

Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri*

Emine Bilgili**
Eyyup ECEVİT***

ÖZET

Son yıllarda sağlık hizmetleri piyasası alanında yapılan teorik ve ampirik çalışmalara göre, sağlık harcamaları nispeten hızlı artış göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın temel nedenleri olarak; nüfusun yaşlanması, sağlık bilincinin artması, ileri teknoloji kullanımının yaygınlaşması gibi faktörler yanında özellikle asimetrik bilgiye bağlı problemlere dikkat çekilmektedir. Asimetrik bilgiye bağlı problemler; ters seçim, ahlaki tehlike ve arzın talep yaratmasıdır. Sağlık iktisatçıları ve politika yapıcılar asimetrik bilginin neden olduğu problemlere çözüm olarak; arz yanlı maliyet paylaşımı, talep yanlı maliyet paylaşımı ve karma ödeme sistemini önermektedirler. Araştırmacıların bir kısmı, sağlık piyasasındaki aktörlerin maliyete katlanmaları durumunda sağlık harcamalarında düşüş olacağını savunmaktadır. Diğer bir kısmı ise sağlık hizmetleri piyasasının kendine özgü kuralları ve piyasa yapısı nedeniyle uygulamanın başarılı olamayacağını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında belirsizlik, asimetrik bilgi ve sağlık sigortası veri iken sağlık hizmetleri aşırı tüketilmekte ve maliyetler artmaktadır. Maliyet paylaşımı yaklaşımının başarılı olabilmesi, sağlık hizmetlerinin ölçülebilir ve değerlendirilebilir standart bir yapıya kavuşturulmasına bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Belirsizlik, Asimetrik Bilgi, Ahlaki Tehlike, Arz Yanlı Maliyet Paylaşımı, Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı.

* Bu makale 03.06.2009 tarihinde dergiye gönderilmiş, 04.09.2009 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

** Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü

*** Yrd. Doç. Dr. Bozok Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü

Problems Based on Asymmetric Information in Healthcare Market and Resolutions

ABSTRACT

According to the theoretical and empirical studies in health care markets in the last years, health expenditures have been rising relatively. The basic reasons of increased health expenditures are an average increase in life time, development of health acknowledgement among people, use of advanced technology and especially the problems due to asymmetric information. The problems related to asymmetric information are adverse selection, moral hazard and induced supplier demand. Health economists and healthcare policymakers propose the supply side cost sharing, demand side cost sharing and mixed payment system for the problems dealt with asymmetric information. Some researchers suggest that health expenditures would decrease if the patients met their healthcare expenditure by themselves. On the other hand, some other researcher's claim that the above suggestion wouldn't be reasonable since healthcare market has some special rules and different market structure from other markets. Health services are over consumed and hence costs tend to increase when uncertainty, asymmetric information and health insurance of health service market are given in health care market. The success of cost sharing approach depends on standardization of the possibility of health care services measured and assessed.

Key Words: *Uncertainty, Asymmetric Information, Moral Hazard, Supply Side Cost Sharing, Demand Side Cost Sharing.*

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri piyasası, kendine özgü piyasa özellikleriyle diğer piyasalardan önemli ölçüde ayrılmaktadır. Bu piyasayı diğerlerinden ayıran en temel özelliklerin başında; sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması ve asimetrik bilgi gelmektedir. Belirsizlik, söz konusu hizmetlere ne zaman, nerede ve hangi boyutta gereksinim duyulacağını bireylerin öngörememeleriyle ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç doğduğu anda tüketilme zorunluluğunun bulunması ve ikamesinin olmaması, hastaları sağlık sigortası güvencesi şemsiyesi altına girmeye zorlamaktadır. Buna göre bireyler, her ay belli oranda prim ödeyerek gelecekte doğabilecek ciddi sorunlara hazırlıklı olmaktadır. Böylece, sağlık sigortası kapsamına alınan bireyler belirsiz olan sağlık harcamaları konusunda satın alma gücü kazanmış olmaktadır.

