

Yıl 16 Sayı 87 Eylül - Ekim 2013

SOSYAL GÜVENLİK DÜNYASI

Journal of Social Security World

ISSN: 1301-9457

Fiyat: 30 TL

"SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ"





SOSYAL GÜVENLİK DÜNYASI

Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Yayınıdır

Yıl: 16 • Sayı: 87 • Eylül - Ekim 2013

HAKEM VE DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Yusuf ALPER	Uludağ Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Kadir ARICI	Gazi Ü. Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Eyüp BEDİR	Gazi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Türksel KAYA	BENSGHIR TODAİE Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Fevzi DEMİR	Dokuz Eylül Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Zeki ERDUT	Dokuz Eylül Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ali GÜZEL	Kadir Has Ü. Hukuk F. Öğretim Üyesi
Prof. Dr. E. Tuncay KAPLAN	Gazi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Cem KILIÇ	Gazi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Şükrü KIZILOĞ	ODTÜ Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ali Rıza OKUR	Yeditepe Ü. Hukuk Fak. Öğretim Üyesi
Prof. Dr. M. Vedat PAZARLIOĞLU	Katip Çelebi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER	Yaşar Üni. Hukuk Fak. Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR	Marmara Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Gazi Ü. TTEF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Pınar TINAZ	Marmara Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. A. Burçin YERELİ	Hacettepe Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ	Pamukkale Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Doç. Dr. İzzet LOFÇA	Polis Akademisi GBF Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Süleyman AYDIN	Polis Akademisi GBF Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Duran BÜLBÜL	Gazi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Selçuk KENDİRLİ	Hitit Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Ömer KESKİNSOY	Gazi Ü. İİBF Öğretim Üyesi
Dr. Mehmet BULUT	GSB Genel Müdür Yrd.
Dr. Halil İbrahim MİL	SGK Müfettişi
Yasin ALTUN	SGK Müfettişi
Mehmet ŞENER	SGK Başmüfettişi
Mehmet ÇETİN	SGK Başmüfettişi
Dilaver DOĞAN	SGK Başmüfettişi
Selim GÜRLEVİK	SGK Başmüfettişi
Ekrem TAŞBAŞI	SGK Müfettişi
A. Tufan BAT	SGK Müfettişi
Ömer SAKA	SGK Müfettişi
Oktay KONAÇ	SGK Müfettişi
Bülent TARIM	SGK Müfettişi

İmtiyaz Sahibi (Owner of the Journal)
Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Adına
Dernek Başkanı (President of the Association)
Selim AKDENİZ

Genel Yayın Yönetmeni (Publication Manager)
Dr. Halil İbrahim MİL

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü (Desk Editor)
Dr. Halil İbrahim MİL

Tanıtım ve Halkla İlişkiler Müdürü
Halil İbrahim DEVECİ
Fatma YÜKSEKDAĞ

Editör (Editor in Chief)
Ali Osman GÜNDOĞDU

Editör Yardımcıları (Co-Editors)
Bülent TARIM
Oktay KONAÇ
Adem KAYA
Kemal ÜNLÜ
Oğuz MÜLAYİM

Yönetim Yeri Adresi
1314. Cadde 1309 Sokak No: 2/6
Aşağı Öveçler - Çankaya/ANKARA
Tel: 0.312 473 81 86 • Faks: 0.312 473 81 87

Grafik Tasarım (Graphic Design)
Aren Tanıtım Ltd. Şti.
Dr. Mediha Eldem Sok. No: 38/15
Kızılay/ANKARA
Tel: 0.312 430 70 81 - 82
www.arentanitim.com.tr
tasarim@arentanitim.com.tr

Basım Yeri (Printed by)
EPAMAT Basım Yayın Ambalaj
Reklam Promosyon Ltd. Şti.
İvedik OSB Merkez Sanayi Sitesi
538. Sk. No: 35 İvedik/ANKARA
0.312 394 48 63 - 64

Yayın Türü: Yerel Süreli
Basım Tarihi (Press Date): 09.12.2013

- Dergimize gönderilen yazıların yayımlanması veya yayımlanmaması durumunda iade edilmez.
- Yayımlanan yazılardaki görüşler yazarına aittir, dergimizi bağlamaz.
- Yazı verenler, Yayın Kurulu ile Danışma ve Hakem Kurulunun düzeltmelerini kabullenmiş sayılırlar.
 - İmla hataları yazarına aittir.
- Dergimize reklam vermek için yukarıdaki adresten irtibata geçilebilir.

