

Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği*

Kemal TEMEL**
Murat AYDIN***

ÖZ

Piyasalarda, her zaman alıcı ve satıcılar aynı bilgiye sahip değildir. Bu durum doğru bilgiyi elinde tutan taraf açısından bir avantaj sağlarken, bu bilgiden yoksun taraf içinse bir dezavantaj oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ise bilginin yoğun olduğu alanlardan birisidir. Çünkü hizmeti verenler ile alanlar arasındaki ilişkinin temeli bilgiye dayanmaktadır. Hizmet alan hastaların, hastalıkları ve alacakları hizmet hakkında tam ve detaylı bilgiye sahip olabilmeleri her zaman için mümkün olamamaktadır. Buna karşılık hekimler, hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında daha fazla bilgiye sahiptirler. Bu durum sağlık hizmetleri piyasasında her iki tarafın aynı bilgiye (simetrik) sahip olmamasına bağlı olarak bilgi asimetrisine neden olmakta, ekonomik kayıplar doğurabilmektedir. Bu çalışma ile bilgi asimetrisine bağlı olarak hasta-hekim arasındaki ilişki esnasında fiziki şartlar, iletişim, etik ve güven algısının neden olduğu ekonomik etkiler incelenmiştir. Araştırmanın evrenini Çanakkale ilinde görev yapan hekimler ile bu hekimlerden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında 172 hekim ve 348 hastaya ulaşılarak anket uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hekimler ile hastalar arasında algı düzeyi açısından anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Hizmet kullanımında, eğitim düzeyinin yanında sağlık bilgi düzeylerinin etkili olduğu görülmüştür. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide, iletişim ve güvenin tanı ve tedavi sürecini etkilediği görülmektedir. Hasta ve hekim hastaların hizmet alma eğilimlerini değiştirmektedir. Hizmet alma eğilimindeki değişiklikler hastaların gereksiz ve aşırı hizmet kullanımına, bunun yanında yol, zaman, iş kaybı vb. kayıplara da neden olmaktadır. Hekimler açısından da iş kaybı, diğer hastalara ayrılacak zaman kaybı, sarf ve tıbbi malzeme kaybı gibi ekonomik kayıplara ve maliyet artışına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Bilgi Asimetrisi, Hasta-Hekim İlişkileri, Ekonomik Etkiler.

Economic Problems of Health Aspects in Patient-Physician Relationship The Case of Canakkale

ABSTRACT

In the markets, buyers and sellers do not always have the same knowledge. While this provides an advantage in terms of the party holding the right information, it is a disadvantage for the party that lacks it. Health care is one of the areas where knowledge is intense. Because the relationship between the service providers and the fields is based on the basis of knowledge. It is not always possible for patients receiving services, diseases and receivables to have full and detailed information about the service. On the other hand, physicians have more knowledge about diseases and treatments of patients. This leads to information asymmetry and economic losses due to the fact that both sides do not have the same information (symmetric) in the health care market. This study investigates the economic effects of physical condition, communication, ethics and trust in the relationship between patient and physician due to information asymmetry. The universe of the research constitutes the doctors working in the province of Çanakkale and the patients receiving services from these

* Bu çalışma, Kemal Temel'in "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Tez çalışması Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) tarafından desteklenmektedir. Proje Numarası: 2481

** Öğr. Gör. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, kemaltemel@comu.edu.tr

*** Doç. Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İİBF, murataydin@comu.edu.tr

physicians. In the scope of the study, 172 physicians and 348 patients were reached and a questionnaire was applied. According to the results of the study, it was determined that there is a significant difference between physicians and patients in terms of perception level. In the use of services, health information levels have been found to be effective besides education level. Communication and trust between the patient and the physician are related to the diagnosis and treatment process. This is changing the tendency of patients to get services. The changes in the tendency to receive health care services lead to unnecessary and excessive use of the services by the patients, as well as loss of time, excessive use of transportation systems and loss of working time. In terms of physicians, it also causes economic loss and cost increase such as loss of work, waste of time for other patients, loss of consumables and medical equipment.

Keywords: Health Services, Information Asymmetry, Patient-Physician Relations, Economic Impacts.

I. GİRİŞ

Tüm bireylerin eşit, ulaşılabilir ve hakkaniyet içinde alması gereken insani haklardan birisi de sağlık hizmetidir. Bu hizmet sadece bireyi değil aynı zamanda toplumu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle herkes tarafından etkin bir şekilde kullanılabilmesi için gerekli donanım, altyapı ve insan gücünün sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hizmet sunanlar ile hizmet alanlar arasındaki (hizmetin sunumu, hekimin çabası gibi) birçok faktöre bağlı olarak da değişkenlik gösterebilmektedir. Blum (1975)'un çevresel yaklaşım modeline göre sağlık dört ana faktörden etkilenmektedir. Bunlar; çevre, davranış, sağlık hizmetleri ve kalıttır. Bu faktörler toplumsal yapılar tarafından etkilenmekte ve birbirlerini de etkilemektedirler. Bu modele ilave olarak, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık politikaları ve girişimleri gibi değişkenleri de çevresel yaklaşım modeline ayrıca eklemek gerekmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010).

Sağlık piyasasında çoğunlukla tam bilginin var olduğu varsayımı düşüncesi hâkimdir. Yani sağlık piyasasında hem hizmet sunucuları hem de hizmet alanlar her mal ve hizmetin fiyat ve kalitesini bildiğini düşünmektedir. Oysa bu durumun aksine bilgi düzeyi hizmet sunucuları ile alıcıları arasında farklılık göstermektedir. Çünkü piyasada gerçek bilgi hiçbir zaman iki taraf için de her zaman tam olarak (istisnai durumlar hariç) var olmamıştır (Folland et al. 2010). Sağlık hizmetleri piyasasında hekimler daima hastadan çok daha fazla bilgiye sahiptir. Çünkü sağlık üretim fonksiyonu ifade edildiği üzere hizmetin sunumu, hekimin çabası ve diğer birçok faktörden etkilendiğinden bir hastanın, bir hekim hakkındaki çevreden duydukları ya da bireysel performans gözlemi, ona hekimin çabasının düzeyini kolay bir şekilde belirleme olanağı sağlamamaktadır (Frank 2016). Bu durum asimetric bilgi kavramını ortaya çıkararak hastaların hekim tercihleri ile tedavi süreçlerini etkilemektedir.

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, sağlık hizmetinin doğru ve etkin verilebilmesinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Arrow (1963)'un ifadesiyle, hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temelini güven oluşturmaktadır. Güvene bu derece önem verilmesinin nedeni de hastanın korunmasızlığı, belirsizliği* ve ayrıca güvenin hasta kişinin mutluluğunu etkileyen, tedavinin de bir bileşeni olmasından kaynaklanmaktadır (Frank 2016). Çünkü hasta ile hekim arasında doğru ve etkin ilişki kurulması tedavi sürecini de etkilemektedir. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide belirleyici rol oynayan faktör bilgi asimetrisi nedeniyle hastanın hekimi vekil seçmesidir. Hasta alacağı hizmet hakkında tam bilgiye sahip olamadığı için hekimi, hastalığı ve tedavisinde ne yapılacağını bilen kişi olarak kabul etmektedir. Hasta sadece hastalığı ile ilgili değişiklikleri fark edebilecek durumdadır. (Top, Tarcan 2007). Bu

* “Belirsizliğin yansız takdiri, rasyonelliğin temel taşıdır- ama insanların ve örgütlerin istediği bir şey değildir. Aşırı belirsizlik tehlikeli durumlarda insanı felç eder ve yalnızca tahmin yürüttüğünü itiraf etmek, risk yüksek olduğunda özellikle kabul edilemez. Biliyormuş gibi yapmak çoğunlukla tercih edilen çözümdür”. Bkz. (Kahneman 2017).

nedenle hasta hekimi kendisinin vekili belirleyerek hastalığı ile ilgili tüm yapılması gerekenleri hekimin yapmasına olanak vermektedir. Bu ilişki hasta ile hekim arasındaki bilgi düzeyi farklılıkları nedeniyle sorunlara neden olabilmektedir. Bunun yanında bilgi asimetrisi, hekime olan güven yaklaşımındaki değişiklikler, iletişimde yaşanan aksaklıklar, hastalık düzeyi vb. nedenlerden dolayı hastaların birden fazla hekime başvurma, tedavi sürecindeki kararsızlıklar ve sürecin uzamasına bağlı gelişen sorunlara da neden olmaktadır.

