteri kadar tanınmadığı, insanların haberdar olmadığı konusunda görüşleri ön plana çıkmış ve bu konuda tanıtıcı faaliyetlerin artırılması gerekliliği ön plana çıkmıştır. Yine katılımcıların artan fahiş poliçe fiyatları nedeniyle yeniden sigorta yaptırmak konusunda geri adım atmaları veya şüpheli davranmaları da sürdürülebilirlik konusunda bir soru işaretinin varlığını göstermektedir. Tüm bu noktalarda çalışmaların sonuçları örtüşmektedir.

Öztürk (2014, s. 108) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucunda katılımcıların yoğun olarak tamamlayıcı sigorta konusunda sorun yaşamaları halinde kiminle iletişim kuracakları noktasında bilgi sahibi olmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da katılımcılar poliçe sürecinde yeteri kadar bilgilendirilmedikleri ve sorun yaşadıklarında muhatap bulmak noktasında zorlandıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Her iki çalışmanın sonuçları örtüşmektedir.

Bulut ve Baygün (2024, s. 1534) tarafından kullanıcı deneyimlerini araştıran bir çalışmada; Tamamlayıcı sigorta sisteminin hasta memnuniyetini artırma ve sağlık hizmetline erişilebilirliği artırma noktasında önemli bir etken olduğu ortaya çıkmıştır. Fakat bu hizmetin beraberinde gereksiz sağlık hizmeti kullanımını beraberinde getirmesinin ahlaki tehlikeyi ortaya çıkarttığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada da memnuniyet ve erişilebilirlik noktasında aynı neticeler ortaya çıkmış ve katılımcılar hasta olmasalar da muayene haklarına dayanarak hastaneye gittikleri noktasında görüş beyan etmiştir. Ahlaki tehlike sorunu bu noktada ön plana çıkmıştır. Çalışmaların sonuçları bu açıdan örtüşmektedir.

Ekiyor ve Akçınar, (2023, s. 124) tarafından tamamlayıcı sigorta konusunda toplum algısı konulu bir çalışmada ise mali ve psikolojik sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bireyler bu sigorta türüne sahip olmak gerekçesi olarak kendilerini güvende hissetmek diğerinin ise özel hastaneye daha makul ücretlerle gidebilmek olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları da aynı noktalara işaret etmekte ve bulgular örtüşmektedir. Netice olarak literatürde yer alan birçok çalışma ve gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçların birbirini desteklediği görülmektedir.

Katılımcıların büyük bölümü tamamlayıcı sağlık sigortasından aile bireyleri ve sosyal çevreleri aracılığıyla haberdar olmuştur. Sosyal medya da bilgi edinmede etkili olsa da, deneyime dayalı öneriler yönlendirici olmuştur. Poliçe tercihinde özellikle anlaşmalı hastanelerin sayısı, coğrafi konumu, poliçe kapsamı, hizmet çeşitliliği ve maliyet-fayda dengesi dikkate alınmaktadır. Kamu hastanelerindeki yoğunluk, hijyen eksikliği, randevu bulamama gibi sorunlar bireyleri özel sağlık hizmetlerine yönlendirmiştir. Hızlı ve kaliteli hizmete erişim, ilave ücret ödememe isteği ve doğum gibi özel durumlar tamamlayıcı sigortayı cazip hale getirmektedir. Ekonomik koşullardan ötürü sigorta yaptıramayan bazı katılımcılar, önceliği çocuklarına vermektedir. Katılımcılar, sigortanın kendilerine psikolojik rahatlık sağladığını belirtmiştir.

Bununla birlikte sistemin bazı sorunları da öne çıkmaktadır. Kapsam dışı bırakılan hizmetler, yetersiz bilgilendirme, yüksek fiyat artışları ve sigorta şirketlerinin keyfi uygulamaları memnuniyeti azaltmaktadır. Bazı durumlarda, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açarak "ahlaki tehlike" riski doğurmaktadır. Katılımcılar, devlet destekli teşviklerin artırılması, fiyat politikalarının iyileştirilmesi, kapsamın genişletilmesi ve daha şeffaf bilgilendirme yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca tanıtım faaliyetlerinin artırılarak toplumda farkındalık oluşturulması önerilmiştir. Katılımcılar genel olarak tamamlayıcı sigortadan memnun olduklarını ve poliçelerini yenileme konusunda istekli olduklarını belirtmiştir. Ancak çalışma nitel bir yöntemle yürütüldüğü ve örneklem sınırlı olduğu için genelleme yapılamaz; bu nedenle daha geniş kapsamlı ve karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Beyanlar

Etik kurul beyanı: Samsun Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2024/93, tarih: 11.12.2024).