Makale

- 23** Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Kavramsal Çerçeve
Orhan ADIGÜZEL
Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi
- Döndü SÖNMEZ ÖZKAN**
Öğr. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Meslek Yüksek Okulu

- 37** Sağlık Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kamu Hastane Birlikleri Üzerine Nitel Bir Çalışma
Yrd. Doç. Belma KEKLİK
Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
- Arş. Gör. Tuba SAYGIN**
Arş.Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

- 45** Sağlık Hizmetleri Piyasasında Belirsizlik ve Asimetrik Enformasyon
İsmail KOBAL
SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Refakat Müfettişi
- Altuğ Murat KÖKTAŞ**
Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü

- 50** Amerikan Sağlık Sistemi ve Obamacare
Ali DİKMEN
SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Müfettiş



- 99** Yargı Kararları
Kemal ÜNLÜ
SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Müfettiş

- 110** Soru Cevap
Ersin UMDU

- 114** Pratik Bilgiler
Adem KAYA
SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Müfettiş

Mevzuat

- 59** Sosyal Güvenlik Dünyasından Haberler
Oktay KONAÇ
SGK Müfettişi

- 64** Yapı Denetimi Faturaları Asgari İşçilik Hesaplamalarında İndirim Konusu Yapılabilir Mi?
Harun ORDU
SGK Müfettişi

- 68** Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Genel Sağlık Sigortası
Muhammet GERÇEK
SGK Müfettişi

- 72** Yıllara Sâri İnşaatlardan Bildirilen Spek Tutarının Güncellenmesi Gerekliği Üzerine Bir Değerlendirme
Veli BALKAN
SGK Müfettişi

- 75** SGK Yeşil Kartlıların Tüp Bebek Tedavilerini Karşılıyor Mu?
Davut ULUÖZ
SGK Müfettişi

- 77** Yargı Kararı İle Kazanılan Ücret Niteliğindeki Ödemelerin Sgk Mevzuatına Göre Değerlendirilmesi
Ekrem TAŞBAŞI
SGK Müfettişi

- 81** Otel Asgari İşçilik İncelemelerinde Önemli Bir Husus: Yabancı Uyruklu Çalışanlar
Mikail KILINÇ
SGK Müfettişi

- 88** Ücret Ödenmediği İçin İdari Para Cezası Uygulamasındaki Kast Şartının Değerlendirilmesi
Hamit TIRYAKI
SGK Müfettişi

- 92** 4857 Sayılı İş Kanununa Göre Çalışma Süreleri
Şerafettin GÜLER
SGK Müfettişi



Sağlık Hizmetleri Piyasasında Belirsizlik ve Asimetrik Enformasyon

İsmail KOBAL

*SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı,
Refakat Müfettişi*

Altuğ Murat KÖKTAŞ

*Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi,
Maliye Bölümü*

ÖZET

Sağlık hizmetleri, sahip olduğu çeşitli özellikler nedeniyle farklılık göstermektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin belirsizliği yanında hizmet sunucuları ile talep edenler arasında var olan asimetrik enformasyon, sağlık hizmetleri piyasasını başarısızlığa uğratan önemli unsurlardandır. Söz konusu belirsizlik ise temel olarak Arrow (1963) tarafından incelenmiştir. Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde görülen belirsizlik ve asimetrik enformasyonun teorik olarak incelenmesidir.

Anahtar Kelime: Sağlık Hizmetleri, Belirsizlik, Enformasyon

ABSTRACT

There are several characteristic features in health sector. Not only uncertainty but also asymmetric information between supply and demand side cause market failure in this sector. On the other hand uncertainty basically is studied by Arrow (1963). Accordingly, the aim of the study is examine the uncertainty and asymmetric information in health market.