Sağlık sigortası kapsamında satın alma gücü kazanan bireyler, bu gücü diğer piyasalarda olduğu gibi kullanamamaktadırlar. Bunun temel nedeni, sağlık hizmetleri piyasasının her alanında görülen asimetrik bilgidir. Asimetrik bilgi, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan doktor ve hastanenin, talep cephesinde yer alan hastanın tutum ve davranışlarında etkili olmasına neden olmaktadır. Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artırılması yönünde görülmektedir. Sonuçta hasta, sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü her konuda güvendiği doktora devretmekte ve doktor da kendi kârını maksimize etme güdüsüyle sağlık harcamalarını artırabilmektedir. Bu durum sağlık ekonomisi literatüründe; asimetrik bilgiye bağlı ahlaki tehlike, ters seçim ve arzın talep yaratması problemleriyle açıklanmaktadır. Hasta ve doktorun davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda çok sayıda teorik ve ampirik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, maliyet artışına hem arz hem de talep cephesinde yer alanların katlanmaları gerektiği görüşünde birleşmektedir.

Çalışmanın amacı, sağlık hizmetleri piyasasında; belirsizlik, sağlık sigortası ve asimetrik bilgi veri iken bu piyasada oluşan aşırı tüketim ve sağlık hizmetleri maliyetlerinde görülen artışı teorik ve ampirik çalışmalarla ortaya koymak ve çözüm önerilerinde bulunmaktır.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. İkinci bölümde sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerinden belirsizlik ve asimetrik bilgi incelenmiştir. Üçüncü bölümde, sağlık hizmetleri piyasasında, asimetrik bilginin neden olduğu problemlerden; ters seçim, ahlaki tehlike ve arzın talep yaratması ile ileri teknoloji kullanımının neden olduğu maliyet artışı (medical arms race) kavramları ele alınmıştır. Dördüncü bölümde asimetrik bilginin neden olduğu problemlerin çözümüne yönelik olarak; arz ve talep yanlı maliyet paylaşımı ve karma ödeme sisteminden bahsedilmiştir. Son bölümde ise sonuç ve öneriler yer almaktadır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASININ ÖZELLİKLERİ

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite etmek ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri”

denilmektedir (Eggleston 2004). Sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı piyasa ise “sağlık hizmetleri piyasası” olarak ifade edilmektedir (Normand 1991).

Sağlık hizmetleri piyasası, piyasa başarısızlıkları nedeniyle tam rekabet piyasası özelliklerine sahip değildir. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasası, piyasa özellikleri açısından diğer hizmet piyasalarından ayrı bir kategoride ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasanın özellikleri aşağıda sıralanmıştır (Gaynor 2006, Gaynor, Vogt 1999, Eggleston, Hsieh 2004, Kurtulmuş 1998):

Sağlık hizmetleri piyasasında talep, belirsizdir: Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmına olan talebin ne zaman, nerede, nasıl ve hangi harcama düzeyinde olacağı konusunda tam bir belirsizlik söz konusudur.

- Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgi vardır: Asimetrik bilgi, özellikle doktor ile hasta ve hasta ile sağlık sigortası kuruluşu arasında görülmektedir. Hasta, tükettiği sağlık hizmetlerinin niteliği, fiyatı ve kalitesi konusunda yeterli bilgi sahibi değildir. Ayrıca doktorun da, hastanın hastalığı ile ilgili yeterli düzeyde bilgi vermemesi/verememesi asimetrik bilginin oluşmasına neden olmaktadır.
- Sağlık piyasasında arz ve talep arasında dengesizlik söz konusudur: Nüfus artışıdaki hıza bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talep artarken arz o nispette artmamaktadır. Nedeni, arz cephesinde yer alan sağlık kuruluşları ve sağlık işgücü arzındaki artışın sınırlı olmasıdır.
- Sağlık hizmetleri piyasasına girişte sınırlamalar söz konusudur: Diğer hizmet piyasalarına göre sağlık piyasasında işgücünün yetişmesi uzun zaman almaktadır ve piyasada hizmet verebilmeleri için belli kurumlardan izin almaları gerekmektedir. Arz cephesinde görülen bu sınırlamalar yanında talep cephesinde de bir takım sınırlamalara rastlanmaktadır. Bunlar, genellikle hastaların istediği hastaneyi ve doktoru tercih edememesi şeklinde görülmektedir.
- Sağlık hizmetleri piyasasında sunulan hizmetler heterojendir: Araştırmacılar ve hastalar için standart bir hizmet yapısı yoktur. Örnek olarak, aynı bölgede hizmet veren aynı okuldan mezun olmuş iki kadın doğum doktoruna olan talep farklıdır. Normalde benzer olan bu iki hizmet hastalar bakımından farklılık göstermektedir.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve stoklanamaz: Talep edilen bir hizmet başka bir hizmetle ikame edilemez. Sağlık hizmetlerine olan talep doğduğu

anda bizzat kişinin varlığı ile hemen giderilmelidir. Talebin ertelenmesi ya da stoklanıp başka zaman sunulması olanaksızdır.

- Sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlarla gerçek maliyetler arasında korelasyon zayıftır. Bir mal ya da hizmetin belli bir üretim teknolojisi içinde, üretim maliyetlerine bağlı olarak oluşan fiyatı ile piyasadaki fiyatı arasındaki farkı ifade eden gölge fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında oldukça yaygındır.
- Kâr amacı gütmeyen kurumların da olduğu karma bir yapı söz konudur: Sağlık hizmetleri piyasasında hem kârı gözetmeyen (devlet hastaneleri ve özel girişime ait vakıf hastaneleri) hem de kârı gözetken özel hastaneler vardır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri piyasasını yukarıda üzerinde durulan piyasa başarısızlıklarının belirlediği söylenebilir. Burada, piyasa başarısızlıklarından önemli gördüğümüz belirsizlik ve asimetrik bilgi konuları aşağıda detaylı olarak ele alınmıştır.

2.1. Belirsizlik

Tam rekabet piyasasında, piyasa aktörleri için her şey şeffaftır ve piyasa ortamında gerçekleşmektedir. Alıcı ve satıcılar, hangi malın ne miktarda hangi fiyattan alınıp satılacağı ve kalitesi konusunda yeterli bilgiye sahiptirler. Piyasada olup bitenler üreticiler ve tüketiciler tarafından net bir şekilde bilinmektedir. Piyasanın şeffaf olması, risk ve belirsizliğin olmaması kesinlik varsayımına dayanmaktadır. Kesinlik varsayımına göre, tüketiciler ne istediklerini, ne zaman isteyeceklerini ve bu isteklerini nereden karşılayacaklarını tam olarak bilmektedirler (Culyer 1983).

Sağlık hizmetleri piyasasında, piyasa aktörleri için talebin nerede, ne zaman, nasıl ve ne ölçüde gerçekleşeceği belirsizdir. Dolayısıyla, talebin ani ve/veya beklenmedik olması ve mal ya da hizmetin ne zaman tüketileceğinin bilinmemesi durumu belirsizlik olarak ifade edilmektedir (Weisbrod 1991). Örnek olarak, bireyin ne zaman, nerede ve ne tür bir hastalığa yakalanacağı ya da trafik kazasına maruz kalacağı, tüketilen sağlık hizmetleri nedeniyle oluşacak toplam tedavi maliyetinin ne olacağı belirli değildir. Benzer durum piyasanın arz cephesi açısından da geçerlidir. Örnek olarak, sağlık

kuruluşlarının ne zaman, ne kadar ve ne şekilde hizmet sunacağı konusunda da belirsizlik olduğu söylenebilir.

İktisadi anlamda, fiyat veri iken, herhangi bir mal ya da hizmete olan talep, bir malı ya da hizmeti satın alma isteğini ifade eder. Talep satın alma gücü ile desteklenmelidir. Bir başka ifadeyle talep, belli bir dönemde belli bir fiyat düzeyinde insanların piyasada satın alabileceği mal ya da hizmet miktarını göstermektedir. Talebi malın kendi fiyatı, rakip ya da tamamlayıcı malların fiyatları, hane halkının geliri, zevk ve tercihler gibi birçok faktör etkileyebilir. Herhangi bir mal ya da hizmete olan talep ihtiyaca bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi herhangi bir ihtiyaç olmadığı durumda da talep söz konusu olabilir. İhtiyaç, tatmin edildiğinde haz ve doyum, tatmin edilmediğinde acı ve üzüntü veren bir duygudur.

Bu konu sağlık hizmetleri piyasası kapsamında değerlendirildiğinde şu sonuca varılabilir. Birey, sağlık hizmetlerine, sağlık durumunda bir bozulma olduğunda başvurabileceği gibi yaşamsal olarak zorunlu olmadığı halde sağlığını korumak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmak için de başvurabilir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine olan talep zorunlu bir ihtiyaçtan kaynaklanabileceği gibi zorunlu olmayan ihtiyaçlardan da kaynaklanabilir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine olan talep türleri genel olarak iki kategoride ele alınabilir. Birincisi, bireylerin iradeleri dışında gerçekleşen olgulara bağlı olan (zorunlu olan) talep türleri, ikincisi ise bireylerin iradelerine bağlı olarak ortaya çıkan (zorunlu olmayan) talep türleridir (Weisbrod 1991).

