

## ARZ TEMELLİ GEREKSİZ SAĞLIK BAKIM HİZMETİNİN SAĞLIK HİZMETİ TALEP ERTELEMAYA ETKİSİ

Ramazan KIRAÇ\*

### Öz

Bu araştırma, arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanım algısının, sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Kahramanmaraş ikamet eden 384 yetişkin üzerine uygulanan bu çalışmada, kolayda örneklem yöntemi kullanılmış olup elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada "Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Ölçeği" ve "Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği" kullanılmıştır. "Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Ölçeği" 22 ifade ve 5 boyuttan oluşmaktadır. "Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği" 11 ifade ve 3 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeklerin sırasıyla güvenilirlikleri 0,90 ve 0,91 çıkmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi için güvenilirlik analizi, bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır. Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanım algısının, sağlık hizmeti talep ertelemesini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Evli bireylerin bekârlara göre daha fazla sağlık hizmeti talebini erteledikleri tespit edilmiştir. Bunun yanında, bireylerin hizmet sunuculara yönelik haksız gelir elde etme algısı onların sağlık hizmeti talep ertelemesini etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Arzın Gereksiz Talep Yaratması, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme, Talep Erteleme, Sağlık Hizmeti Kullanımı.

## THE EFFECT OF SUPPLY-BASED UNNECESSARY HEALTH CARE SERVICES ON HEALTH CARE DEMAND POSTPONEMENT

### Abstract

This study was conducted to examine the effect of supply-based perception of unnecessary health service utilization on health service demand postponement. In this study applied on 384 adults residing in Kahramanmaraş, convenience sampling method was used and the data obtained were analyzed with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) package program. In the study, "Supply-Based Unnecessary Health Service Scale" and "Health Service Demand Postponement Scale" were used. The "Supply-Based Unnecessary Health Service Scale" consists of 22 statements and 5 dimensions. "Health Service Demand Postponement Scale" consists of 11 statements and 3 dimensions. The reliability of the scales was 0.90 and 0.91, respectively.

\* Dr. Öğr. Üyesi Kahramanmaraş Sütcü İmam Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü,  
ramazan46k@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8032-1116>

*Reliability analysis, t-test in independent groups, one-way analysis of variance in independent groups, correlation and regression analysis were performed to evaluate the data. It was concluded that supply-based perception of unnecessary health service utilization positively affects health service demand postponement. It was determined that married individuals postpone health service demand more than single individuals. In addition, individuals' perception of unfair income generation towards service providers affects their health service demand postponement.*

**Keywords:** *Supply Creating Unnecessary Demand, Health Service Demand Deferral, Demand Deferral, Health Service Utilization.*

## Giriş

Sağlık hizmetinin fiyatı, bireylerin gelir düzeyi, bireyin kişisel zevk ve ihtiyaçları, ülkenin finansman yönetimi ve sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın şiddeti gibi faktörler sağlık hizmetlerinin talebi üzerinde değişikliklerin oluşmasına neden olmaktadır (Ünal, 2013). Diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması nedeniyle arz sağlayıcıların talep edenler üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır (Karaca ve İnan, 2022). Durmaz ve Erdem (2017) yaptığı çalışmada “hekimlerin tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini düşünüyorum” ifadesinin katılımcıların puan ortalamasının belirgin düzeyde farklı olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre hekimlerin talep edenlere göre gereksiz sağlık hizmeti planladıkları söylenebilir. Hastanın talep ettiği, doktorun ise inisiyatifinde olan sağlık ihtiyacını doktor, belirleme yetkisine sahiptir. Hekim elinde bulunan bu yetkiyi iyi yönde kullanmayıp kötü yönde kullanarak hastayı gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya teşvik edebilir (Durmaz ve Erdem, 2017). Hillman vd. (1989) yaptığı çalışmada doktorlara yapılan ödeme sistemleri karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre hizmet başına ödeme modeli altında çalışan doktorların kişi başına ödeme modeli ve maaş sistemi altında çalışan doktorlara göre hastalarına daha fazla tetkik isteyerek daha fazla hastaneye yatırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda maddi kaynakların sağlık hizmetinin arz tarafında olan hekimleri etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Durmaz ve Erdem, 2017).

Sağlık hizmeti sunucuları, kendi inisiyatifinde bulunan talebi kontrol etme gücünü kötüye kullanarak arzın talep yaratması problemine zemin hazırlamaktadır (Durmaz, 2017). Sağlık sektöründe arz yaratıcıların kendi hizmetlerini yaratarak arzın talep yaratmasına katkıda buldukları tartışılmaktadır (Auster ve Oaxaca, 1981). Bu makalede arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmetinin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi araştırılarak arz sağlayıcıların sağlık hizmetinde talep ertelemeye olan etkisi araştırılmak hedeflenmiştir

## **1. LİTERATÜR TARAMASI**

Araştırmanın kavramsal çerçevesi kısmında, arz temelli sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetlerinde talep erteleme davranışı hakkında bilgi verilmiştir.