Key Words: Health Care, Uncertainty, Information

Arrow, çalışmasında esas itibariyle sağlık endüstrisinin kendine özgü niteliklerini konu edinmektedir. Söz konusu nitelikler ise bu endüstride var olan yaygın belirsizlikler ve bu belirsizliklerin neden olduğu sorunlar şeklinde özetlenebilir.



1. GİRİŞ

Selma J. Mushkin, 1958 yılında yayınladığı çalışmasıyla, sağlık ekonomisini konu edinmiştir. Mushkin, *“Sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetleri piyasasının organizasyonu ve insana yapılan sağlık yatırımının net getirisi ile ilgilenmektedirler”* ifadesiyle sağlık ekonomisinin iki ana başlıktan oluştuğunu belirtmektedir. Her ne kadar Mushkin’in çalışması daha önce olsa da, sağlık ekonomisinin doğuşu, genellikle Kenneth J. Arrow’un 1963 yılında yayınlanan makalesi ile ilişkilendirilmektedir (Saviedoff: 2004, Reinhardt, 2001, Poterba, 2009). Arrow, çalışmasında doğrudan sağlık piyasası ve sağlık ekonomisi kavramlarına yer vermiş, çeşitli tartışmalarda bulunmuş ve çalışmasının giriş bölümünde (1963: 941), *“Bu makale, normatif iktisadın bir ögesi olan tıbbi bakımın deneysel, ayırt edici ve keşif niteliğinde bir çalışmadır. Çalışmanın konusu sağlık değil, sağlık endüstrisidir”* ifadesiyle Arrow, sağlığın dışında sağlık hizmetleri ekonomisi ismiyle yeni bir alanda çalıştığını açıkça belirtmiştir. Dolayısıyla Arrow çalışmasında esas itibariyle sağlık endüstrisinin kendine özgü niteliklerini konu edinmektedir. Söz konusu nitelikler ise bu endüstride var olan yaygın belirsizlikler ve bu belirsizliklerin neden olduğu sorunlar şeklinde özetlenebilir. Bu bağlamda sağlık endüstrisi, sahip olduğu ayırt edici özelliklerle klasik piyasalardan farklılaşmaktadır. Çalışma bu farklılaşmaya neden olan unsurlardan belirsizlik ve asimetric enformasyon üzerine odaklanmaktadır.

2. Sağlık Hizmetlerinde Belirsizlik

Adam Smith’in klasik modelindeki serbest ticaret ve rekabetin, arzu edilen fiyat ve miktar düzeyinde en iyi kaynak dağılımını sağlayacağı beklenmektedir. Bu

beklenti aynı zamanda, her bireyin kendi faydası peşinde koşmasıyla birlikte sosyal refaha da hizmet etmektedir. Bu süreç, birçok endüstride beklenen sonucu verebilir fakat bu durum sağlık hizmetlerinde hem zor hem de tehlikelidir (Roemer, 1982: 426). Nitekim bu durum Arrow tarafından *“Risk ve belirsizlik, esasen tıbbi bakımda tartışma gerektirmeyen unsurlardır. Aslında bu endüstrinin bütün özellikleri, belirsizliğin yaygın olmasından kaynaklanmaktadır”* şeklinde ifade edilmektedir (Arrow, 1963: 946). Benzer yaklaşım Wennberg’in (1985), *“hekim davranışını etkileyen en önemli unsur belirsizliktir”* ifadesinde görülmektedir.

Piyasa ekonomisinin sağlık hizmetlerine yönelik olarak optimalite koşullarını yerine getirememesi, sağlık hizmetlerinin hastalara yüklediği dört farklı belirsizlikten kaynaklanmaktadır:

i.) **Hastaların alacakları tedavinin maliyetini hesaplayamaması:** Tüketiciler, genellikle sağlık hizmetini almadan önce ne düzeyde bir maliyete katlanacaklarını bilmemektedir. Maliyet üzerindeki belirsizlik, maliyetin abartılması ya da uygun olmayan tedavi nedeniyle tüketicinin aldığı karardan pişmanlık duymasına neden olabilmektedir.