Hasta ve hekim ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, maliyet artışına hem hastaların hem de hizmet verenlerin katlanmaları gerektiği görüşündedirler (Bilgili, Ecevit 2008). Çalışma ile sağlık piyasalarında bilgi asimetrisinin neden olduğu maliyet artışı, hasta hekim ilişkilerindeki etkileri ve bu etkilere bağlı ekonomik kayıpların araştırılması hedeflenmiştir. Çalışmada hekim ve hastalara aynı konular benzer sorular ile anket uygulaması yöntemiyle uygulanmış ve davranış ve yaklaşımların kıyaslanması sağlanmaya çalışılmıştır. Hasta ve hekim ilişkilerinde bilgi asimetrisine bağlı yaşanan sorunların neden olduğu aşırı tüketim ve neticesinde maliyet artışına bağlı sorunlara çözüm önerileri getirilmesi amaçlanmıştır.

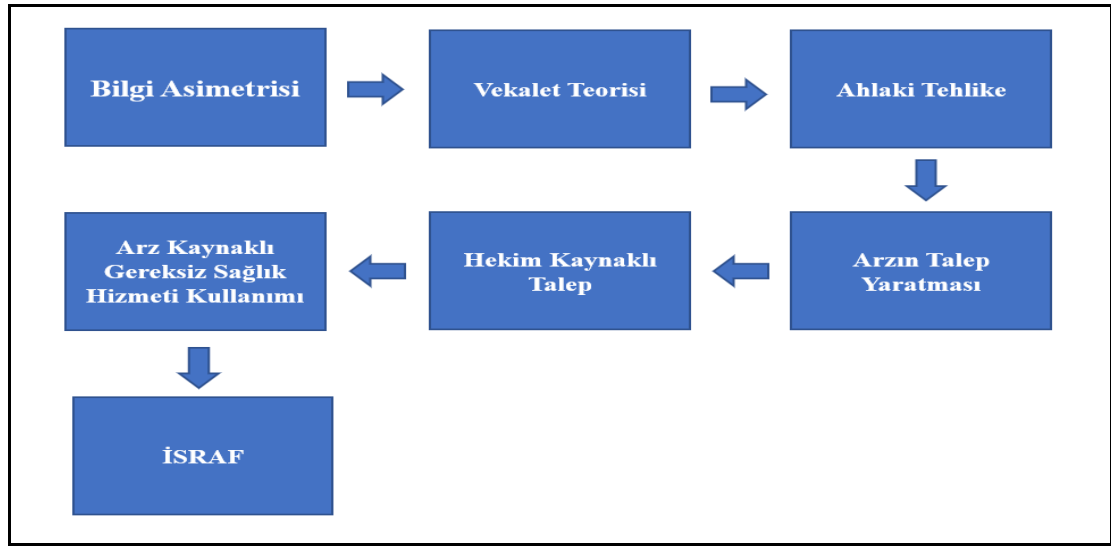
II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİ

Bilgi simetrisi, tüm ilgili bilgilerin, tüm taraflarca bilindiği bir durumu ifade ederken, bilgi asimetrisi ya da diğer bir ifade ile asimetric bilgi, bir işlemdeki farklı tarafların farklı bilgi kümelerine sahip olduğu bir durumu ifade etmektedir (Afzal et al. 2008). Bilgi asimetrisi, kavram olarak ilk kez George A. Akerlof'un 1970 yılındaki *The Market for "Lemons": Quality, Uncertainty, and the Market Mechanism* adlı makalesinde kullanılmıştır. Makalede Akerlof, otomobil pazarı örneği ile asimetric bilgi kavramını geliştirmiştir (Auronen 2003). Çünkü defolu araçların varlığında eğer bilgi akışı kısıtlı ise sağlam araçların fiyatlarının da oluşacak kuşkuya bağlı olarak düşeceğini belirtmiştir. Böyle bir piyasayı da "limon piyasası" olarak adlandırmıştır (Akerlof, Shiller 2010). Akerlof'a göre satıcı daha fazla bilgiye sahip olduğundan bilgi asimetrisi gelişecektir. Bu da bilginin eşit olmayan bir dağılımını ifade etmektedir. Bu bilgi farkı da bir tarafı diğer tarafa göre daha avantajlı kılmaktadır (Afzal et al. 2008). Eğer piyasada mevcut bilgi her iki taraf için tam ve doğru olmazsa, piyasa başarısızlıkları görülecektir. Bir mal veya hizmetin özellikleri hakkında alıcı ve satıcının birbirlerinden farklı bilgiye sahip olmaları asimetric bilgiyi doğurmaktadır. Asimetric bilgi durumunda, piyasa sosyal yararı tam olarak sağlayamamaktadır (Blomqvist, Leger 2005). Bilgi asimetrisinin yoğun olduğu alanlardan biriside sağlık piyasasıdır. Çünkü bu piyasa yapısı itibari ile diğer piyasalardan farklı olarak ele alınmaktadır. Piyasayı diğerlerinden ayıran en temel özelliklerin başında da sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması ile asimetric bilgi gelmektedir (Bilgili, Ecevit 2008).

Sağlık ekonomisinde hizmet sunucular ve alıcılar arasında bilgi asimetrisinin olması kaçınılmazdır. Bilgi asimetrisi hastanın alacağı hizmette dezavantaja neden olabilmektedir. Çünkü hasta aldığı hizmet düzeyini, hastalık seyrini, uygun tedavi yöntemlerini, iyileşme ya da hastalığın ilerleme durumunu ve hizmetin maliyetini hizmet sunucularına oranla çok az bilmektedir. Bu nedenlerle sağlık piyasalarında yetersiz bilgi hastaların aleyhine problemlere neden olabilmektedir (Folland et al. 2010). Sağlık hizmetlerinde asimetric bilgi problemi ters seçim ve ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Clement 2009). Sağlık hizmetlerinde hastaların alacakları hizmeti hiç bilmemeleri ya da kısıtlı bilmeleri, yanlış hastane, yanlış hekim ya da sağlık hizmeti dışında yanlış tedavilere yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durum zaman, para, işgücü kaybı, sağlık problemleri ve sosyal sorunlar gibi birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Buna karşılık hizmet sunucuların yeterince bilgi sahibi olmaları ve hastalar adına karar vermeleri, onları hastalara karşı daha avantajlı konuma getirmektedir. Hastalar tedavi oldukları hekime ya güvenmekte ya güvenmemekte ya da kısmen güvenmektedirler. Tedavi

sürecinin başlaması ile hastalar hekimleri kendilerine vekil olarak seçmekte ve yapılacak tüm işlem ve girişimlerin hekim tarafından belirlenerek uygulanmasını beklemektedirler. Bu ilişki ile hekime olan güven, iletişim ve fiziksel altyapı olanakları gibi birçok faktör tedavi sürecinde etkili olmaktadır.

Sağlık piyasalarında hekim ve hasta arasındaki ilişkide yaşanan tüm sorunların beraberinde ekonomik aksaklıkları da getirdiği görülmektedir. Hizmet sunucu konumundaki hekimlerin bilgi yönünden güçlü olmalarını kendi çıkarlarına göre kullanmaları, hastalarında bu bilgi eksikliğine bağlı olarak kendilerine yeterli düzeyde bilgi sağlayabilecek hizmet arayışları sağlık ekonomisinde rol oynamaktadır. Bu durum Şekil 1’de gösterilmiştir. Sağlık piyasalarının bilgi yoğun piyasa özellikleri nedeniyle hizmet sunucularının bu üstünlüğü kendi menfaatleri doğrultusunda kullanması gereksiz ve aşırı talep sorununa bağlı israf durumu ortaya çıkmaktadır (Ünal 2011).



Şekil 1. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsraf Sorunu

Kaynak: Durmaz, Erdem 2017

2.1. Ahlaki Tehlike

Sağlık piyasalarında ahlaki tehlike, mal ya da hizmetlerde taraflarından birinin diğer taraf aleyhine sözleşmeden yararlanacak biçimde, davranışını değiştirmesi ile ortaya çıkan durumu ifade etmektedir (Yıldırım 2015). Sağlık güvencesi olanların hastalandıklarında güvencesi olmayanlara göre hizmetleri aşırı tüketmesi görülebilir (Flood 2001). Bilgi asimetrisi, bazı durumlarda hastalar gibi hekimleri de gerekli olmayan işlemleri yapmaya yönlerebilir. Bu durum sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Tumay 2009). Bunun asıl nedeni hasta ve hekim arasında bilgi simetrisinin gerçekleşmemesi ve daha fazla bilgiyi elinde tutan tarafın bu durumu kendi lehine kullanması durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Bu durum ise bazen hastane harcamalarına yanlış tedavi sorumluluğu neticesinde maliyetler yüklemektedir. Thaler ve Sunstein (2017)’ın da ifade ettiği üzere yanlış tedavi sorumluluğuna açık olma oranı yaklaşık %5-9 arasında değişmektedir. Bu da dava maliyetleri* ve neticesinde sağlık sigortası sistemi harcamasını doğurmaktadır.

* Hekimlerin ihmali neticesinde açılan davalar, ihmal için sorumluluk riski ile birlikte hasarları azaltsa bile, kazanımlar tedavi görmeye gücü yetmeyenlerin kayıplarını bir şekilde dengeleyebilecektir. Bkz. (Thaler, Sunstein 2017).