İnsanların iradeleri dışında ortaya çıkan (zorunlu olan) talep türlerine şunlar örnek verilebilir:

- Doğal afetler (deprem, sel ve yangın vb.),
- Kazalar (ev kazaları, iş kazası ve trafik kazaları vb.),
- Çevresel koşullar (hava, su ve doğal yaşam alanların kirlenmesi vb.),
- Yoksulluk (sağlıksız barınma, yeterli beslenememe, temel sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama vb.),
- Enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan talep.
- İnsanların iradelerine bağlı olarak ortaya çıkan (zorunlu olmayan) talep türlerine ise şunlar örnek verilebilir:
- Sigara, alkol ve zararlı haplar kullanma, düzensiz beslenme, egzersiz yapmama,

- Sağlık bilincinin artmasına bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artması,
- Koruyucu sağlık hizmetleri (gebe takibi, aşılama, çevre kirliliği),
- Rutin kontroller (check-up gibi) sonucu oluşan talep.

Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine olan talebin bir kısmı önceden öngörülerle belirlenirken bazıları belirsizlik nedeniyle öngörüle bulunmayı imkânsız kılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında öngörü araçları olarak çoğunlukla, geçmiş deneyimlerden yararlanma, zaman serileri ve regresyon analizi kullanılmaktadır. Ancak, sağlık hizmetleri piyasasında özellikle hastalıkların ve sunulan hizmet türlerinin kişiden kişiye farklılık göstermesi, piyasa başarısızlıkları ve bu alanda düzenli veri setinin oluşturulamaması, araştırmacıların ve politika yapıcıların işini zorlaştırmaktadır.

2.2. Asimetrik Bilgi

Piyasa, bir bilgi sistemidir. Bilgi sayesinde doğru mal ve hizmetler mümkün olan en düşük maliyetle elde edilmektedir. Çünkü piyasa, tüketiciler ve satıcılar arasındaki fayda ve maliyetle ilgili gerekli olan bütün bilgiyi onlara temin etmektedir. Bu bilgi tam olmaktan uzak ise, piyasa başarısız olacaktır. Bir malın alıcı ve satıcısının, malın özellikleri hakkında birbirlerinden farklı bilgiye sahip olmaları asimetrik bilgi olarak ifade edilmektedir. Asimetrik bilgi durumunda, piyasa mekanizması sosyal yararın maksimize edilmesini sağlayamamaktadır (Blomqvist, Leger 2003).

Tam rekabet piyasasında, tüketime konu olan mal ve hizmetlerin fiyatları ve kalitesi hakkında alıcı ve satıcılar birbirlerinin etkisinde kalmadan faydalarını maksimize edecek gerekli bilgi donanımına sahiptirler. Sahip olunan bilgi düzeyi, alternatif mal ve hizmetlerin maliyetleri ve kalitesi konusunu da kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasının diğer hizmet sektörlerinden farklı olmasında, hizmeti talep eden taraf ile hizmeti sunanların, verilen hizmet kalitesi konusunda aynı bilgiye sahip olmaması etkili olmaktadır. Sağlık hizmetini satın almak isteyen hasta, başvurduğu doktorun sahip olduğu tıbbi bilgiye sahip değildir. Dolayısıyla doktor, hasta adına hem hizmetin kalitesini hem de tüketim miktarını tek taraflı olarak belirleme gücüne sahiptir (Gaynor, Vogt 1999).

Asimetrik bilgi, daha çok doktor ve hasta ile hasta ve sağlık kuruluşu arasında görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan doktorlar, sunulan hizmetler konusunda hastalardan daha fazla bilgi sahibidirler. Söz konusu piyasanın talep cephesini oluşturan hastalar ise, sunulan hizmetin ne olduğu ve kalitesi hakkında yeterli bilgi sahibi değildirler. Sağlık hizmeti sunumunda standart bir doktor davranış modeli olmadığı için her bir doktorun hizmet sunumu ve tedavi yöntemi farklılık gösterebilir. Bu durum, hem hasta hem de hastanın sağlık güvencesini karşılayan sağlık kuruluşu açısından dezavantaj oluşturabilir. Çünkü gerekmediği halde, sağlık profesyonelleri bazı durumlarda sağlık hizmeti talebini artırabilir ve aşırı tüketime neden olabilirler (Schneider 2004).