### **1.1. Arz Temelli Sağlık Hizmetleri**

Literatürde var olan arz kavramı belirlenmiş bir dönemde arzı etkileyen diğer unsurların değişmediği şartlar altında (ceteris paribus) birçok fiyattan satıcıların veya üreticilerin satmaya mutabakat oldukları mal veya hizmetlerdir (Filiz, 2023). Sağlık hizmetleri arzı ise belirli bir zamanda belirli bir fiyattan sağlık sunucularının satmayı kabul ettikleri sağlık hizmetleridir (Orhaner, 2006).

İktisadi teoriye uygun olarak yapılan sağlık hizmeti talebi belirli bir dönemde hastaların satın almak istedikleri sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Karaca ve İnan, 2022). Sağlık hizmeti talebinde hastaların sağlık hizmeti talebini etkileyen altı farklı faktörün var olduğu tespit edilmiştir. Bu faktörler “The “six Ps”: the patient, the physician, the pharmacist, the third-party payer, the pharmaceutical benefit manager, and the public policy maker” (hasta, hekim, eczacı, üçüncü ödeyici, farmasötik çıkar grupları, politika belirleyiciler) olarak gösterilmektedir (Berndt ve Donohue, 2008). Bu faktörlerin içinde olan doktorlar ile hastalar arasında hastaların doktorların sahip olduğu bilgiye ulaşamamasından dolayı bilgi asimetrisi yaşanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti, ihtiyaç durumundan kaynaklanması ve kişiden kişiye farklılık göstermesi sebebi ile kıyaslamaların ortadan kalkması hastaların diğer deneyimlerden yararlanamaması sonucunda doktor ile hasta arasında doktorun avantajlı konumunda olduğu bir hizmet alışverişi durumuna gelmiştir (Büyüksirin, 2018).

Sağlık Hizmetlerinde arz kaynakları talebin oluşmasında hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir (Berndt ve Donohue, 2008). Hekim ile hasta arasında yararları en üst seviyeye ulaşması amacı ile görünmez bir anlaşma olduğunu varsayan vekalet teorisi (Ürek ve Erigüç, 2018) çerçevesinde doktorlar, hastalar için muhteşem ajan olarak ihtiyaç duyulan hizmeti tam ve doğru şekilde sunmayarak bilgi asimetrisinden yararlanıp karı arttırmak amacı ile hastanın ihtiyacı olmayan hizmetleri de almalarını sağlarlar. Literatürde “A built bed is a filled bed” olarak giren “Roemer’s Law” hekimlerin “Yatak varsa hasta da vardır” kuralının oluşması sağlık hizmetlerinde arz kaynaklı talebi vurgulamaktadır (Durmaz ve Erdem, 2017). Sağlık hizmeti piyasası normal piyasada da olduğu gibi arz miktarı fiyat attıkça azalacak, fiyat azaldıkça artacaktır. Fiyat ile arz arasındaki pozitif yönlü bir ilişkinin bulunması sağlık hizmeti sunucularının kar sağlama amacını destekleyecek (Durmaz ve Erdem, 2017). Arzın talep yaratmasındaki bir başka unsur ise tıbbi tanı ve tedavilerde hastanın tedavisinden farklı olarak doktorların kendisine yöneltilecek herhangi bir şikayete önlem almak amacı ile yaptıkları işlemlerdir. Defansif tıp adı verilen bu önlemlerde hastanın ihtiyacı olmasa

bile hekimin olası davalara karşı yaptığı tanı ve tetkikleri ile medikal etikten saparak yaptığı uygulamalardır (Ünal, 2020).