Yazarlık katkıları: Çalışmanın tamamı tek yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Bu makalede çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Çalışma için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

AKPINAR, T. & ÖĞÜTOĞULLARI, E. (2020). Türkiye'de sosyal güvenliğin kısa tarihçesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi, 6*(Özel Sayı), 132-141.

AKYOL, B. & UMUT, M. (2024). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Ankara ili özel sektör çalışanlarının algılarının değerlendirilmesine ilişkin bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 27*(1), 332-342. https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.1452488

ATTİLA, İ. & GÜLAY, A. (2022). Türkiye'de genel sağlık sigortası'nın sürdürülebilirliği için zorunlu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi, 4*(1), 17-40.

BLENDON, R., BRODIE, M., BENSON, J. M., ALTMAN, D. E., LEVITT, L., HOFF, T., & HUGICK, L. (1998). Understanding the managed care backlash. *Health Affairs*, 17, 80-94.

BULUT, S. & BAYGÜN, D. (2025). Bir kamu hastanesine başvuran ve tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan hastaların bu konudaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence Dergisi, (27)*, 1517-1534. https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.1526807

CLARKE, V. & BRAUN, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist, 26*(2).

CRESWELL, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

CRESWELL, J. W. (2007). *Five qualitative approaches to inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ÇIMRIN, F. K. & DURDU, Z. (2015). Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin dönüşümü ve bireysel emeklilik sistemi. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 4*(8), 60-75.

EINAV, L., & FINKELSTEIN, A. (2018). Moral hazard in health insurance: What we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957–982

EKİYOR, A., & AKÇINAR, M. (2023). Tamamlayıcı özel sağlık sigortasında toplumsal algı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 9*(1), 113-127.

ERKEK, N. & ERKEK, F. (2012). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, 79*, Mayıs–Haziran.

FERRER, R. A., & KLEİN, W. M. P. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology, 5*, 85–89.

GILSON, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*, *56*(7), 1453-1468.

KAĞAN, T. (2006). Sosyal güvenlik reformu ve genel sağlık sigortası. *Çalışma ve Toplum, 1*, 149-162.

KARATAŞ, Z. (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 1*(1), 62-80.

KOÇ, M. (2004). Sosyal güvenliğin kökeni. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 6*(2).

KÖLEOĞLU, D. D. (2012). Sosyal güvenlik sistemi açısından güvenceli esneklik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14*(1), 73-110.

MANNING, W. G., & MARQUIS, M. S. (1996). Health insurance: The trade-off between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics,* 15(5), 609–639.

MECHANIC, D., & MEYER, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social science & medicine*, *51*(5), 657-668.

NYMAN, J. A. (2001). *The theory of the demand for health insurance* (No. 311). Discussion Paper. Erişim Linki: https://www.econstor.eu/handle/10419/23491

ORHANER, E. & YAVAŞ, E. (2023). Tamamlayıcı sağlık sigorta kullanıcılarının bilgi ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi: Ankara ilinde bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 9*(1), 12-24.

ÖNDER, M. E., ERSOY, E. & KARACAOĞLU, K. (2016). Sağlıkta yeni bir finansman yöntemi olan tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası hakkında hastaların bilgi ve memnuniyet düzeyleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 23-36. https://doi.org/10.20989/ijbemp.2

ÖZTÜRK, N. (2014). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Türkiye›de uygulanabilirliği: Vatandaş görüşünün tespiti [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

PAULY, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review*, 58(3), 531–537.

SEKHRI, N. & SAVEDOFF, W. (2005). Private health insurance: Implications for developing countries. In *Bulletin of the World Health Organization, 83*(2), 127-134. World Health Organization.

SERDAR, F., KURTARAN, A., KURTARAN, A. T. & ÇELİK, M. K. (2021). Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği: Öğretim elemanlarının görüşlerinin değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches, 6*(2), 218-231. https://doi.org/10.23834/isrjournal.935384

SLOVIC, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285.