Hizmet piyasalarında genellikle tüketicilerin satıcılarla olan ilişkileri açıktır. Ancak, sağlık hizmetleri piyasasında hasta-doktor ve hasta-hastane arasında yoğun bir asimetrik bilgi söz konusu olduğu için bu piyasa, diğer hizmet piyasaları kadar açık değildir. Teorik çalışmalarda, hasta ve doktor arasındaki ilişkide, hastanın etkinliği iktisat bilimi kullanılarak analiz edilmektedir. Burada iktisat bilimi, sağlık hizmetleri piyasasındaki kaynak dağılımında doktor ve hastanın rolüne vurgu yapmaktadır.

Bu alanda üzerinde durulan teorik modellerin çoğunda, sağlık hizmetleri piyasasında sadece doktorun hastasıyla olan tutum ve davranışlarına yer verilmiş, ancak bu piyasada kaynakların paylaşımında hastanın sahip olduğu fonksiyon (hastanın ne tür davranış sergilediği konusu) yeterince göz önüne alınmamıştır. Esasen, doktor ve hasta arasındaki ilişkinin belirlenmesinde her iki tarafın da analize dahil edilmesi daha gerçekçi bir yaklaşım olarak düşünülebilir. Hastanın sağlık hizmetleri talebinde, sahip olduğu bilgi düzeyi ile bu hizmetlerden elde edeceği faydayı algılaması çok iyi analiz edilmelidir. Hasta, tükettiği sağlık hizmetlerinden en yüksek faydayı sağladığını düşünürken ne tür algılamadan yararlanmıştır? Bilindiği gibi hasta, asimetrik bilgi nedeniyle medikal hizmetleri yeterince algılayamazken, hastanenin sunduğu otelcilik hizmetlerini (yemek, temizlik, yatak gibi) gözlemlenebilir şekilde daha iyi algılayabilmektedir (Schneider, Ulrich 2002). Dolayısıyla tedarikçiler kaynak kullanımında otelcilik hizmetlerine, medikal hizmetlere göre daha fazla ağırlık vermeyi tercih edebilmektedirler.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi düzeyinin nasıl olduğu uzunca bir süre tartışılmış ve bu piyasada belirsizlik ve asimetrik bilginin varlığı kabul

edilmiştir. Sağlık hizmetleri piyasasında görülen önemli asimetrieler şunlardır: Sağlık sigortasının ahlaki tehlikeye neden olması, özel sağlık sigortası piyasasında sigortacılarla hastalar arasında ters seçimin görülmesi ve sağlık hizmetleri piyasasında arzın talep yaratması (vekâlet ilişkisi) (Gaynor, Vogt 1999).

III. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA MALİYET ARTIŞINDA ASİMETRİK BİLGİ VE İLERİ TEKNOLOJİ KULLANIMININ ROLÜ

Sağlık hizmetleri piyasasında maliyet artışına neden olan problemleri, asimetrik bilgi ve ileri teknoloji kullanımı olarak ifade etmek mümkündür. Bu bağlamda asimetrik bilgiye bağlı olarak ortaya çıkan problemlerin ve ileri teknoloji kullanımının sağlık hizmetlerinde maliyetleri hangi yollarla artırabileceği aşağıda ele alınmaktadır.

3.1. Maliyet Artışında Asimetrik Bilgiye Bağlı Unsurlar

Sağlık hizmetleri piyasasında son yıllarda kaynak kullanım miktarı ve maliyetlerinde önemli artışlar görülmektedir. Teorik ve ampirik çalışmaların çoğu; Gaynor ve Hass-Wilson (1998), Blomqvist ve Leger (2003) ve Noguchi ve Shimizutani (2005), sağlık sigortası veri iken asimetrik bilginin neden olduğu problemlerin sağlık harcamasının artışında önemli rol oynadığı sonucuna varmıştır. Sağlık sigortası piyasasında sözleşmeye bağlı olarak ortaya çıkan standart problem, ters seçim ve ahlaki tehlikeydir. Ters seçim, hasta ve sigortacı arasındaki sözleşme imzalanmadan önce; ahlaki tehlike ise sözleşme sonrası ortaya çıkan maliyet unsurlarıdır (Abbring et al. 2003).