2.2. Ters Seçim

Bir ekonomik işlemde, yeterli bilgiye sahip olmayan tarafın, asimetrik bilgiden kaynaklı olarak seçmek istemediği müşteri kitlesini seçmesi ters seçim olarak adlandırılmaktadır (Savaşan 2013). Bu ters seçim kavramı ilk kez 1970 yılında Akerlof tarafından ortaya konulmuş olup, Myers, Majluf, Greenwald, Stiglitz ve Weiss tarafından da vurgulanmıştır (Mishkin 1996). Ters seçimin yoğun olarak yaşandığı alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Çünkü sağlık sigortası piyasalarında hasta sağlık durumunu sigorta şirketlerinden daha iyi bilmekte ve bunu kendi lehine kullanarak daha az prim ödeme eğilimi gösterebilmektedir. Bu durum sigorta şirketlerinin risk düzeyleri hakkında tam bilgiden yoksun kalmaları nedeniyle sigorta primlerinin ortalama bir fiyat üzerinden tüm katılımcıların aynı primi ödemelerine neden olmaktadır. Sigorta şirketlerinin belirlediği ortalama fiyat, daha düşük risk grubunda olanlar sigorta yaptırmaktan kaçınma sorunu ile karşı karşıya kalmaktadır (Shmanske 1996).

2.3. Arzın Talep Yaratması

Sağlık hizmetlerinde hasta ile hekim arasında gerçekleşen ilişki “Vekâlet Teorisi Yaklaşımı” ile açıklanmaktadır. Hekimin hizmet alan hasta adına karar vererek talep oluşturması, hastanın vekili olarak davranması “arzın talep yaratması” olarak adlandırılmaktadır (Bilgili, Ecevit 2008). Hastanın vekili konumundaki hekim, hastanın sağlık sigortası ile elde ettiği satın alma gücünü çeşitli nedenlerle kullanarak gereksiz sağlık harcamalarına neden olabilir. Howard (2001)’in da ifade ettiği üzere sağlık sigortası yaptıran bir hasta için, hastanın hekimi aşırı ilaç yazabilir ya da gereksiz tıbbi tetkikler isteyebilir. Bu durumda bu hizmetlerin kişiye olan özel maliyetleri, toplumsal maliyetlerinden daha düşüktür. Ama bunun sonucu maliyetler artacağı için ilerde sigorta şirketleri kişilerin ödeyecekleri primleri arttıracaklardır (Kirmanoğlu 2007). Burada yaşanacak ekonomik kayıplar, sistemin gereksiz meşguliyeti ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Hekimler performans kaygıları, ekonomik nedenler, yönetsel sorunlara bağlı olarak ellerinde bulundurdukları karar verme gücünü bilgi asimetrisinden de yararlanarak hasta için gerekli olmayan sağlık hizmetlerinin kullanılmasına teşvik ederek talep oluşturabilirler.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİNİN EKONOMİK ETKİLERİ

Sağlık harcamaları birçok faktör nedeniyle artış göstermektedir. Nüfus artışı, siyasi yaklaşımlar, sağlık yatırımları, hizmetlere ulaşım kolaylığı, teknolojik gelişmeler, hastalık algısındaki değişiklikler, eğitim ve bilgi artışına bağlı olarak sağlık hizmet beklentilerinin değişmesi gibi birçok faktör bu durum üzerinde etkili olmaktadır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide yaşanan sorunların neden olduğu harcamalar ahlaki tehlike, ters seçim ve arzın talep yaratması kavramları ile açıklanmaktadır. Fakat bunların dışında kalan harcamalar, tedavi sürecinde geçirilen zaman, iş kaybı, yol ve yemek masrafları, psikolojik ve sosyal kayıplar ile hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların neden olduğu harcamalara bağlı ekonomik kayıplar göz ardı edilmektedir. Çoğunlukla bu harcamalar hasta ya da yakınlarının yaptığı görünmeyen harcamalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.1. Hekim Kaynaklı Etkiler

Sağlık hizmetlerinde hekimlere bağlı ekonomik kayıplar çoğunlukla hizmetin aşırı tüketimi ile açıklanmaktadır. Aşırı tüketimi, sistemin gereksiz kullanımı, tedavi işlemleri ve ilaç ile sarf malzeme israfı olarak görülmektedir. Bunların yanında hekimler birçok ekonomik kayba neden olabilmektedir. Ayrıca hekimlerin neden olduğu ekonomik kayıpları yalnızca parasal kayıplar olarak görmekte doğru bir yaklaşım değildir. Tedavi sürecinde geçirilen süre, psikolojik yıpranmalar, muayene olamama, iş kaybı ve hizmete ulaşmadaki

yol ve yemek masrafları, yanlış tedavi nedeniyle hastanelerin maruz kaldığı tazminatlar gibi birçok ekonomik faktör bulunmaktadır. Hasta ile direkt temas halinde olan hekimlerin, kullandıkları cümleler, dış görünüşü, beden dili, kişisel özellikleri, mesleki yeterliliği ve beklentileri gibi faktörler hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Başol 2018).

3.2. Hasta Kaynaklı Etkiler

Sağlık hizmetleri piyasasında hastalar bilgi asimetrisine bağlı alacakları hizmeti tam olarak bilememeleri, kalitesini ölçememeleri ve sistemin sunduğu olanaklara bağlı olarak sistemi aşırı kullanma eğiliminde olabilmektedirler. Hastaların rahatsızlıkları için hizmet alacakları kuruluşun fiziki koşulları, ilgili branş hekiminin olup olmaması, sağlık inançları, ulaşım imkanları, maddi yeterlilik koşullarına bağlı olarak hizmet alma biçimlerinde farklılıklar görülebilmektedir. Buna bağlı olarak birden fazla hekime başvurarak sosyal güvenlik sistemine ekstra yük oluşturma, sistemi meşgul etme, başvuru alan hekimin yazdığı ilaçları tam ve zamanında kullanmamaya bağlı ilaç ve sarf malzeme israfı, muayene olabilmek için harcanan zaman ve işgücü kaybı gibi ekonomik problemlere neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler hizmet aldıkları kurum ve çalışanların kendilerine olan tutum ve davranışlardan etkilenmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyeti hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Yağcı, Duman 2006).

Hasta kaynaklı etkileri ise sadece hastalar ile de sınırlanamamak gerekmektedir. Çünkü hastaların yanlarında getirdikleri refakatçiler de iş kaybı, para kaybı, psikolojik yıpranma gibi birçok ölçülebilir ya da ölçülemez kayıplar yaşayabilmektedir.

3.3. Hizmet Sunucularına Bağlı Ekonomik Etkiler

Hastaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştiği birimlerin fiziki koşulları, hekim ve personel mevcudu, tıbbi teçhizat ve malzeme olanakları hizmet sunumu ve hizmet alma tercihleri üzerinde etkili olmaktadır. Bilgi asimetrisine bağlı olarak hekim ve hasta arasında gerçekleşen ilişki hizmet sunucularını doğrudan etkilemektedir. Hekim ve hasta arasında yaşanan olumsuzluklar hizmet sunucuların ellerindeki imkânları verimli kullanmada problemler oluşturabilmektedir. Hizmet sunucuları kendi bünyelerindeki imkânlar ile yapabilecekleri ameliyat, tedavi, tanı ve teşhis gibi işlemleri yapamayarak verimsiz kullanılabilirler. Ayrıca hastaların algılarına bağlı olarak aşırı tüketim eğilimi nedeniyle de mevcut imkânlar israf edilebilmektedir. Yağcı ve Duman (2006)'ın Türkiye'de yapmış oldukları çalışmada hastaların hekimlik hizmetlerini göz ardı ettiklerini vurgulamışlardır. Hastaların memnuniyet düzeylerinde hekimlik hizmetlerini dikkate almamaları ciddi bir algılama sorunu yaşandığının göstergesidir denmektedir. Bu durum hastaların hekimlik hizmeti dışında ki faktörlerden etkilendiğinin bir göstergesi olarak görülebilir.

3.4. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Ekonomik Etkiler

Sosyal güvenlik bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri tüm risklere karşı koruma altına alan bir teminat olarak görülmektedir. Hizmet sunumunda, sosyal güvenlik kurumlarının yapısına bağlı olarak hastalar sistemin kendilerine sağladığı tüm koşulları (aşırı) kullanmaya çalışmakta, hekimler ise hastalar üzerinden sistemin sağladığı imkânları kendi performanslarını arttıracak şekilde yönlendirebilmektedirler. Burada hasta ve hekimden kaynaklı nedenler ekonomik kaygıların doğmasına neden olmaktadır. Bu durum sosyal güvenlik kurumunun aşırı tüketime bağlı olarak kaynak israfı ile karşı karşıya kalınmasını doğururken, bütçesinde açığa sebep olmaktadır. Neticede sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı her olumsuz durum ise ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal güvenlik ahlakında yaşanan problemler, işveren ve çalışanların prim

ödemelerini yapmamaları, kendi menfaatleri nedeniyle usulsüz ve kanun dışı eğilimlerde bulunmaları nedeniyle sistem olumsuz etkilenebilmektedir (Arpa, Kolçak 2017).