SÜLKÜ, S. N. (2011). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları* (1. Baskı). Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI. (2019). *Onbirinci kalkınma planı*. https://www.sbb.gov.tr/kalkinmaplanlari (Erişim: 15 Ocak 2025)

TİRGİL, A. & ÖZBUĞDAY, F. C. (2020). Does public health insurance provide financial protection against out-of-pocket health payments? Evidence from Turkey. *Sosyoekonomi, 28*(45), 11-24. https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2020.03.01

WHO, (2001). Macroeconomics and health: Investing in health for economics development. Report ofthe Commission on Macroeconomics and Health Chaired by Jeffrey D. Sachs. Geneva, World Health Organisation.

WILSON, A. (2015). A guide to phenomenological research. *Nursing Standard, 29*(34), 38–43. https://doi.org/10.7748/ns.29.34.38.e8821

ZWEIFEL, P., & MANNING, W. G. (2000). *Moral hazard and consumer incentives in health care.* In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), Handbook of Health Economics (Vol. 1, pp. 409–459). Elsevier

Summary

This study used qualitative research to examine the factors influencing the insurance choices of individuals from different age and professional groups who have experienced the complementary health insurance (TSS) system in Turkey, including how they became aware of the system, factors they considered when choosing a policy, their negative experiences, and their suggestions for improving the system. Data obtained through semi-structured interviews with 20 individuals who have had or are currently taking out TSS in the last five years were analyzed using content analysis, and the participants' opinions were categorized under five main themes.

The research results reveal that individuals are mostly informed about complementary health insurance through their families and social circles. While modern communication tools such as social media are effective, the advice and guidance of experienced close friends play a decisive role in individuals' orientation to the insurance system. Participants were observed to prioritize factors such as geographic proximity and the number of contracted hospitals when choosing a policy, while also considering criteria such as policy coverage, service diversity, service limits, and cost-benefit ratio. This demonstrates that individuals not only demand basic health insurance but also their expectations for accessible, comprehensive, and sustainable healthcare services shape their policy choices.

One of the most significant motivations for choosing supplementary health insurance is negative perceptions of the quality of service in public hospitals. Due to issues such as overcrowding in public healthcare services, appointment system issues, inadequate hygiene, and the lack of interest from healthcare personnel, participants have turned to the faster, more attentive, and higher-quality services offered by the private sector. The easy access, comprehensive healthcare services, and no additional fees offered by private hospitals have led individuals to embrace supplementary health insurance as an affordable and functional solution.

Furthermore, the availability of more comfortable and reliable coverage for specific healthcare needs, such as maternity care, has also influenced their insurance choice. Furthermore, it was found that participants who were unable to purchase insurance themselves due to financial constraints tended to purchase supplementary insurance, particularly for their children. This data demonstrates that supplementary health insurance serves not only as an economic protection for individuals but also as a means of psychological and social security. Furthermore, the negative aspects participants encountered during their insurance experiences were also highlighted. Insurance companies' failure to provide sufficiently clear information during the policy process, their subsequent arbitrary document requests, exclusions, and bureaucratic obstacles were highlighted as the primary problems reducing user satisfaction. One of the most significant complaints is that policy prices have increased three to fourfold due to worsening economic conditions. This has led some individuals to abandon complementary health insurance. Furthermore, the lack of clarity regarding policy coverage and lack of information has caused users to experience inconvenience, which has increased distrust of insurance companies.

Participants offered various suggestions to increase the system's functionality and comprehensiveness. Among these suggestions, improving pricing policies, strengthening government-backed incentive mechanisms, expanding policy coverage, and making information processes transparent are paramount. Furthermore, increasing and making

examination rights more flexible was deemed crucial for the system's sustainability. Participants emphasized the need for both private sector advertising and promotional activities, as well as government-supported information campaigns through public service announcements, to make complementary health insurance widely known. In conclusion, complementary health insurance emerges as an individual solution to structural problems in public healthcare in Turkey and functions as a comprehensive security mechanism with economic, social, and psychological dimensions. While the majority of participants are satisfied with the insurance, it is clear that pricing, information, and coverage issues need to be addressed to ensure the system's sustainability and broader reach.

A limitation of the study is the limited number of participants, which limited the generalizability of the findings due to the limited number of participants and the qualitative methodology used. Future studies examining the complementary health insurance system with broader participation and comparative methods are recommended.