## 1.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep Erteleme Davranışı

Latince procrastinatus [pro (ön) ve crastinus (yarından itibaren)] kelimesinden gelen erteleme davranışı eylemin ertelenmesini veya ertelenmemesini tanımlanmakla birlikte verilen sözlerin yerine getirilmemesi sonucu ortaya çıkan diğer bireylerle karşılaştırıldığında stres, üretkenlik azalışı, utanç ve suçluluk ile sonuçlanan durum olarak vurgulanmaktadır. Bu tanımda sağlık tanısını ve tedavisini ertelemek kişi sağlığına zararlar verdiği sonucuna ulaşılabilir (Pinheiro, 2019). Yaşamak, temel bir insan hakkı olmasına karşın bireyler kendi sağlıklarını ihmal etme eğilimi gösterebilmektedirler. Bu temel hak ancak kişiye had / akut / acil / kaçınılmaz safhada rahatsızlık hissettirdiğinde karşılanması zorunlu bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerde ortaya çıkan bu hastalıklar bu zamana kadar kolayca görmezden gelinebilmektedir. Sağlığına çok düşkün bireyler bile “güven sistemi” ile “hastalansam da iyileşirim” diyerek, acil / akut hastalıkları artık çekilmez hale gelene kadar ihtiyacını gidermeyi erteleyebilir. Bu durum bir ihtiyaç olan sağlığın önemsiz olduğunun değil kişinin sağlığı algılama biçiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Sargutan, 2005). 2020 yılında Basirimoghadam vd. (2020) tarafından İran’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin öz sağlık değerlendirmeleri ve sağlık erteleme davranışı (egzersiz, diyet vb. sağlık görevlerini erteleme) arasındaki ilişkiyi araştırılmak istenmiştir. Araştırma sonucunda erteleme ile kişisel sağlık değerlendirmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bireylerin sağlık erteleme davranışı kişisel değerlendirmelerden olduğu kadar maddi imkânsızlıklardan da oluşmaktadır. Mevcut olan sağlık vergisi ve prime dayalı sistem bireylerin doğrudan sağlık vergisi olarak “pirim” ödemek zorunda bırakıldığı, prim ödemelerin büyük ölçüde bireylerin sağlık gelirlerine bağlı olması bu sebeple bireylerin bu finansman sisteminde yaşanan sorunlardan kaynaklı olarak engel, güçlük ve kısıtlamalar ile sağlıkta eşitsizliklere meydan verebilmektedir. Bu da bireylerin sağlık talebinde erteleme veya vazgeçme ile sonuçlanabileceği bilinmektedir (Sargutan, 2005).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmetinin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın evreni ve örneklemini, veri toplama araçları, verilerin analizi, araştırma etiğine gereç ve yöntem bölümünde yer verilmiştir.

### 2.1. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1:  $H_1 =$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmetinin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır.

Hipotez 2:  $H_1=$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmeti alt boyutlarından haksız gelirin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır.

Hipotez 3:  $H_1=$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmeti alt boyutlarından tıbbileşmenin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır.

Hipotez 4:  $H_1=$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmeti alt boyutlarından sağlık sisteminin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır

Hipotez 5:  $H_1=$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmeti alt boyutlarından gereksiz tetkikin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır.

Hipotez 6:  $H_1=$  Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmeti alt boyutlarından gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi vardır.

## **2.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi**

Bu çalışma Kahramanmaraş ilinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri vatandaşları kapsamaktadır. Araştırma 15.12.2023-20.02.2024 tarihlerinde yapılmıştır. Araştırma kolayda örneklem yöntemi kullanılmış olup örnekleme 384 kişidir. Kolayda örneklem yönteminde 100.000 ve üzeri evren büyüklüğü için asgari 384 örneklem büyüklüğü kabul edilmektedir (Coşkun vd., 2010; Gürbüz ve Şahin, 2018).

## **2.3. Verilerin Toplanması**

Araştırmada veriler anket yolu ile çevrimiçi olarak toplanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmacıların hazırladığı katılımcıları tanımaya ve genel bilgilerini saptamaya yönelik kişisel ve demografik bilgiler formu bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde “Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek Durmaz ve Erdem (2017) tarafında geliştirilmiş olup 22 madde ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, Gereksiz Tetkik ( $p=0.866$ ), Haksız Gelir ( $p=0.884$ ), Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı ( $p=0.608$ ), Tıbbileştirme ( $p=0.858$ ), Sağlık Sistemi ( $p=-0.636$ ). Anketin üçüncü bölümünde “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği” kullanılmıştır. Söyler vd. (2022) tarafından geliştirilmiş olup Çare Arama ( $p=0.830$ ), Kaçınma ( $p=0.874$ ), Harekete Geçme ( $p=0.733$ ) olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır.

## **2.4. Verilerin Analizi**

Araştırma verileri SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeklerin önce güvenilirliklerine bakılmış ve daha sonra normal dağılıma uygun olup olmadığı belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçekler güvenilir ve normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmada; bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

## 3. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik  zellikleri

Değişken		Sayı (n)	Yüzdelik (%)	Ort.±ss
Cinsiyet	Kadın	201	52,3	1,47±0,50
	Erkek	183	47,7	
Medeni Durum	Bek�r	233	60,7	1,60±0,48
	Evli	151	39,3	
Çalışma Durumunuz?	Ev Hanımı	81	21,1	2,44±0,91
	�alışıyor	189	49,2	
	�đrenci	83	21,6	
	Emekli	31	8,1	
Yaş	18-24	136	35,4	2,11±1,22
	25-34	139	36,2	
	35-44	53	13,8	
	45-54	40	10,4	
	55 ve �st�	16	4,2	
Kronik Hastalığınız Var Mı?	Var	73	19,0	1,80±0,39
	Yok	311	81,0	
Eğitim Durumu	Okuma- Yazmam Yok	5	1,3	3,24±0,93
	İlköđretim	104	27,1	
	Lise	79	20,6	
	Lisans	183	47,7	
	Lisansüstü	13	3,4	
Gelir Durumu	Geliri Yok	75	19,5	2,14±0,77
	Düşük	194	50,5	
	Orta	99	25,8	
	Yüksek	16	4,2	
Sağlık Sigortanı Var mı?	Var	308	80,2	1,19±0,39
	Yok	76	19,8	
Son Bir Yılda Kaç Defa Doktora Bařvurdunuz?	1-3	188	49,0	1,73±0,97
	4-7	152	39,6	
	8-11	20	5,2	
	12-15	7	1,8	
	16 ve �st�	17	4,4	