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma ile istenilen sonuçları elde edebilmek için hipotezler şu şekilde belirlenmiştir.

- Bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıplar vardır.
- Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin tecrübesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin yetersiz bilgi ve iletişimleri nedeniyle hastalar sistemi daha fazla kullanarak ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkileyerek ekonomik kayıplarına neden olur.
- Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.
- Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik kayıplara neden olur.
- Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olarak ekonomik kayıplara neden olur.
- Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
- Hekimlerin performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırması ekonomik kayıplarına neden olur.
- Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını isteyerek ekonomik kayıplara neden olur.
- Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik kayıplara neden olur.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapılacağı evreni Çanakkale ilinde aktif olarak çalışan ve hasta muayene eden hekimler ile bu hekimlerden sağlık hizmeti alan 18 yaşını doldurmuş reşit hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca anket uygulamalarının yapılacağı alanlar içinde Çanakkale il sağlık müdürlüğü ve tıp fakültesi başhekimliğine dilekçe ile izin yazısı yazılmış ve gerekli izinler alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Grubun belirlenmesinde aktif görev yapan hekim sayısı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne yazı ile sorulmuş aktif görev yapan hekim sayısı 445 olarak bildirilmiştir. Çalışma 01.11.2017 ile 15.03.2018 tarihleri arasında kesitsel olarak tüm hekimler arasından ankete katılmayı kabul eden 172 hekim ve her hekim için 2 hasta olacak şekilde 348 hasta anketi yapılarak tamamlanmıştır.

Anket soruları oluşturulurken literatür taraması yapılmış ve “İlköğretim Öğrencileri için Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi” (Pelitoğlu, Özgür 2013). “Sağlık Algısı Ölçeği’nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği” (Kadioğlu, Yıldız 2012). Son olarak “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut için Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek” isimli çalışmalar incelenmiş ve çalışmada kullanılacak anket geliştirilmiştir. Oluşturulan anket 5’li Likert ölçeğine göre düzenlenmiştir. Puanlama

Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle Katılmıyorum (1) olarak düzenlenmiştir. Kullanılan ankette demografik özellikler ve tanımlayıcı sorular olmak üzere 2 ana başlık oluşturulmuş, tanımlayıcı sorular da kendi içinde 5 bölüm olarak düzenlenmiştir. Birinci bölüm fiziki şartlar, ikinci bölüm hasta-hekim iletişimi, üçüncü bölüm etik yaklaşım, dördüncü bölüm hasta-hekim arasındaki güven yaklaşımı, beşinci bölümde ekonomik etkiler ve zaman yaklaşımı sorgulanmıştır.

Aktif görev yapan hekim sayısı 445, çalışmada kabul edilebilir hata oranı d: %10, çalışmada birinci tip hata %5 olacak şekilde örneklem büyüklüğü 80 olarak hesaplanmıştır. %20'lik bir kayıp ekiyle birlikte çalışmaya minimum 96 hekimin dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır (Örneklem hesabı online Raosoft programı kullanılarak yapılmıştır). Çalışmanın güvenilirlik katsayısını arttırmak amacı ile 172 hekime anket uygulaması yapılmış Cronbach's Alpha=0,568 olarak hesaplanmıştır. Anket uygulaması yapılan her hekim için en az iki hasta anketi yapılması hedeflenerek hasta anket sayısı da 348 olarak belirlenmiştir. Örneklem hesaplama formülü aşağıda verilmiştir.

$$\begin{aligned}x &= Z \left(\frac{c}{100} \right)^2 r(100-r) & E &= \text{Hata Marjini} \\n &= \frac{N_x}{(N-1)E^2 + x}. & N &= \text{Popülasyon Sayısı} \\E &= \text{Sqrt} \left[\frac{(N-n)x}{(n-N)x} \right] & r &= \text{Cevap Yüzdesi}\end{aligned}$$

4.3. Araştırmanın Veri Toplama ve Analiz Yöntemi

Araştırmada literatür taraması yapılarak neticesinde hekim ve hastalara rastgele örneklem yöntemi ile anket uygulanmış ve veriler elde edilmiştir. Anket aracılığıyla elde edilen veriler MedCalc Statistical Software versiyon 12.7.7 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin tanımlanması için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum). Bağımsız ve normal dağılan iki sürekli değişkenin karşılaştırması Student t testi ile bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırması Mann Whitney u testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Ki-kare (ya da uygun yerlerde Fisher Exact test) kullanılmıştır. Anketin geçerliliğinin incelenmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin ön testleri olarak, Bartlett'in küresellik testi ve Kaiser Meyer Olkin'in örnekleme yeterliliğinin ölçümü kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi Varimax ile Kaiser Normalization Rotation Method ve Temel Bileşenler Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü yeterliliği açısından anti-image correlation matrix incelenmiştir.

Anketin güvenilirliği, hekim için Cronbach's Alpha=0,568, hasta için 0,751 olarak hesaplanmıştır. Sınıflar arası tutarlılık değerlendirmesinde Split half method Spearman Brown Korelasyon katsayısı kullanılmış hasta anketi için $r=0,544$, hekim anketi için $r=-0,061$ olarak hesaplanmıştır. Anketin geçerliliği için faktör analizi uygulanmış örneklem yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kriteri incelenmiştir. Hekim anketi için KMO 0,761, hasta anketi için KMO 0,857 olarak hesaplanmış örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada Bartlett testi 0,05 anlamlılık düzeyinde $p<0,001$ hesaplandığından popülasyon korelasyon matrisinin birim matris olmadığı görülmüştür. Anti-image korelasyon matrisinin köşegen değerleri hekim anketi için 0,439 ile 0,850, hasta anketi için 0,659 ile 0,905 arasında değişmektedir. Bu aralık örneklem boyutunun faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Faktörlerin yapısının belirlenmesi için Temel Bileşenler Analizi kullanılmış olup değerler aşağıda gösterilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizine göre hasta anketi 7 alt ölçekten oluşmaktadır. 1. alt ölçek; 3, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18 maddelerini içermektedir. 2. alt ölçek; 19, 20, 21, 25, 27, 30 maddelerini içermektedir. 3. alt ölçek; 10, 11, 24, 28, 29 maddelerini içermektedir. 4. alt

ölçek; 15, 22, 23, 26 maddelerini içermektedir. 5. alt ölçek; 1, 2 maddelerini içermektedir. 6. alt ölçek; 4, 5, 6 maddelerini içermektedir. 7. alt ölçek; madde 13'ü içermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Rotasyonlu Bileşenler Matris

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7
1	0,273	0,056	-0,069	0,027	0,835	-0,024	-0,062
2	0,297	0,024	-0,038	-0,039	0,811	0,079	-0,015
3	0,638	0,134	-0,084	-0,152	0,395	-0,083	0,002
4	0,136	-0,199	0,028	0,259	0,353	0,586	0,159
5	-0,251	0,295	0,112	0,048	-0,055	0,593	0,271
6	0,120	0,226	-0,103	-0,028	-0,056	0,663	-0,198
7	0,749	0,057	-0,057	-0,049	0,271	-0,096	0,078
8	0,709	0,087	-0,034	-0,165	0,096	-0,002	0,107
9	0,536	0,033	-0,247	0,092	0,000	0,036	-0,075
10	-0,094	0,015	0,754	-0,098	-0,006	-0,121	0,175
11	-0,207	0,096	0,617	0,143	-0,178	-0,018	0,363
12	0,703	-0,111	-0,014	-0,071	0,198	-0,036	-0,088
13	-0,169	0,099	0,283	0,105	-0,064	0,047	0,719
14	0,701	-0,130	-0,032	0,154	0,107	-0,019	-0,178
15	-0,064	0,300	-0,136	0,588	-0,008	0,029	0,145
16	0,708	-0,051	-0,133	0,095	-0,014	0,101	0,150
17	0,718	-0,189	-0,010	0,096	0,021	0,058	-0,149
18	0,634	0,031	-0,143	0,006	0,025	0,028	-0,268
19	-0,062	0,615	0,101	0,207	-0,042	0,189	0,090
20	-0,096	0,712	0,155	0,143	0,107	0,032	0,075
21	-0,003	0,784	-0,012	0,207	0,048	0,088	0,146
22	0,133	0,374	0,036	0,537	-0,006	0,035	0,092
23	0,078	0,373	0,134	0,522	-0,138	0,088	0,006
24	-0,160	0,319	0,487	0,225	0,040	0,271	-0,030
25	-0,008	0,607	0,190	-0,011	-0,071	0,241	-0,233
26	-0,033	0,147	0,173	0,699	0,083	0,039	-0,061
27	-0,009	0,647	0,000	0,245	0,092	-0,152	0,019
28	-0,203	0,185	0,653	-0,007	0,011	0,055	0,133
29	-0,002	0,038	0,646	0,234	-0,078	0,007	-0,331
30	0,030	0,456	0,096	0,370	-0,134	0,024	-0,285