ii.) **Tüketicinin aldığı tedavinin kalitesi hakkında bilgi sahibi olmaması:** Sağlık hizmetlerinin kalite sorunu, ekonomik hayattaki diğer kalite sorunlarından daha önemlidir. Diğer mal ve hizmet sunucularının kalitesi deneme yanılma ya da çevreden edinilen bilgiye göre şekillenirken, sağlıkta hastanın bu bilgiyi kendisine uyarlayamaması nedeniyle mümkün değildir. *“... hekim, herhangi birinden daha fazla bilir”* (Light, 1997: 299) ifadesinden anlaşılabileceği gibi üretici ürettiği ürün ile ilgili her zaman daha fazla şey bilir.

iii.) **Tüketicinin adil bir sigortaya sahip olması:** Sağlık endüstrisine yönelik ileri sürülen yaygın eleştiri, bu piyasada adil bir sigorta sisteminin bulunmamasıdır. Sigorta sisteminin yönetsel maliyetlerinin sosyal maliyete eklenmesiyle birlikte negatif eğimli talep eğrisi varsayımı sonucu birçok kişi sigorta yaptıracak ve sosyal refah artacaktır. Diğer yandan yönetsel maliyetlerin ve adil bir sigorta fiyatının yokluğu, piyasayı belirsizleştirmektedir.

iv.) **Ahlaki tehlikenin optimal sigorta fiyatlandırmasını engellemesidir:** Sağlık sigortası yaptıran bir kişinin, bu konu üzerinde sigorta sahipliği nedeniyle fazla özem göstermemesi, başvurduğu hekimin hastalığa ilişkin sahip olduğu kapsamlı bilgi ile gereksiz tetkik, tedavi ve ilaç istemesi, sigorta şirketlerinin piyasada düşük ve yüksek riskli kişileri tespit edememesi nedeniyle sigorta primlerini yükseltmesi örnek olarak gösterilebilir (Culyer, 1971: 193-199; Howard, 2001: 6, Arrow, 1963: 951, Stiglitz, 1994: 361).

Sağlık endüstrisinin asıl sorunu olan belirsizlik, Arrow tarafından aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

“Belirsizlik olduğu zaman, enformasyon ve bilgi emtiyaya dönüşür. Diğer emtialar gibi bu emtianın da bir üretim ve aktarma maliyeti vardır. Bu yüzden doğal olarak bütün nüfusa yayılmamakta fakat bundan en çok kar elde edenler arasında yoğunlaşmaktadır (Bu maliyetler zamanla veya olumsuz fayda ve parayla ölçülebilir). Fakat enformasyon talebinin, genellikle rasyonel terimlerle tartışılması zordur. Enformasyon değeri sıklıkla alıcıya hiçbir anlam ifade etmez. Gerçekten de alıcı, enformasyon değerini ölçecek kadar bilgi sahibi olsa, enformasyon hakkında da bilgisi vardır. Fakat enformasyon, vasıflı bakım şeklinde, birçok doktordan ve birçok meslek sahibinden satın alınan şeydir. Enformasyonun emtia olarak anlaşılması zor karakteri, emtialar hakkındaki bilindik pazarlanabilirlik varsayımlarından gözle görülür biçimde ayrılmasını sağlar” (Arrow, 1963, 946).

Sağlığa yönelik yaygın belirsizlik, bireyleri bu belirsizlikten korunmaya yöneltmektedir. Bireysel sağlık sigortası başta olmak üzere, devlet tarafından sunulan sosyal güvenlik sandıkları, bireylerin ileride karşıla-

şabilecekleri sağlık sorunları ile bunların finansmanına ilişkin bir garanti olarak değerlendirilebilir. Sonuç olarak sağlık sigortası, mevcut sorunlarına rağmen (ahlaki tehlike ve ters seçim) sağlık endüstrisinde bir meta haline gelmektedir (Roemer: 1982: 421).