Toplam	384	100
--------	-----	-----

Yukarıdaki tabloda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini incelenmiş olup çalışmaya katılan katılımcıların (n=384) %52,3'ü kadın, %60,7'si bekar, %49,2'si çalışıyor, %36,2'si 25-34 yaş aralığında, %47,7'sinin eğitim düzeyi üniversite, %50,5'inin geliri düşük düzeyde, %81,0'ının kronik hastalığa sahip olmadığı ve %49'unun yılda 1 ile 3 arası doktora başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 2. Verilerin Normallik Testi Ve Güvenirlik Katsayıları**

Ölçek	Mean	Varyans	Min-max	Güvenirlik katsayıları (Cronbach's Alpha)
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	2,61	0,12	2,08-3,42	0,90
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	2,47	0,28	2,15-2,75	0,91

Tablo 2'de ölçeklerin güvenilirlik katsayıları verilmiştir. Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak tespit edilmiş olup sağlık hizmeti talep erteleme ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Bulunan sonuçlara göre kullanılan ölçekler yüksek derecede güvenilir tespit edilmiştir (Tavakol ve Dennick, 2011).

**Tablo 3. Ölçeklerin Katılımcıların Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması (Bağımsız Örneklem T Testi)**

		Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	
Cinsiyet	Kadın (n=201)	Ortalama	2,56	2,39
		SS	0,69	0,88
	Erkek (n=183)	Ortalama	2,65	2,55
		SS	0,69	0,91
		t	-1,29	-1,79
	p	0,19	0,07	
Medeni durum	Bekar (n=233)	Ortalama	2,58	2,35
		SS	0,71	0,88
	Evli (n=151)	Ortalama	2,65	2,65
		SS	0,67	0,90

		t	0,97	3,27
		p	0,32	0,01*
	Var (n=308)	Ortalama	2,62	2,50
		SS	0,71	0,92
Sağlık Sigortası	Yok (n=76)	Ortalama	2,53	2,32
		SS	0,63	0,78
		t	0,99	1,55
		p	0,28	0,88
	Var(n=73)	Ortalama	2,63	2,66
		SS	0,56	0,82
Kronik Hastalık	Yok (n=311)	Ortalama	2,66	2,42
		SS	2,42	0,91
		t	0,44	2,00
		p	0,65	0,46

\*p&lt;0,005

Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ölçeği ve sağlık hizmeti talep erteleme ölçeği puanlarının katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve sağlık sigortası varlığı ve kronik hastalıkların varlığına göre farklılaşım farklılaşmadığını belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda cinsiyet, medeni durum, sağlık sigortasının olup olmaması ve kronik hastalık varlığı veya yokluğuna göre farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Sağlık hizmeti talep erteleme ölçeği cinsiyet, sağlık sigortası varlığı ve kronik hastalık durumu ile farklılık göstermezken medeni durum değişkeni ile farklılık göstermektedir. Evliler bekârlara göre daha fazla sağlık hizmeti talep ertelediği sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 4. Ölçeklerin Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (One WAY Anova Testi)**

	Yaş	n	Ort.± ss	F	p
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	18-24 <sup>a</sup>	136	2,57±0,69	1,24	0,29
	25-34 <sup>b</sup>	139	2,59±0,72		
	35-44 <sup>c</sup>	53	2,54±0,62		
	45-54 <sup>d</sup>	40	2,76±0,69		
	55+ <sup>e</sup>	16	2,86±0,78		
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	18-24 <sup>a</sup>	136	2,36±0,83	2,23	0,06
	25-34 <sup>b</sup>	139	2,41±0,90		
	35-44 <sup>c</sup>	53	2,66±0,97		
	45-54 <sup>d</sup>	40	2,64±0,93		