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Açıklayıcı faktör analizine göre hekim anketi 8 alt boyuttan oluşmaktadır. 1. alt boyut; 7, 9, 12, 14, 16 maddelerini içermektedir. 2. alt ölçek; 18, 19, 2, 21 maddelerini içermektedir. 3. alt ölçek; 23, 25, 26, 27, 29, 30 maddelerini içermektedir. 4. alt ölçek; 1, 2, 3, 4 maddelerini içermektedir. 5. alt ölçek; 1, 11, 22, 24, 28 maddelerini içermektedir. 6. alt ölçek; 13, 15, 17 maddelerini içermektedir. 7. alt ölçek; 5, 6 maddelerini içermektedir. 8. alt ölçek; madde 8'i içermektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Rotasyonlu Bileşenler Matrisi

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
1	0,077	-0,101	-0,118	0,697	-0,211	-0,107	0,054	-0,031
2	0,137	-0,141	-0,133	0,746	0,008	0,014	-0,070	0,085
3	0,179	-0,199	-0,084	0,660	0,095	-0,104	-0,010	0,200
4	0,100	0,246	0,045	0,574	-0,114	0,009	0,172	-0,197
5	-0,097	-0,093	0,019	0,007	0,089	-0,118	0,794	-0,103
6	0,002	0,116	0,181	0,248	-0,183	0,166	0,582	0,458
7	0,644	-0,051	-0,057	0,117	-0,037	0,044	-0,117	0,499
8	0,482	-0,081	0,124	0,032	0,009	-0,181	-0,016	0,663
9	0,761	0,112	-0,013	0,019	-0,163	-0,135	0,019	0,019
10	-0,233	-0,016	-0,089	-0,027	0,610	0,127	-0,075	-0,089
11	-0,256	0,245	-0,214	-0,051	0,439	0,194	0,322	0,162
12	0,805	0,080	-0,082	0,088	-0,107	-0,004	-0,027	0,108
13	-0,189	0,123	-0,054	-0,105	0,489	0,515	0,085	-0,057
14	0,653	0,181	-0,056	0,122	-0,315	-0,236	0,085	0,013
15	-0,287	0,044	0,005	0,033	0,224	0,611	0,114	-0,127
16	0,718	-0,144	-0,043	0,259	-0,111	-0,009	-0,163	-0,059
17	0,009	0,071	0,195	-0,136	-0,087	0,737	-0,192	0,048
18	0,244	-0,445	0,008	0,214	0,255	0,073	0,085	-0,292
19	0,000	0,709	0,232	-0,032	0,031	0,143	-0,074	-0,051
20	0,062	0,826	0,077	0,001	0,010	0,067	-0,061	-0,116
21	0,107	0,787	0,143	-0,110	0,130	-0,058	0,105	0,097
22	-0,047	-0,055	0,263	-0,214	0,544	0,037	0,318	-0,136
23	0,104	0,426	0,446	-0,333	-0,026	0,244	0,166	0,039
24	0,013	0,249	0,153	-0,369	0,551	0,002	0,205	-0,065
25	-0,050	0,326	0,704	-0,085	-0,082	-0,076	0,149	0,265
26	0,112	0,425	0,512	-0,126	0,160	0,280	0,044	-0,039
27	-0,038	0,297	0,629	-0,061	0,048	-0,027	0,002	-0,053
28	-0,244	-0,034	0,161	0,112	0,750	-0,071	-0,181	0,139
29	-0,214	0,084	0,680	0,099	0,124	0,046	-0,140	0,097
30	0,021	-0,152	0,678	-0,271	0,006	0,123	0,107	-0,096

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

V. BULGULAR

Hasta ve hekimlerin ankete vermiş oldukları cevaplar karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve değişkenlerin arasında anlamlı ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

5.1. Demografik Göstergelerin Karşılaştırılması

Uygulanan anket sonuçlarında hasta ve hekimlerin demografik özellikleri karşılaştırılmış ve aralarında cinsiyet, yaş, medeni durum dağılımları açısından istatistiksel farklılıklar belirlenmiştir (Fisher's Exact, $p < 0,05$). Hekimlerde kadın oranı yüksek iken, hastalarda erkek oranı yüksektir. Hekimlerde 29 yaşından büyüklerin oranı yüksek iken, hastalarda 29 yaşından küçük ve 40 yaşından büyüklerin oranı yüksektir. Hekimlerde bekâr oranı yüksek iken, hastalarda evli oranı yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta Hekim Karşılaştırma (Demografik Özellikler)

		Hekim	Hasta
		n (%)	n (%)
Cinsiyet	Erkek	75 (43,6)	195 (56,0)
	Kadın	97 (56,4)	153 (44,0)
Yaş	<29	106 (61,6)	131 (37,6)
	30-39	41 (23,8)	86 (24,7)
	40+	25 (14,5)	131 (37,6)
Medeni Durum	Evli	79 (45,9)	199 (57,3)
	Bekâr	93 (54,1)	148 (42,7)

5.2. Fiziki Koşulların Karşılaştırılması

Hekim ve hastalar hizmet kuruluşunun fiziki koşulları için vermiş oldukları cevap dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 4). Hastaların ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Tablo 4. Hasta Hekim Karşılaştırması (Fiziki Koşullar)

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
1) Hizmet aldığımız/verdiğiniz kuruluş tıbbi donanım ve ekipman açısından yeterlidir.	Hekim	172	3	3	1,17	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
2) Hizmet aldığımız/verdiğiniz kurumunuzun çalışan personel sayısı yeterlidir.	Hekim	172	3	3	1,24	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
3) Muayene için yeterli zaman ayrılabilir.	Hekim	172	3	3	1,20	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,28	1	5	
4) Kurumun fiziki koşulları hastaların hekim ve hastane tercihleri üzerinde etkili olur.	Hekim	172	4	4	0,99	1	5	0,264
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	

Fiziki koşullar için verilen cevaplar incelendiğinde hekimler çalışma koşullarını fiziki, personel ve altyapı olarak yeterli bulmazken, hastalar hizmet aldıkları kuruluşları fiziki açıdan, tıbbi donanım yönünden yeterli olarak görmektedir. Hekim ve hastaların ortak yaklaşımı ise hizmet sunulan alanların fiziki koşulları hizmet alım kararları üzerine etkili olmaktadır. Bu durum hizmet sunucular ile hizmet alıcılar açısından önemli bir unsur olarak görülebilir. Örnek olarak, işinde çok iyi olan bir hekim fiziki koşulları kötü olan bir hastane ortamında yapabileceği girişimleri ve tedavileri uygulayabileceği hastalardan mahrum kalabileceği gibi hastalar da fiziki koşulları çok iyi olduğu için hastalığı ile ilgili olmayan hastanelere, hekimlere başvuru yapabilir. Bu durum sağlık hizmetleri kullanımında aşırı tüketim ya da kaynakların verimsiz kullanılmasına bağlı ekonomik kayıplar oluşturabilir.

5.3. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırması

Hasta ve hekim iletişimi hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırma

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
5) Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	Hekim	172	4	4	1,04	1	5	0,001
	Hasta	348	4	5	1,16	1	5	
6) Hekim/Hasta ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	Hekim	172	5	5	0,62	2	5	0,040
	Hasta	348	5	5	0,68	1	5	
7) Hekimler hastalara tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yapar.	Hekim	172	4	4	0,98	1	5	0,245
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	
8) Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır.	Hekim	172	4	4	1	1	5	0,246
	Hasta	348	4	4	1,16	1	5	

Hekimler, hasta ile olan iletişimlerinde mesleki olarak eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtirken, hastalar da hekimlerin iletişim konusunda kendilerini geliştirmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Hasta ve hekimler tanı ve tedavi sürecinde kurulacak iyi iletişimin yapılacak işlemleri kolaylaştıracağını, tedavi sürecini hızlandıracağını ve iyileşmede yardımcı olacağını düşünmektedirler. Bireyler arasındaki iletişimin ne kadar önemli olduğu tartışılmazdır. Bu bağlamda hekimlerin mesleki olarak iletişim becerileri üzerine hizmet içi eğitim almaları, tıp eğitimi esnasında hasta iletişimi üzerine spesifik eğitimler düzenlenmesi tedavi süreci üzerinde etkili olacaktır.