Sağlık harcamalarındaki artışın önüne geçmek amacıyla politika yapıcılar ve sağlık iktisatçıları bir takım düzenlemeler ve reformlara başvurmuşlardır. Son yıllarda yapılan çalışmaların çoğu, sağlık hizmetleri piyasası aktörlerinden kaynaklanan maliyetlere çözüm üretmeye dönüktür. Bu çalışmada, sağlık sigortası piyasası veri iken asimetrik bilginin neden olduğu maliyet unsurlarından; ters seçim, ahlaki tehlike ve arzın talep yaratması problemi detaylı olarak incelenmiştir.

3.1.1. Ters Seçim

Ters seçim kavramının temeli, Akerlof'un (1970) bilgi ekonomisine ilişkin "The Market of Lemons" adlı makalesine dayanmaktadır. İkinci el araba piyasasının işleyişinin ele alındığı çalışmada, arz ve talep arasındaki asimetrik bilginin tam rekabet piyasası varsayımlarını engellediği ortaya konulmuştur. Rothschild ve Stiglitz (1976), Akerlof'un (1970) çalışmasından yararlanarak, ters seçim kavramını sağlık sigortası piyasası için incelemiştir.

Sağlık sigortası piyasasında görülen ters seçime, hastalar ve sigortacılar arasındaki asimetrik bilgi neden olmaktadır. Ters seçim, hastaların kendi sağlık durumları ve risk düzeyleri hakkında sigorta şirketinden daha fazla bilgiye sahip olmaları ve bunu sigorta şirketinden gizlemeleriyle ortaya çıkmaktadır. Sağlık sigortası kuruluşları, potansiyel müşterilerinin risk düzeylerini bilemediklerinden ortalama bir sigorta primi belirleme yoluna gitmektedirler. Bu durumda risk grubunda yer alan hastalarla risk grubunda yer almayan hastalar aynı primi ödemektedirler. Riske bağlı prim belirlenemediği durumlarda, düşük risk grubunda yer alanlar için prim yüksek olacak ve piyasadan çıkmak durumunda kalacaklardır. Yüksek risk grubunda yer alan hastaların sağlık hizmetlerini daha fazla tüketmeleri kaçınılmazdır. Sigorta şirketleri düşük risk grubunda yer alanları piyasada tutabilmek için riskli grupta yer alanların, risk düzeylerine göre prim ödemelerini sağlamak durumundadırlar (Shmanske 1996).

Yüksek risk grubunda yer alan; yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve/veya kötü alışkanlıkları olanlardan yüksek prim talep edilmesi ya da bunların dışlanması sigorta piyasasında arz ve talep dengesinin sağlanamamasına neden olmakta ve bu dengesizlik ters seçim olarak ifade edilmektedir (Frank et al. 1997).

Rothschild ve Stiglitz (1976) makalesinde, rekabetçi sigorta piyasalarının, ters seçime çözüm üretmede başarısız olduklarını ortaya koymuşlardır. Ayrıca Rothschild ve Stiglitz dışında çok sayıda araştırmacı; Spence (1978) ve Miyazaki (1977) başta olmak üzere rekabetin, ters seçim problemine çözüm üretmediği sonucuna varmışlardır.

Sağlık sigortası piyasalarının işleyişini ele alan ampirik çalışmalarda, kesin bir sonuca varılamamıştır. Çünkü bu alanda yapılan çalışmaların çoğunda şu iki

varsayım kullanılmıştır. Birincisi, sigortalı hastaların tamamı aynı primi ödemektedirler ve piyasa fiyatı herkes için sabittir. Yani, sigortacılar piyasa fiyatını belirlerken bireylerin risk durumuna göre farklılaştırmaya gitmemişlerdir. İkincisi, sigortacılar üye kayıtlarında riskli hasta ayırımına başvurmamışlardır (Pauly 1968). Gaynor ve Vogt'a (1999) göre, her ülkenin sağlık sigortası kuruluşu, kayıtlı üyeleri bakımından farklılık göstermektedir ancak üye kayıtlarında risk ayırımına gitmemektedirler.

3.1.2. Ahlaki Tehlike

Asimetrik bilgi, tüketici ve sağlık sigortası kuruluşu arasında ahlaki tehlikeye neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında ahlaki tehlike, sağlık sigortası veri iken hastanın sağlık giderlerinin sadece çok az bir kısmına katlanması ya da hiç katlanmaması nedeniyle sağlık hizmetlerini aşırı tüketmesi olarak tanımlanmaktadır (Arrow 1963).