	55+ <sup>e</sup>	16	2,82±0,98		
	İş Durumu	n	Ort.± ss	F	p
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	Ev Hanımı	81	2,56±0,77	0,45	0,71
	Öğrenci	83	2,67±0,69		
	Çalışıyor	189	2,59±0,66		
	Emekli	31	2,65±0,75		
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	Ev Hanımı	81	2,40±0,92	0,78	0,5
	Öğrenci	83	2,44±0,80		
	Çalışıyor	189	2,47±0,92		
	Emekli	31	2,69±0,98		
	Eğitim durumu	n	Ort.± ss	F	p
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	İlkokul <sup>a</sup>	109	2,63±0,66	0,76	0,58
	Lise <sup>b</sup>	79	2,52±0,71		
	Lisans <sup>c</sup>	183	2,61±0,69		
	Lisansüstü <sup>d</sup>	13	2,70±0,95		
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	İlkokul <sup>a</sup>	109	2,52±0,83	1,69	0,15
	Lise <sup>b</sup>	79	2,33±0,99		
	Lisans <sup>c</sup>	183	2,49±0,89		
	Lisansüstü <sup>d</sup>	13	2,16±0,67		
	Gelir Durumu	n	Ort.± ss	F	p
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	Geliri Yok <sup>a</sup>	75	2,45±0,6	1,88	0,13
	Düşük <sup>b</sup>	194	2,68±0,74		
	Orta <sup>c</sup>	99	2,59±0,58		
	Yüksek <sup>d</sup>	16	2,58±0,84		
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	Geliri Yok <sup>a</sup>	75	2,30±0,89	2,43	0,06
	Düşü <sup>b</sup>	194	2,55±0,92		
	Orta <sup>c</sup>	99	2,38±0,76		
	Yüksek <sup>d</sup>	16	2,81±1,26		
	Son Bir Yılda Doktora Başvuru Sayısı	n	Ort.± ss	F	p
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	1-3 <sup>a</sup>	188	2,57 ±0.73	2,487	0,43
	4-7 <sup>b</sup>	152	2,67±0.67		
	8-11 <sup>c</sup>	20	2,86±0,62		
	12 ve Üzeri <sup>d</sup>	24	2,40±0,51		
	1-3 <sup>a</sup>	188	2,39±0,93	3,268	0,12
	4-7 <sup>b</sup>	152	2,56±0,87		

Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	8-11 <sup>c</sup>	20	2,90±0,9,
	12 ve Üzeri <sup>d</sup>	24	2,09±0,76

\*p<0,005, \*\*p<0,001 F=Tek Yönlü Varyans Analizi a= Birinci Grup b= İkinci Grup C= Üçüncü Grup d= Dördüncü Grup e= Beşinci Grup

Tablo 4'te görüldüğü üzere demografik değişkenler ile ölçekler arasında bağımsız gruplar arasında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti talep erteleme ölçeği ve değişkenler arasında bir farklılık tespit edilememiştir (p>0,05).

**Tablo 5. Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Ve Sağlık Hizmetleri Talep Erteleme Ölçeği Korelasyon Sonuçları**

		Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği
Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	<i>r</i>	1	
	<i>p</i>		
Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği	<i>r</i>	0,375	1
	<i>p</i>	0,000*	

\*p<0,005, \*\*p<0,001 F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Ölçeği ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile pearson testi uygulanmış ve Tablo 5'te sonuçları verilmiştir. Analiz sonucunda söz konusu iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır (p<0,05). İki ölçek arasındaki ilişki orta düzeydedir (r=0,375). Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı arttıkça sağlık hizmeti talep erteleme de artmaktadır.

**Tablo 6. Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Ve Sağlık Hizmetleri Talep Erteleme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Regresyon Sonuçları**

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R <sup>2</sup>	F	<i>p</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerans Değeri	VIF
Constant						1,458		6,095	0,000		
Haksız Gelir	Sağlık Hizmetleri Talep Erteleme Ölçeği	0,385	0,148	13,18	0,000	0,222	0,233	2,264	0,024	0,763	1,405
Tıbbileşme						0,09	0,118	1,579	0,115	0,803	1,302
Sağlık Sistemi						-0,039	-0,027	-0,454	0,65	0,902	1,202

Gereksiz Tetkik	0,099	0,071	1,054	0,292	0,783	1,505
Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	0,024	0,019	0,207	0,836	0,782	1,013

P<0,05 n=384

Tablo 6 ‘da arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ölçeğinin, sağlık hizmetleri talep ertelemeye etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre sağlık hizmeti talep erteleme değişkenindeki değişimin %14,8’i ( $R^2=0,148$ ) bağımsız değişkenler (Gereksiz Tetkik, Haksız Gelir, Gereksiz Sağlık Hizmeti, Tıbbileştirme, Sağlık Sistemi) tarafından açıklanmış olup söz konusu modelin açıklayıcı gücünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $F=13,180$   $p=0,000$ ). Bağımsız değişken olan haksız gelir, sağlık hizmeti talep ertelemeyi pozitif yönde etkilemektedir ( $p=0,024$   $t=2,264$ ). Haksız gelirdeki her 1 birim artış sağlık hizmeti talep ertelemede  $B=0,222$ ’lik bir artış göstermektedir. Hipotez 2 kabul edilmiştir. Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Ölçeği’nin alt boyutlarından gereksiz tetkik, haksız gelir, gereksiz sağlık hizmeti ve tıbbileştirme ve sağlık sistemi tek başına sağlık hizmeti talep ertelemeyi etkilememektedir. Hipotez 3, Hipotez 4, Hipotez 5 ve Hipotez 6 kabul edilmemiştir.