3. Asimetrik Enformasyon

Tam rekabetçi piyasaların etkin işleyişi için gerekli olan unsurlardan biri olan tam bilgi, ekonomik faaliyetlerde bulunan iktisadi ajanlar arasında bilginin simetrik ve maliyetsiz olarak dağılması şeklinde ifade edilebilir¹. Bir diğer değişle açıklık koşulu gereği üretici ve tüketiciler kendi yararlarına olan tüm değişikliklerden anında haberdar olmaktadır (Dinler, 2000: 71). Bu durumda tam rekabet, Pareto optimal kaynak dağılımını gerçekleştirmektedir. Asimetrik enformasyon ise, piyasada faaliyet gösteren iktisadi ajanlardan birinin, faaliyet üzerinde diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olmasıdır. Genel bir ifade ile satıcı her zaman alıcıdan daha bilgilidir (Hindriks ve Myles, 2006: 251, Wonderling vd., 2005: 144). Bu durumda, fiyat mekanizması etkin çalışmamakta ve taraflar arasında ortaya çıkan güç dengesizliği nedeniyle taraflardan biri olumsuz etkilenmektedir². Dolayısıyla *bilgi, güçtür* (Phelps; 1997: 6).

Literatürde Arrow'un (1963) çalışması ile dikkat çeken asimetrik enformasyon, G. Akerlof tarafından 1970 yılında yayınlanan makale³ ile ayrıntılı olarak incelenmiştir. Asimetrik enformasyon özellikle sağlık hizmetleri ve sigorta piyasasında, sağlık hizmetlerinin fayda, maliyet, risk ve diğer karakteristik özelliklerinin tüketici ve hizmet sunucu bazında diğer sektörlerden farklı olması nedeniyle yaygın görülen bir piyasa başarısızlığıdır (Garber, 2000: 186). Bu durum aşağıdaki üç özellikten kaynaklanmaktadır (Zweifel, 1997:161).

i.) **Örnekleme Fırsatının Olmaması:** Sağlık hizmeti dışındaki mal ve hizmetlerin birçoğu, deneme yanılmaya imkan vererek tüketicinin kalite ve fayda üzerinde fikir sahibi olmasını sağlamaktadır. Ayrıca farklı tüketicilerin tecrübeleri de yol gösterici bir niteliktedir. Sağlık hizmetleri ise, özellikle hayati risk taşıyan tedavi unsurlarında tüketicinin tedaviyi,

¹ Ayrıntılı bilgi için: Stigler, G.J. (1961), The Economics of Information, Journal of Political Economy, Vol.63, No.3, s.213-225.

² Asimetrik enformasyonun neden olduğu sorunlar: ahlaki tehlike ve ters seçimdir.

³ Makalede asimetrik enformasyon, ikinci el araba piyasası ile örneklendirilmektedir. Piyasada var olan iyi ve kötü otomobiller hakkında alıcıların yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle belirledikleri ortalama fiyat, kötü otomobil sahipleri için olumluyken, iyi otomobil sahipleri için olumsuzdur ve bu durumda, iyi otomobil sahipleri piyasadan çıkar. Dolayısıyla piyasada kötü otomobiller kalacağından, bu durum fiyat oluşumunu etkiler (Akerlof, 1970).

değerlendirme ve tecrübe etme imkanı bulunmadığından, hayatı boyunca yalnızca bir kez deneme şansı bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık sorunlarının bireyler arasında karşılaştırılmasındaki güçlük, diğer tüketicilerin tecrübelerinden yararlanmayı engellemektedir.

ii.) Sebep-Sonuç İlişkisindeki Belirsizlik: Sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik bir diğer sorun, tedavinin sonucunun kesin olarak bilinmemesidir. İyileşme süreci, tedavi dışınsa diğer biyolojik unsurlardan kaynaklanabileceği gibi, vücudun kendi bağışıklık sistemi ile de elde edilebilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin kalitesi ve sonucu nadiren bilindiğinden, “güven malı” olarak nitelendirilebilir⁴.

iii.) Asimetrik Bilgi: Taniya dayalı hizmetlerde, talep genellikle bilgiye dayanmaktadır. Dolayısıyla hastanın tedavinin kalitesi değerlendirmesi imkansız olduğundan, hizmetin maliyeti önceden tespit edilememektedir. Bu durum, sağlık hizmet sunucusuna daha önce ifade edildiği üzere, hasta üzerinde etkili bir güce dönüşmekte ve yapay talebe neden olmaktadır. Dolayısıyla bilgi, bir kamu malı olarak tanımlanabilir (Stiglitz, 2000: 84).