5.4. Etik Yaklaşım Karşılaştırması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide etik yaklaşım hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Etik Yaklaşım Karşılaştırma

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
9) Hekimler mesleki etik değerlere göre davranır.	Hekim	172	4	4	0,91	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,87	1	5	
10) Hekimlerin hastalardan bıçak parası, hediye vb. ödeme beklentisi olabileceğini düşünürüm.	Hekim	172	2	2	1,07	1	5	0,114
	Hasta	348	2	2	1,38	1	5	
11) Hekimlerin verdiği bazı kararları para kazanma kaygıları etkiler.	Hekim	172	4	4	1,04	1	5	<0,001
	Hasta	348	3	3	1,37	1	5	
12) Hekimler hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	Hekim	172	4	4	0,84	1	5	0,430
	Hasta	348	4	4	1,14	1	5	
13) Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	Hekim	172	3	3	1,09	1	5	0,546
	Hasta	348	3	3	1,39	1	5	

Ankete katılan iki grup arasındaki etik yaklaşım karşılaştırıldığında, her iki grubun da etik değerler söz konusu olduğunda birbirlerine karşı saygılı davrandığı görülmektedir. Hekimler, hastaların mahremiyetlerine karşı özen gösterirken, hastalar da mahremiyet konusunda hekimlere güvenmektedir. Hastalar kendilerine yapılacak tıbbi işlemlerde hekimlerin ekonomik beklentileri hareket etmelerine olanak vermediklerini, hekimlere bu konuda güvindiklerini ve hekimlerin kendilerinden para ya da maddi beklenti içinde olmadıklarını düşünmektedir. Bu durum, hekim ile hasta arasındaki hizmet alımında resmi olmayan ödemelerin ciddi oranda azaldığının göstergesidir. Hizmet sunucular ve alıcıların konu hakkındaki yaklaşımı da bunu açıkça göstermektedir

5.5. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı Karşılaştırması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide karşılıklı güven hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 7).

Hekim ve hastaların tedavi sürecinde birbirlerine olan güven yaklaşımı karşılaştırıldığında hastaların hekimlere güvendiği, hekimlerin kararlarına uyduğu ve özen gösterdiği görülürken, hekimlerin hastalara güven duymadıkları, hastaların dürüst davranmadıklarını düşündükleri görülmektedir. Ankete katılan hastalar hekime güvenmedikleri takdirde mutlaka başka bir hekime gideceklerini ve mevcut tedavilerini yarıda bırakacaklarını belirtirken, hekimler de kendilerine güvenilmediği takdirde başka bir hekime gidileceği yönünde görüş bildirmişlerdir. Bu durum hastaların mevcut rahatsızlıkları dolayısı ile birden fazla hekime gitme, ilaç ve sarf israfı gibi ekonomik kayıplar ile kendini gösterecektir. Hizmet sunucuların bu yaklaşım açısından gerekli tedbirleri almaları bu kayıpların önüne geçilmesine yardımcı olacaktır. Güven yaklaşımı açısından hekimlerin hastalara karşı duydukları güvensizlik nedenleri ise ayrıca bir araştırma konusu olarak incelenmeli, hekimlerinde hastalara güvenmelerini sağlayacak çözümler üretilmelidir.

Tablo 7. Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı Karşılaştırması

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
14) Hekimlerin tıbbi kararlarına güvenirim.	Hekim	172	4	4	0,73	2	5	0,134
	Hasta	348	4	4	0,95	1	5	
15) Hasta hekime güven duymazsa, kendisi ve ailesi hakkında verilmiş tedavi kararlarını sorgular.	Hekim	172	3	3	1,06	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,06	1	5	
16) Hekimler, hastalara hastalıkları ile ilgili şikâyetleri anlatma konusunda fırsat ve zaman verir.	Hekim	172	4	4	0,86	1	5	0,006
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
17) Muayene sırasında kendimi rahat ve huzurlu hissederim.	Hekim	172	4	4	0,98	1	5	0,974
	Hasta	348	4	4	1	1	5	
18) Hekimler ve hastalar birbirlerine dürüst davranır.	Hekim	172	2	2	1,03	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	0,96	1	5	

5.6. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide yaşanan problemler nedeniyle meydana gelebilecek ekonomik kayıplar hakkındaki görüşler incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
19) Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	Hekim	172	4	4	0,81	1	5	0,334
	Hasta	348	4	5	1,13	1	5	
20) Hekimlerin tecrübesiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,83	1	5	0,001
	Hasta	348	4	5	1,10	1	5	
21) Hekimlerin hastalarla iletişiminin kötü olması ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	Hekim	172	4	4	0,92	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,94	1	5	
22) Hastaların bilgi eksikliği ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	3	4	0,99	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,01	1	5	
23) Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	Hekim	172	4	5	0,74	1	5	0,220
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	
24) Hekimlerin maddi kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	Hekim	172	3	3	1,12	1	5	0,026
	Hasta	348	4	4	1,32	1	5	
25) Verilen ilaçların düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,82	1	5	0,108
	Hasta	348	4	5	1,03	1	5	
26) Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanımına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,78	2	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,12	1	5	
27) Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	5	5	0,78	1	5	0,544
	Hasta	348	5	5	0,79	1	5	
28) Hekimler maddi beklentiler nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	Hekim	172	3	3	1,12	1	5	0,051
	Hasta	348	3	3	1,36	1	5	
29) Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını ister.	Hekim	172	4	4	1,14	1	5	<0,001
	Hasta	348	3	3	1,40	1	5	
30) Hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	4	4	1,12	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	

Ekonomik etkiler ve zaman değerlendirme karşılaştırılması başlığı altında sorulan sorular için hasta ve hekimlerin vermiş oldukları cevaplar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada, hasta ve hekimler için güven yaklaşımının önemli olduğu tespit edilmiştir. Hasta ile hekim ilişkisinde güven oluşmadığında, sistemin ekstra kullanımının meydana gelebileceği, bu durumun da hekime ödenen ücret, iş gücü kaybı, fazla ilaç kullanımı, sistemin gereksiz meşgul edilmesi gibi birçok sorunu birlikte getirerek ekonomik kayıplar doğurabileceği tespit edilmiştir. Hekimler hastaların bilgisizliğinin sağlık sistemi üzerinde yük olduğunu düşünürken, hastalar da bu durum hakkında hekimler ile aynı görüşü belirtmişlerdir. Hastalar hekimlerin mesleki tecrübelerinin önemli olduğunu belirtirken, hekimler mesleki açıdan yetersizliğin de ekonomik kayıplara yol açacağını düşünmektedir. Hastalar ve hekimler tanı ve tedavi sürecinde kötüye kullanım olduğunu

düşünmemektedirler. Ayrıca verilen cevaplar detaylı incelendiğinde performans kaygılarının da kötüye kullanım üzerinde bir etkisi olduğu konusunda bir algı söz konusu olarak görülmektedir. Ankete katılan iki grupta hekimlerin çok yoğun çalışma koşulları olduğu, hekim sayısının yetersiz olduğu, mevcut sağlık sisteminin eksiklerinin olduğunu, polikliniklerin çok yoğun olması sebebiyle acil servislerin gereksiz kullanıldığını ve alınan ilaçların düzenli kullanılmadığını bu durumun sağlık sistemi üzerinde ekonomik kayıplara neden olduğunu düşünmektedir.

5.7. Hastaların Eğitim Düzeylerinin Hekime Başvuru Üzerine Etkileri

Hastaların eğitim düzeyleri ile hizmet alma eğilimleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 9). Eğitim düzeyi açısından değişkenler incelendiğinde eğitim düzeyi ile hekime yapılan başvuru arasında ilişki olduğu izlenmektedir. Eğitim düzeyi ile birlikte bilinç düzeyi arttıkça hizmeti kullanım oranları arasında ters orantı olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların Eğitim Düzeyine ve Başvurulan Hekime Göre Başvuru Sayısının Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	Başvuru Sayısı n (%)				
	1	2-5	6-10	10+	p
Okuryazar Değil	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	2 (4,9)	<0,001
İlköğretim	10 (12,7)	39 (21,1)	8 (21,1)	13 (31,7)	
Lise	28 (35,4)	49 (26,5)	16 (42,1)	15 (36,6)	
Önlisans/Lisans	28 (35,4)	90 (48,6)	11 (28,9)	10 (24,4)	
Lisansüstü	13 (16,5)	7 (3,8)	2 (5,3)	1 (2,4)	

Sağlık hizmetleri sunumunda, hizmet sunucularının en büyük sorunlarından birisini hizmet alacak grubun bilinç düzeyi oluşturmaktadır. Çünkü eğitim seviyesi arttıkça sistemin gereksiz kullanım oranları düşmekte, doğru zamanda, doğru hekim başvuruları artmaktadır. Hizmet alıcılarının alacakları hizmeti hiç bilmemeleri durumunda hangi hekime, ne zaman, hangi koşullarda başvuracaklarını bilemeyecekleri için sistem üzerinde gereksiz talep kullanımlarına bağlı hekim ödemeleri, sarf ve ilaç kullanımı gibi birçok noktada ekonomik kayıplar artacaktır.