**Tablo 7. Arz Temelli Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Hizmetleri Talep Erteleme Ölçeği Regresyon Sonuçları**

	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış		t	p	F
	$\beta$	S.e	$\beta$	ış			
Sabit	1,208	0,165			7,314	,000	62,53
Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı	0,463	0,061	,375		7,908	,000	
	R <sup>2</sup> :0,141		p<0,05				
Bağımlı değişken (Sabit): Sağlık Hizmetleri Talep Erteleme Ölçeği							

Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık hizmeti talep erteleme üzerindeki etkiyi saptamak amacı ile regresyon analizi yapılmıştır. Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık hizmeti talep erteleme üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımı sağlık hizmetleri talep erteleme düzeyinin %14’ünü açıklamaktadır. Arz temelli gereksiz sağlık hizmetindeki her 1 birim artış bireylerin sağlık hizmeti talep ertelemesinde  $B=0,463$ ’lük bir artışa neden olmaktadır. Hipotez 1 kabul edilmiştir.

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerindeki etkisi araştırılmak istenmiştir. Elde edilen veriler literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırılarak tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının cinsiyet, medeni durum, sağlık sigortasının olup olmaması, kronik hastalık varlığı veya yokluğu, son bir yılda doktora başvuru sayısı ve gelir durumuna göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Durmaz (2017) hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi adlı çalışmasında, arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının bütün alt boyutlarının (Maddi Kazanç, Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı, İlaç Endüstrisi, Tıbbileştirme ve Gereksiz Tetkik) değişkenler üzerindeki etkisini incelemiş olup medeni durum değişkeninde bütün alt boyutlarında farklılık tespit edilememişken diğer değişkenler ve alt boyutlarında farklılıklar tespit edilmiştir. Çelik ve Hotchkiss (2000) yaptıkları çalışmada Türkiye’de eğitim düzeyinin artması ve sağlık sigortasının varlığı kadınların sağlık hizmetlerine olan talebini artırdığı belirtmişlerdir. Mwabu, Ainsworth ve Nyamete (1993) ise yapmış oldukları çalışmada gelir durumundaki iyileşmenin sağlık hizmetlerine olan talebi arttırdığını belirtmişlerdir. Özcebe vd. (2003) çalışmalarında sosyal sağlık sigortası olan bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin sağlık sigortası olmayanlara oranla daha fazla olduğunu saptanmıştır. Bunun nedeni bireylerin sosyal sigorta sahibi olmasına bağlı olarak onların daha fazla sağlık hizmetini talep etmesini tetiklemektedir.

Sağlık hizmeti talep erteleme ile demografik değişkenler (cinsiyet, iş durumu, eğitim durumu, gelir durumu, son bir yılda doktora başvuru sayısı, sağlık sigortasının olup olmaması ve kronik hastalık durumu) arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Sadece medeni durum ile farklılık tespit edilmiş olup evlilerin daha fazla sağlık hizmeti talep erteleme davranışı sergiledikleri gözlemlenmiştir. Visscher vd. (2023) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik bir hastalığı bulunmayan bireylere göre daha fazla sağlık hizmetinde talep erteleme hissettiklerini belirtmiştir. Araştırmacılar ayrıca kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla talep erteleme davranışında bulduklarını belirtmişlerdir. Schmidt vd. (2022) ise eğitim düzeyi ile sağlık hizmetine olan talep erteleme davranışı arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetinde talep ertelemenin literatürde farklılık göstermesi yapılan çalışmaların farklı kültürlerde ve farklı sağlık hizmeti finansmanını benimseyen ülkelerde yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanım algısı sağlık hizmeti talep erteleme davranışını pozitif yönde etkilemektedir ( $p<0,05$ ). Arz temelli sağlık hizmeti kullanım algısının alt boyutlarından haksız gelirin sağlık hizmeti talep ertelemeyi pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Hizmet sunuculara karşı bireylerin güveninin sarsılması onların taleplerini ertelemesine neden

olmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalarda arz temelli sağlık hizmeti kullanımının artması hizmet sunucularının gelirlerinin artmasına sağlamaktadır (Durmaz ve Erdem, 2017). Bunun yanında hastalar ile hizmet sunucular arasında bilgi asimetrisi olması, hekimlerin performansa yönelik ek ödeme sistemi olması onların gereksiz tetkik ve tedaviye itmesine neden olmaktadır (De Oliveira vd., 2011; Akkaş, 2012).

## **Sonuç**

Yetişkin bireylerde arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisini araştırmak için yapılan bu çalışmada, arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanım algısının, sağlık hizmeti talep ertelemesini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca evli bireylerin bekârlara göre sağlık hizmeti talebini daha fazla erteledikleri tespit edilmiştir. Bunun yanında, bireylerin hizmet sunucularına yönelik haksız gelir elde etme algısı onların sağlık hizmeti talep ertelemesini etkilediği gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunuculara yönelik gereksiz arz oluşturma algısı bireylerin sağlık hizmetlerine karşı güvenini azaltmaktadır. Gereksiz yere teşhis, tedavi ve tetkikler yapılması hem hastaların talep ertelemesini etkilemekte hem de sağlık hizmeti kaynaklarını tüketmektedir. Bu durumda doğrudan ve dolaylı olarak ülke kaynaklarını gereksiz yere harcanmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerine talebin planlı olmadığı ve aniden ihtiyaç haline geldiği düşünüldüğünde sağlık hizmetini talep eden bireylerin taleplerini ertelemeleri çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine olan talebin ertelenmesinin önüne geçebilmek amacıyla sağlık hizmetlerinde gereksiz tetkik yoluyla haksız gelir elde eden hizmet sunucuları tespit edilip bu durumun düzeltilmesi hem hasta memnuniyetini sağlayacak hem de kaynak israfını önleyecektir. Sağlık politikası oluşturan kurum kuruluşların makro ve mikro düzeyde politika oluştururken arz temelli gereksiz sağlık hizmeti kullanımını göz önünde bulundurması önerilmektedir.