Flood'a (2001) göre ahlaki tehlike, sağlık güvencesi olan bireyin hastalandığında sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık hizmetlerini aşırı tüketmesidir. O'na göre bu durum normaldir çünkü bireyler bu günler için prim ödemektedirler ve sağlık hizmetlerine olan taleplerinde maliyetin ne olacağı konusunda endişelenmek istememektedirler. Ayrıca ahlaki tehlike, hem özel hem de kamu sağlık sigortasına mensup hastalar için geçerlidir (Flood 2001).

Sağlık piyasasında görülen ahlaki tehlike iki temel soruna yol açmaktadır. Birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması yani sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesidir. İkincisi, hizmet bedelinin tamamını hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle sigorta kuruluşunun doktorun davranışı üzerinde etkili olamamasıdır. Bunun temel nedeni, hastanın tükettiği sağlık hizmetlerinin bedeline karşı duyarlılığının oldukça düşük olmasıdır. Eğer hasta, tedavi maliyetine önemli bir oranda katlanmış olsaydı, duyarlılığı artacak böylece sigorta kuruluşu adına harcamaları sorgulamış olacaktı.

Piyasa ekonomisinin uygulandığı ülkelerde sağlık sigortası ve ahlaki tehlike problemini ele alan çalışmaların çoğu aksak rekabet durumunda sigortacıların fiyatları artırarak ahlaki tehlikeye belli ölçüde sınırlama getirdiği sonucuna varmışlardır (Gaynor, Hass-Wilson 1998). Montefiori (2004) ise, kamu ve özel sağlık kuruluşlarından yararlanan tüm hastaların katkı payı ödemelerinin ahlaki tehlikenin boyutlarını en aza indirebileceğini vurgulamıştır.

Ahlaki tehlikenin bir başka biçimi, tüketicilerin en düşük fiyatı araştırma yerine sadece kendilerine sunulan ve algılayabildikleri hizmetlerin kalitesiyle ilgilenmeleri durumunda görülmektedir. Ayrıca, doktorun hem hastalığı teşhis edip hem de tedavi ettiği hastalara tavsiyelerde bulunması ve kârını maksimize edecek tıbbi hizmetleri kullandırma konusundaki serbestisi maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Gaynor 1994).

Son yıllarda, hasta ve doktor arasındaki karşılıklı asimetrik bilgiye bağlı iki yönlü ahlaki tehlikeyi inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Schneider ve Ulrich'in 2005 yılında ele aldıkları bir çalışmada, ters seçim ve ahlaki tehlike olgularını bir model olarak ortaya koymuştur. Model, sağlık hizmetleri piyasasında bireylerin sağlık sigortası kurumlarıyla sözleşme yapmasıyla başlamakta ve tedavi aşamasıyla sonuçlanmaktadır. Birinci aşamada, sigorta kurumu bireylerle sözleşme imzalamakta, böylece doktor ve/veya sağlık kuruluşu ile ilgili ücretler belirlenmektedir. Sözleşmenin sigortacının görüşleri doğrultusunda hazırlandığını söylemek daha gerçekçi olacaktır. Sözleşmenin içeriğinde; hastanın sağlık durumu, hangi sağlık kuruluşlarından yararlanabileceği, ne kadar katkı payı ödeyeceği gibi unsurlar yer almaktadır. Sigortalının bu oyun içindeki rolü, sözleşmede belirtilen doktor ya da sağlık kuruluşuna başvurmasıyla (ilk talep) son bulmaktadır. Artık ikinci aşamaya geçilmiştir ve doktor, tedavi aşamasında tıbbi bilgisine dayanarak merkezi rol oynamaktadır. Doktor, gerekli olan tedaviyi; hastanın sağlık durumu yanında ödeyeceği ücrete, katkı payına ya da sigorta primine göre belirlemektedir (Schneider, Ulrich 2005).

Modelin tedavi aşamasındaki en önemli unsur, doktorun sunduğu tıbbi hizmetler ile hasta uyumu arasındaki ilişkidir. Daha açık olarak ifade etmek gerekirse, hasta birbirini etkileyen üç durumu ayırt etmek zorundadır: Birincisi, sağlık hizmetleri ile hasta uyumu stratejik bağımsızlardır. Yani, gereğinden daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti sunulmasının hasta açısından marjinal bir getirisi yoktur. İkincisi, stratejik tamamlama durumunda, tıbbi müdahale sürecindeki bir girdi faktörünün marjinal verimliliği, diğer faktör düzeyindeki yükselmeye bağlı olarak artar. İki veya daha fazla aktörün kararları, eğer bunlar karşılıklı olarak biri diğerini güçlendiriyorsa, bu durum stratejik tamamlayıcılar olarak adlandırılır. Üçüncüsü, stratejik ikameler durumunda ise, bir girdinin marjinal verimliliğindeki azalış diğer girdideki bir artışın sonucu olarak ortaya çıkar. İki veya daha fazla aktörün kararları, eğer bunlar karşılıklı