5.8. Kurulan Hipotezlerin Kabul/Ret Sonuçları

Araştırma sonucunda kabul ve ret edilen hipotezler şu şekilde sıralanmıştır:

1. Bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıplar vardır/yoktur. Çalışmada 22. soru ile sorgulanan hipotez $p < 0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
2. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik kayıplara neden olur/neden olmaz. Çalışmada 19. soru ile sorgulanan hipotez $p = 0,334$ olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
3. Hekimlerin tecrübesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik kayıplara neden olur/neden olmaz. Çalışmada 20. soru ile sorgulanan hipotez $p < 0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
4. Hekimlerin yetersiz bilgi ve iletişimleri nedeniyle hastalar sistemi daha fazla kullanarak ekonomik kayıplara neden olur/ olmaz. Çalışmada 21. soru ile sorgulanan hipotez $p < 0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.

5. Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 20. soru ile sorgulanan hipotez $p<0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
6. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkileyerek ekonomik kayıplarına neden olur/ olmaz. Çalışmada 23. soru ile sorgulanan hipotez $p=0,220$ olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
7. Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur/olmaz. Çalışmada 24. soru ile sorgulanan hipotez $p<0,026$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
8. Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik kayıplara neden olur/ olmaz. Çalışmada 25. soru ile sorgulanan hipotez $p=0,108$ olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
9. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olarak ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 26. soru ile sorgulanan hipotez $p<0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
10. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur/olmaz. Çalışmada 27. soru ile sorgulanan hipotez $p=0,544$ olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
11. Hekimler performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırması ekonomik kayıplarına neden olur/olmaz. Çalışmada 28. soru ile sorgulanan hipotez $p=0,051$ olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
12. Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını isteyerek ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 29. soru ile sorgulanan hipotez $p<0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
13. Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 30. soru ile sorgulanan hipotez $p<0,001$ anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.

VI. TARTIŞMA

Son yıllarda hekimler ile hasta arasındaki ilişki giderek daha ticari bir hal almış, bu durum ticari kaygılar ile pazar olgusunu beraberinde getirmiştir. Sağlık ticarileşmesi, sağlık hizmetleri sunumunda bazı hekimlerin, hastalar ile aralarındaki bilgi asimetrisinden faydalanmalarına ve gereksiz hizmetlerin kullanılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastaların hekim ile aynı tıbbi bilgiye sahip olmaması hekim kararlarını sorgulayamamaları ve hekim tarafından belirlenecek hizmetleri kullanmak zorunda kalmalarına neden olmaktadır (Durmaz, Erdem 2017). Sağlık ekonomisinde hekimler hem arz hem de talep eden konumunda bulunmaları nedeniyle ekonomik problemler görülebilmektedir ancak yapılan çalışmada hasta cevapları incelendiğinde hekimlerin sistemi kendi lehlerine kullanmaları yönünde bir algı olmadığı görülmüştür. Elbette hastaların bu yönde görüş bildirmemeleri sistemin bu yönde kullanılmadığı anlamı taşımamaktadır. Problemin varlığının sorgulanabilmesi için hastaların hastalıkları için ne gibi işlemlere ihtiyacı olup olmadığı ile ilgili uzman görüşü olmalıdır. Aksi halde yapılacak çalışmalarda tam anlamıyla bir sonuca varmak mümkün olamayacaktır.

Shabbir ve diğerleri (2010) de yapmış oldukları çalışmada sağlık sektörünün gelişimi için hasta ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Yapılan çalışmada hizmet kuruluşlarının koşulları, fiziki yapısı ve hekim ile olan iletişime bağlı yaklaşımlarının hizmet alanlar açısından önemli olduğu görülmektedir. Bu amaçla hizmet alıcısı konumunda olan hastaların ihtiyaç algılarının da belirlenerek hizmet kalitesinin artırılmasının yanında verimliliğin de artmasının sağlanması gereksiz ve aşırı tüketimin

önüne geçerek ekonomik kayıpların önlenmesinde etkili olacaktır.

Özcan ve diğerleri (2013)'de yapmış oldukları çalışmada ise hizmet sunucuları, eğer tam anlamıyla bir memnuniyet tesis etmek istiyorlarsa hizmet almakta olan hastanın tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde de çalışma yapmalarının gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Yapılan çalışmada hizmet alıcı konumundaki hastaların eğitim düzeylerinin yanında alacakları hizmet ile ilgili bilgi düzeylerinin hizmet alım şekillerinden tedavi sürecine kadar tüm basamaklarda etkisini gösterdiği görülmektedir. Hastaların alacakları hizmeti detaylı bir şekilde bilme hakları vardır. Bu durum hastaların kendilerine yapılacak tedavi süreci üzerinde de etkili olmaktadır. Tam ve detaylı bir şekilde açıklanmamış olan girişimler hastanın psikolojik olarak durumu benimseyememesine neden olabilmektedir. Kendisine ne gibi işlemler yapılacağını, bu işlemler sırasında ve sonrasında neler olacağı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların bu muğlaklığa bağlı olarak kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Ayrıca bu durum hastanın konu ile ilgili başka fikirlere açık hale gelmesine birden fazla hekime başvuru yaparak kendisine en çok güven veren hekim ve sağlık kuruluşunu arama çabasına dönüşmektedir. Tüm koşullar altında yapılması gereken en önemli işlem hastaya yapılacak tedavi ve girişimlerin tam ve detaylı bir biçimde açıklanmasıdır. Bu süreç tedaviye başlama süreci, tedavi sürecinde yapılacak işlemleri ve tedavi sonrası yapılacak işlemler olmak üzere detaylandırılmalıdır.

Akkaş (2012) da yapmış olduğu çalışmada hastalar ile hekimler arasında güven sorunu yaşandığı ve bu sorunlara yönelik çalışmalar yapılması gerekliliğinden bahsetmiştir. Bir başka çalışmada ise hekim performansı konusunda bilginin sağlık sektöründe artan kamusalılığına vurgu yapmışlardır. Ayrıca devlet yönetimi, hastaneler ve cerrahlara ilişkin verilerin yayınlanmakta olduğunu, bölgesel dergiler ve gazetelerde düzenli olarak birinci sınıf hekimlerin listelerinin kamuoyu ile paylaşıldığını, internet başta olmak üzere, hekimler ve hastaneler ile onların uygulamalarına ilişkin bilgilerin de bulunabilirliğinin arttığını ifade etmişlerdir (Frank 2016). Bu gibi uygulamalar Türkiye genelinde de geliştirilerek bilgi asimetrisi konusuna çözümler üretilebilir. Bilgili ve Ecevit (2008)'in de yapmış oldukları çalışmada ifade ettikleri üzere bilgi asimetrisi sağlık hizmetleri piyasasında aşırı tüketime ve maliyet artışına yol açmaktadır. Bu da soruna çözüm üretmek gereksinimini doğurmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrisinin varlığı, hizmet sunucuları ve alıcıları açısından iki yönlü problemler oluşturmaktadır. Asimetrik bilginin yoğun olduğu piyasada bilgi önemli bir güç olarak görülebilir. Ancak bilgi tek başına yeterli bir unsur değildir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre hastaların hekimlere olan güven duygulanımı, iyi iletişim basamakları, uygun fiziki altyapı ve koşulların sağlanması gibi birçok faktör hastaların tercihleri üzerinde etkili olduğu, tanı ve tedavi sürecini doğrudan etkilediği görülmektedir.

Bilgi asimetrisi nedeniyle mevcut konumunda uygun koşullara ulaşamayan hasta kendini tatmin etmek için durumu ile ilgili en iyi hekim ve tedavi işlemlerini gerçekleştirebileceği koşulları arayacaktır. Bu durum rasyonel tüketici davranışı olarak da görülebilir. Ancak hastanın bir hekim hakkındaki bireysel performans gözlemi ona doğru bilgiyi sağlayamayacaktır. Koszegi (2003)'in de ifade ettiği üzere hasta hastalık kaygısı yaşarken gerek hastane ve hekim seçimi gerekse tıbbi bilgi ve tedavi süreci başta olmak üzere her şeyi etkileyebilecek bir safhanın içerisinde (Frank 2016). Bu arayış sırasında iş koşullarından (ya da dinlenme olanağından) mahrum olacağı gibi, yol, yemek vb. ihtiyaçlarını dışarıda karşılamak zorunda kalabilecektir. Ayrıca hastanın aile bireyleri bu olumsuz koşulların ağırlığına katlanmak zorundadır. Hastanın refakatçisi hasta ile birlikte hem iş hem de sosyal yaşantısından feragat ederek hastası ile ilgilenmek ve ekonomik kayıplar yaşamak zorunda kalabilecektir.