---

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız

**Yazar Katkısı:** Ramazan Kıracı: %100

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Çalışma için destek alınmamıştır.

**Etik Onay:** Bu çalışma etik onay gerektiren herhangi bir insan veya hayvan araştırması içermemektedir. /Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi amacıyla, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (15.12.2023 / 2023-43) alınmıştır.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Peer Review:** Independent double-blind

**Author Contributions:** Ramazan Kıracı: 100%

**Funding and Acknowledgement:** No support was received for the study.

**Ethics Approval:** This study does not contain any human or animal research that requires ethical approval. / Ethics committee approval (15.12.2023 / 2023/43) was obtained from Kahramanmaraş S t c  İmam University Social Sciences Ethics Committee for the purpose of carrying out this study approval.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest with any institution or person related to the study.

---

** nerilen Atf:** Kır a , R. (2024). Arz temelli gereksiz sağlık bakım hizmetinin sağlık hizmeti talep ertelemeye etkisi. *Akademik Hassasiyetler*, 11(26), 372-388. <https://doi.org/10.58884/akademik-hassasiyetler.1462698>

---

### Kaynak a

- Akkaş, E. (2012). *Vek let teorisi  er evesinde hasta-hekim ilişkileri üzerine bir  alışma. Isparta il merkezi hastaneleri  rneėi* [yüksek lisans tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Auster, R. D., & Oaxaca, R.L. (1981). Identification of supplier induced demand in the health care sector. *Journal Of Human Resources*, 16(3), 327-342.
- Basirimoghadam M., Rafii F., & Ebadi, A. (2020). Self-Rated health and general procrastination in nurses: a cross-sectional study. *Pan Afr Med*. 36(254), 1-11. <https://doi.org/10.11604/Pamj.2020.36.254.23720>.
- Berndt, E. R., & Donohue, J. M. (2008). Direct-to-consumer advertising in health care: an overview of economic issues. F. A. Sloan And H. Kasper (Ed.), *Chapter 6* içinde (ss. 131-162), England: The Mit Press
- B y křirin B. (2018). *Kamu Hastane Birlikleri'nin Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve talep üzerine etkisi* [yüksek lisans tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in education* (7th Ed.). Routledge
- Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroėlu, S., & Yıldıırım, E. (2017). *Sosyal bilimlerde araştırma y ntemleri spss uygulamalı*. Sakarya Kitabevi.
- De Oliveira Andrare, E., De Andrade, E. N., & Gallo, J. H. (1992). Case study of supply induced demand: The case of provision of imaging scans (Computed tomography and magnetic resonance) at unimed-manaus. *Revista da Associa o M dica Brasileira*, 57(2), 138-143. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200009>.

- Durmaz, T. (2017). *Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi* [yüksek lisans tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Durmaz, T., & Erdem, R. (2017). Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (29), 579-604.
- Filiz, M. (2023). OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde bir değerlendirme. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (43), 633-659.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Ankara: (5. Baskı), Seçkin Yayıncılık*
- Hillman, A. L., Pauly, M. V., & Kerstein, J. J. (1989). How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations?. *New England Journal Of Medicine*, 321(2), 86-92.
- Karaca, Z., & İnan, K. (2022). The effect of the pandemic on health services demand: An application on Atatürk university faculty of dentistry. *Trends In Business and Economics*, 36(1), 43-49.
- Mwabu, G., Ainsworth, M., & Nyamete, A. (1993) Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis. *Journal of Human Resources*, 28, 838-862.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Özcebe, H., Sönmez, R., Atasoy, A., Dede, Ö., Demir, A., Fakıoğlu, E., & Yılmaz, N. (2003). Ankara gülveren sağlık ocağı bölgesi anadolu mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1), 22-26.
- Pinheiro, C. P. O., Silva, R. M. D., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Cavalcante, A. N. M., Alexandre, A. V., & Cruz, C. A. (2019). Procrastinação na detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 227-234.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektöründe hizmet talebi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 430-457.
- Schmidt A. E., Rodrigues R., Simmons, C., & Steiber, N. (2022) A crisis like no other? Unmet needs in healthcare during the first wave of the COVID-19 crisis in Austria. *Eur J Public Health*. 32(6), 969–75. 10.1093/eurpub/ckac136