Rekabetçi piyasaların etkin çalışabilmesi için gerekli olan tam bilgi, sağlık hizmetlerinde nadiren gerçekleşmektedir. Sağlık endüstrisinin oldukça karmaşık olması nedeniyle hekim seçimi, tedavi uygulaması, tanımlayıcı testlerin gerçekleştirilmesi ve sonuçların analizi, bilgi eksikliği nedeniyle hekim tarafından kontrol edilmektedir. Toplam sağlık harcamalarının %80’inin, hekim tarafından kontrol edildiği düşünüldüğünde sağlık hizmetleri piyasasının belirsizlik nedeniyle risk unsurunu ortadan kaldıramadığı ve bu nedenle asimetrik enformasyon ile mücadele edilmesi gerektiğini ileri süren Arrow’un çalışmasında, asimetrik enformasyonun özel durumuna vurgu yaptığı görülmektedir (McGuire, 2000: 463):

“...Sağlık bilgisi çok karmaşık olduğundan dolayı, doktorların tedavinin ihtimalleri ve sonuçlarına ilişkin sahip oldukları bilgi, hastadan çok daha fazladır veya en azından her iki taraf, bunun böyle olduğuna inanır. Dahası her iki taraf da bu bilgi eşitsizliğinin

farkındadır ve aralarındaki ilişki bu bilgiyle şekillenmektedir... Böylesi güven ilişkilerinin bir sonucu ise, doktorun her an gelirini en üst seviyeye çıkarıyormuş gibi davranamaması, en azından davranıyor gibi görünmemesidir. Mümkün olduğunca alıcının yanında duruyormuş hissini alıcıya ileterek, doktor, karı en üst düzeye çıkarma işaretlerini ortadan kaldırır. Mesafeli pazarlama davranışları mantıksal olmasa da uygun değildir ancak güven ilişkilerinde tamamen psikolojiktir. Bu özel ilişkilerden, yukarıda bahsedilen çeşitli etik davranışlar ortaya çıkmakta ve bu yüzden hastanelerde karı en üst seviyeye çıkarmanın göreceli önemsizliği ortaya çıkmaktadır. “kar” kelimesi, güven ilişkilerini reddeden bir sinyaldir... Doktor ile hasta arasındaki bilgi eşitsizliğinin ve uygun tipte sigorta bulunmamasının ikinci sonucu olarak, hasta kendi seçim özgürlüğünün büyük bir kısmını doktora teslim eder. Hasta, tedaviler, sevkler veya hastanede tedavi hakkında karar verme konusunda bilgiye sahip değildir. Bu yetkiyi gerekçelendirmek için doktor, kendini tıpkı benzer durumdaki bir görevli gibi sınırlı bir halde bulur. Yapılacak en güvenli iş, toplumsal olarak günün “en iyi” tedavisini vermek için hareket eden gerçek bir görevli gibi olmamaktır” (Arrow, 1963: 965).

Bu bağlamda hekim ve hasta arasında kabul edilen bilgi eksikliği bu özelliği nedeniyle “indirgenemez belirsizlik” olarak nitelendirilmektedir. Tedavi sonucunun kesin olmaması ve bunun zımnen kabul edilmesi, muhtemel sonucun hekim ve hasta arasında eşit bir şekilde paylaşıldığını göstermektedir (Pauly, 1978: 9). Bu durum Satterhwaite (1979), Pauly ve Satterhwaite (1981) ve Dranove ve Satterhwaite (2000) tarafından monopolcü rekabetin temeli olarak kabul edilmektedir. Pauly ve Satterhwaite (1981) piyasada çok fazla hekim ve hastanın varlığı ve bilginin akraba ve arkadaş gibi kişisel ilişkiler yoluyla elde edilmesi durumunda, bilginin bireyler arasında oldukça zayıf dağıldığını gözlemlemişlerdir. Birçok hekim bu nedenle piyasadaki rekabeti artırmayacak, bilginin kalitesini azaltacak ve hasta sonuç olarak hekime sadık kalacaktır. Nitekim Hoerger ve Howard (1995) çalışmalarında, kadınların yalnızca dörtte birinin doğum öncesi kontrollerinde alternatif aradığını tespit etmişlerdir⁵.