VII. SONUÇ

Sağlık hizmetleri piyasasında, hizmet sunumunu ve hizmet alımını etkileyen donanım, altyapı, insan gücü, hizmet sunumu, hekim performansı gibi çok çeşitli faktörler söz konusudur. Bu faktörlerden birisi de kuşkusuz bilgidir. Çünkü her iki tarafın simetrik bilgiye sahip olmadığı durumda bilgi asimetrisi söz konusudur. Bilgi asimetrisinin söz konusu olduğu bir durumda ise hizmet alıcı konumundaki hastanın, hekime göre daha az bilgiye sahip olmasının getirdiği iletişim ve güven sorunu ile hekimin hastaya göre daha iyi bilgi sahip olmasının avantajları söz konusudur. Yaşanan bilgi asimetrisi ise ekonomik ve sosyal birçok sorunu beraberinde getirmektedir.

Yapılan çalışma sadece ekonomik açıdan değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar şöyledir. Fiziki şartların iyi olmadığı çalışma koşullarında hekimlerin verimli olmadıkları, hastaların ise hizmet almaktan kaçındıkları, daha iyi koşulları aradıkları ve bu koşulları sağlayan birimleri tercih ettikleri görülmektedir. Bu durum fiziki açıdan yeterli algı oluşturamayan birimlerde işini iyi yapan çalışanların atıl kaldığını ve ekonomik kayıplara sebep olduğunu göstermektedir. Hizmet sunucularının bu durum için gerekli önlemleri alarak çalışma koşullarının yanında hastaların algısı yönünde de çalışma yapması birçok sorunun yanında ekonomik kayıpları da önleyecektir.

Hasta ile hekim arasında doğru iletişim kurulmaması durumunda tanı ve tedavi sürecinin olumsuz etkileneyeceği, hekim ile iletişim problemlerinin başka hekime başvuru eğiliminde artışa neden olacağı görülmektedir. Hastaların iletişim problemleri nedeniyle hekim değiştirme eğilimleri ve tanı ve tedavi sürecinde uzama ve tekrarların yaşanması sağlık sistemi üzerinde aşırı tüketim sorunları nedeniyle birçok aşamada ekonomik kayıplara neden olacaktır.

Hasta ile hekim arasındaki ilişkide güvensizlik oluşması durumunda hastaların mutlak suretle hekim değiştirdiği mevcut ilaç ve tedaviyi kestiği görülmektedir. Ayrıca hekimler hastaların kendilerine dürüst olmamaları gerekçesiyle tanı ve tedavi süreçlerinde sorunlar yaşandığını bildirmişlerdir. Güven açısından yaşanacak problemlerin de sistem üzerinde aşırı tüketim sorununa bağlı olarak ekonomik kayıplara neden olacağı tartışma götürmemektedir.

Eğitim düzeyindeki farklılıkların sağlık hizmeti kullanımını etkilediği görülmektedir. Hastaların eğitim düzeyi ile hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri ne kadar yüksek olursa yanlış ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımında o denli düşüş yaşanmaktadır.

Yapılan çalışma ile hasta ile hekim arasındaki ilişkinin yalnızca basit bir bilgi alışverişi olmadığı, birçok faktörden etkilendiği, yaşanacak sorunların tanı ve tedavi süreçlerini etkilediği, bunlara bağlı olarak sağlık hizmetlerinde farklı şekillerde ekonomik problemlere neden olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Afzal W., Roland D. and Al-Squri M. N. (2008) Informatin Asymmetry and Product Voluation: An Exploratory Study. **Journal of Information Science** 35(2): 1-14.
2. Akerlof G. A. (1970) The Markets for "Lemons": Quality Uncertainty and The Market Mechanizm. **Quarterly Journal of Economics** 84: 488-500.
3. Akerlof G. A. ve Shiller R. J. (2010) **Hayvansal Güdüler İnsan Psikolojisi Ekonomiye Nasıl Yönlendirir ve Küresel Kapitalizm İçin Niçin Önemlidir?** (Çev. Domaniç N. ve Konyar L.) Scala Yayıncılık, İstanbul.

4. Arrow K. J. (1963) Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review** 53(5):941-973.
5. Akkaş E. (2012) Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.
6. Arpa T. A. ve Kolçak M. (2017) Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamaları. **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 5(3): 651-677.
7. Auronen L. (2003) Asymmetric Information: Theory and Applications. **Seminar in Strategy and International Business**, pp.1-35. <https://pdfs.semanticscholar.org/cdc1/10d48cfa54659f3a09620d51240f09cf1acc.pdf> (Erişim Tarihi: 03.06.2018).
8. Başol E. (2018) Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. **International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi** 2(1): 76-93.
9. Bilgili E. ve Ecevit E. (2008) Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 202-228.
10. Blomqvist A. and Leger P. T. (2005) Information Asymmetry, Insurance and The Decision to Hospitalize. **Journal of Health Economics** 24(4):775-793.
11. Blum H. L. (1975) Planning For Health; Development and Application of Social Change Theory. **AJN The American Journal of Nursing** 75(8): 1388.
12. Clement N. O. (2009) Asymmetry Information Problem of Moral Hazard and Adverse Selection in a National Health Insurance. The Case of Ghana National Health Insurance. **Management Science and Engineering** 3(3): 101-106.
13. Pelitoğlu F. ve Özgür S. (2013) İlköğretim Öğrencileri İçin Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. **Necati Bey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED)** 7(1): 32-56.
14. Durmaz T. ve Erdem R. (2017) Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 29(4): 579-604.
15. Flood C. (2001) International Experience with Managed Care. **Managed Competition and Internal Markets**. ISBN: 0-415-31616-2, Accessed from: <https://www.taylorfrancis.com/books/> (Erişim Tarihi: 06.02.2018).
16. Folland S., Goodman C. A. and Miron S. (2010) **The Economics of Health Care** (7th. Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
17. Frank R. G. (2016) Davranışsal İktisat ve Sağlık Ekonomisi (Çev. Göksu Y.D.). **Davranışsal İktisat ve Davranışsal İktisadın Uygulamaları** In Diamond P. and Vartiainen H. (Eds.) ss. 195-234. (Çev. Ed.) Kamilçelebi H. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul.

18. Howard M. (2001) **Public Sector Economics for Developing Countries**. University of the West Indies Press, Saint Andrew.
19. Kadioğlu H. ve Yıldız A. (2012) Sağlık Algısı Ölçeğinin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenirliđi. **Türkiye Klinikleri J Medical Science** 32(1): 47-53.
20. Kahneman D. (2017) **Hızlı ve Yavaş Düşünme** (Çev. Deniztekin O.Ç.ve Deniztekin F.N.). Varlık Yayınları, İstanbul.
21. Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. (2010) **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
22. Kirmanoğlu H. (2007) **Kamu Ekonomisi**. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
23. Koszegi B. (2003) Health, Anxiety and Patient Behavior, **Journal of Health Economics** 22(6): 1277-1284.
24. Mishkin F. S. (1996) **Understanding Financial Crises: A Developing Country Perspective**. National Bureau of Economic Research, Massachusetts.
25. Özcan S., Baş K. ve Taş Y. (2013) Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama. **International Conference on Eurasian Economies**, St. Petersburg, Russia. ss: 822-831.
26. Savaşan F. (2013) **Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi** (2. Baskı) Kitap Matbaacılık, İstanbul.
27. Shabbir S., Kaufman H. R. and Shehzad M. (2010) Service Quality, Word of Mouth and Trust: Drivers to Achieve Patient Satisfaction. **Scientific Research and Essays** 5(17): 2457-2462.
28. Shmanske S. (1996) Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope. **The Independent Review** 1(2): 191-200.
29. Thaler R. H. ve Sunstein C. R. (2017) **Dürtme –Sağlık Zenginlik ve Mutlulukla İlgili Kararları Uygulamak**. Pegasus Yayınları, İstanbul.
30. Top M. ve Tarcan M. (2007) Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 9(1): 169-189.
31. Tumay M. (2009) Asymmetric Information and Adverse Selection in Insurance Markets: The Problem of Moral Hazard. **Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi** 16(1): 107-114.
32. Ünal E. (2011) ‘Sağlık Ekonomisi’. **Sağlık İşletmeciliği**. İçinde: Ateş M. (Ed.) ss:179-236. Beta Yayınları, İstanbul.
33. Yağcı İ. M. ve Duman T. (2006) Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 7(2): 218-238.

34. Yıldırım İ. (2015) Sigortacılıkta Suistimaller ve Ahlaki Tehlike Sorunu: Türk Sigorta Sektörüne Yönelik Bir Değerlendirme. **The Journal of Academic Social Science Studies** 36: 203-213.

Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:

Temel, K. & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Ekonomik Kayıplar: anakkale rneęi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.