- Soyler, S., Uyar, S., Kirac, R., Yılmaz, G., & Ciftci-Kirac, F. (2022). Development of healthcare demand procrastination scale: A reliability and validity study. *J Basic Clin Health Sci*, 6(2), 283-291.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's Alpha. *International Journal Of Medical Education*, 2, 53-55.
- Ünal, Ö. (2020). *Defansif tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları* [doktora tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Ürek D., & Erigüç G. (2018). Vekâlet Teorisi'nin sağlık sektöründeki yansımalarının ulusal ve uluslararası çalışmalar bağlamında değerlendirilmesi. *USAYSAD Derg*, 4(2), 180 -194.
- Visscher, K., Kouwenberg, L. H. J. A, Oosterhoff M, Rotteveel A. H., & Wit G. A. (2023). Postponed healthcare in The Netherlands during the COVID-19 pandemic and its impact on self-reported health. *Front Health Serv*, 3, 1-10.
- Yılmaz, Y. (2023). *Genç yetişkinlerde helikopter ebeveyn görülme sıklığı ve deneyimlerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi* [yüksek lisans tezi] İstanbul Üniversitesi.

### Extended Abstract

Factors such as the price of health services, income level of individuals, personal tastes and needs of individuals, the financing management of the country and the severity of the need for health services cause changes in the demand for health services (Ünal, 2013). Unlike other goods and services, health services are not substitutable and supply providers have a significant impact on demanders (Karaca and İnan, 2022). In the study conducted by Durmaz and Erdem (2017), it is seen that the mean score of the participants in the statement "I think that physicians make decisions in line with their financial gains while planning the treatment process" is significantly different. According to this result, it can be said that physicians plan unnecessary health services according to the demanders. The doctor has the authority to determine the health need requested by the patient, which is at the initiative of the doctor. The physician may not use this authority in a good way and may encourage the patient to use unnecessary health services by using it in a bad way (Durmaz & Erdem, 2017). In a study by Hillman et al. (1989), payment systems for physicians were compared. According to the results of the study, it was concluded that doctors working under the fee-for-service payment model request more examinations and hospitalize more patients than doctors working under the per capita payment model and salary system. As a result of the research, it was concluded that financial resources add physicians on the supply side of health care (Durmaz and Erdem, 2017). By abusing the power to control demand, which is their own initiative, health service providers pave the way for the problem of supply creating demand (Durmaz, 2017). It is argued that supply creators in the health sector contribute to the demand



creation of supply by creating their own services (Auster and Oaxaca, 1981). This study investigates the impact of supply-based unnecessary health care on health care demand deferral. This study covers citizens aged 18 and over residing in Kahramanmaraş province. The research was conducted between 15.12.2023-20.02.2024. The convenience sampling method was used in the research and the sample is 384 people. According to Coşkun et al. (2010), a minimum sample size of 384 is accepted for a population size of 100,000 and above. In the study, data were collected online through a questionnaire. The questionnaire consists of three parts. In the first part, there is a personal and demographic information form prepared by the researchers to recognize the participants and to determine their general information. In the second part of the questionnaire, the "Scale for the Evaluation of Unnecessary Health Service Utilization Based on Supply" was used. The scale was developed by Durmaz and Erdem (2017) and consists of 22 items and 5 dimensions. These dimensions are Unnecessary Investigation ( $p=0.866$ ), Unfair Income ( $p=0.884$ ), Unnecessary Health Service Use ( $p=0.608$ ), Medicalization ( $p=0.858$ ), Health System ( $p= -0.636$ ). In the third part of the questionnaire, "Health Service Demand Postponement Behavior Scale" was used. It was developed by Söyler et al. (2022) and consists of 3 dimensions: Seeking Remedy ( $p=0,830$ ), Avoidance ( $p=0,874$ ), Taking Action ( $p=0,733$ ). The research data were analyzed using the SPSS package program. First, the reliability of the scales was examined and then it was determined whether they were suitable for normal distribution. As a result of the analysis, it was determined that the scales were reliable and suitable for normal distribution. Accordingly, t-test in independent groups, one-way analysis of variance in independent groups, correlation and regression analysis were conducted. Of those included in the study, 52.3% were male, 60.7% were single and 47.7% had a bachelor's degree. 49.2% of the individuals were employed, 50.5% had low income and 19.8% did not have health insurance. 81% of the participants did not have any chronic disease and 88.6% of them visited a doctor at least 1 and at most 7 times in a year. It was concluded that supply-based perception of unnecessary health service utilization positively affects health service demand postponement. It was found that married individuals postpone the demand for health services more than single individuals. In addition, individuals' perception of unfair income generation towards service providers affects their health service demand postponement. Considering that the demand for health services is not planned and suddenly becomes a need, postponing the demands of individuals demanding health services can lead to various problems. In this context, in order to prevent the postponement of the demand for health services, service providers who earn unfair income through unnecessary examinations in health services can be identified and correcting this situation will ensure patient satisfaction and waste of resources can be prevented.