⁴ Bazı sağlık hizmetleri ise “önleyici mal” olarak nitelendirilmektedir. Bir hekimin gerçekleştirdiği başarılı bir operasyon, bir diğer hekimin aynı aşamaları takip ederek benzer sonuca ulaşmasını sağlayabilir. Bu yolla istenmeyen süreç ve sonuçlar engellenecektir (Zeckhauser, 1986’dan aktaran: Poterba, 2009: 282).

⁵ Piyasada fiyatların tek düzen olması durumunda hasta, hekimin ortalama kalitenin altında olduğunu düşünmemektedir. Sağlık hizmetinin ilk çıktısının olumlu olması, sonra gelenlerin de iyi olacağını düşündüreceğinden, hekime bağlılık devam etmektedir. İlk çıktının olumsuz olması durumunda ise, hastanın ortalama kalitede bir hekimi her zaman bulacağı düşüncesiyle farklı alternatiflere yöneleceği ileri sürülebilir (McGuire, 2000: 503).

4. Sonuç

Sağlık hizmetleri piyasası, eksik rekabet piyasasıdır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri nedeniyle, standart piyasa kuralları işlememekte ve bu nedenle piyasa başarısızlığa uğramaktadır. İktisadi ajanlar arasındaki asimetrik bilgi nedeniyle, hizmet sunucularının yapay talep oluşturma güçlerinin yanı sıra, hizmet sonucunun belirsizliği, sağlık piyasasını diğer piyasalardan farklılaştırmaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumu, dışarıdan gerçekleştirilecek bir müdahaleye ihtiyaç duymaktadır. Aksi takdirde piyasa, kendisinden beklenen sonuçları vermekte başarısız olacak ve sistem etkin çalışmayacaktır.

KAYNAKÇA

- Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), 488-500.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53 (5), 941-973.
- Culyer, A. (1971). The Nature of the Commodity 'Health Care' and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers*, 23 (2), 189-211.
- Dranove, D., & Satterthwaite, M. (2000). Industrial Organization of Health Care Markets. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Garber, A. (2000). Advances in CE Analysis. In A. N. Culyer (Ed.), *Handbook of Health Economics* (pp. 181-221). Amsterdam: Elsevier.
- Hoerger, T., & Howard, L. (1995). Search Behavior and Choice of Physician in the Market for Prenatal Care. *Medical Care*, 33, 332-349.
- Howard, M. (2001). *Public Sector Economics for Developing Countries*. Kanada: University of the West Indies Press.
- Light, D. (1997). From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. *The Milbank Quarterly*, 75, 297-341.
- McGuire, A., Henderson, J., & Mooney, G. (2005). *The Economics of Health Care*. New York: Routledge.
- Mushkin, S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*, 73, 785-793.
- Pauly, M. (1978). *Is Medical Care Different?* Mart 13, 2012 tarihinde The University of North Carolina: <http://www.unc.edu/~dgill/links/courses/Econ850/papers/Pauly-IHE-1983.pdf> adresinden alındı
- Pauly, M., & Satterthwaite, M. (1981). The Pricing of Primary Care Physicians' Services: A Test of the Role of Consumer Information. *Bell Journal of Economics*, 12, 488-506.
- Poterba, J. (1996). Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why? In V. Fuchs (Ed.), *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America* (pp. 277-308). Massachusetts: University of Chicago Press.
- Reinhardt, U. E. (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5).
- Roemer, M. (1982). Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy*, 3 (4), 419-431.
- Satterthwaite, M. (1979). Consumer Information, Equilibrium Price and the Number of Sellers. *Bell Journal of Economics*, 10, 483-502.
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics. *Bull World Health Organ [online]*, 82 (2), 139-140.
- Wennberg, J. (1985). On Patient Need, Equity, Supplier-Induced Demand, and the Need to Assess the Outcome of Common Medical Practices. *Medical Care*, 23, 512-520.
- Wonderling, D., Gruen, R., & Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. New York: Open University Press.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). *Health Economics* (Second ed.). London: Springer.