olarak birbirini dengeliyorsa, bu durum stratejik tamamlayıcılar olarak adlandırılır. Sonuç olarak, hastanın iyileşme olasılığı sadece sağlık hizmetlerine ve hasta uyumuna bağlı değil aynı zamanda büyük ölçüde stratejik etkileşime de bağlıdır (Schneider, Ulrich 2005).

Bu modelle, hastanın sağlığı ile ilgili uygun davranışı ve doktor ziyaretlerinin belirleyicilerini analiz etmek mümkündür. Tedavi aşamasının sonuçlarının ampirik bir modelde kolayca kabul edilemeyeceğini vurgulamak önemlidir. Birincisi, sağlık üretim sürecini bir bütün olarak gözlemlemek zorunludur, yani hastanın uyumu yanında kendi sağlığı ile ilgili davranışları, doktor ziyareti olmadan da önemlidir. İkinci husus, birincisi ile benzerlik göstermektedir. Eğer sözleşme kararını etkileyen talep yanlı müşterek sigorta unsurunu göz önünde bulundurursak, sağlık sigortası kuruluşları ile yapılan sözleşmelerin, doktorun ve özellikle hastanın davranışı üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Tedavi sürecine odaklanmak yerine, sağlık üretim sürecini bir bütün olarak analiz etmek zorunlu görünmektedir.

3.1.3. Arzın Talep Yaratması

Hasta ve doktor arasındaki bilgi düzeyiyle ilgili araştırmalar, “Vekâlet Teorisi Yaklaşımı” olarak adlandırılan çalışmalara dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan doktorun talep cephesinde yer alan hasta adına talebi belirlemesi, hastanın vekili gibi davranması, sağlık ekonomisi literatüründe “arzın talep yaratması (ATY)” olarak adlandırılmaktadır. Hasta adına karar veren doktor, ilk talebi gerçekleştiren hastanın sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü kullanarak sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine ve sağlık harcamalarının artmasına neden olabilir. Sağlık hizmetleri piyasasında sunulan hizmetlere ödenen bedelin çoğu, üçüncü taraf olarak adlandırılan sigorta kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Hastalar, toplam maliyetin sadece küçük bir kısmını ödemektedirler. Bu durumda riske karşı kendilerini güvence altına alan bireyler için talep edilen hizmetlerin fiyatları oldukça düşüktür (Gaynor, Vogt 1999).

Sağlık hizmetleri piyasasında son on yılda, çok sayıda iktisatçı ATY konusuna hem teorik hem de ampirik çalışmalarla katkıda bulunmuşlar ancak ATY'nin tanımında bir uzlaşma sağlayamamışlardır (Feldstein 1973; Fuchs, Zeckhauser 1987). Ele alınan çalışmalarda uzlaşma sağlanan konu, hastanın

vekili gibi davranan doktorun sağlık hizmetlerinde talebi artırma gücüne sahip olduğu gerçeğidir (Noguchi, Shimizutani 2005).

Sağlık hizmetleri piyasasında piyasa başarısızlıkları veri iken bunların yol açtığı problemler, piyasa üzerindeki etkileri ve bu problemlere politika yapıcılarının getirdiği çözüm önerileri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Literatürde ATY ile ilgili araştırmalar temelde doktor yoğunluğu ile sağlık hizmetleri kullanımı ve doktor gelirleri arasındaki doğrusal ilişki üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalarda, doktorların yoğun olduğu yerlerde sağlık hizmeti kullanımının fazlaştığı, yani gereksiz yere talep yaratıldığı ve buna bağlı olarak doktor gelirlerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Hemenway, Fallon 1985).

Fuchs (1978), 1963-1970 yılları arasında ABD’de 22 coğrafi bölgede cerrah arzının cerrahi operasyonlara olan talebe etkisini incelemiş ve cerrah/nüfus oranındaki yüzde 10’luk bir artışın kişi başına kullanımda yaklaşık %3’lük bir artışa neden olduğu sonucuna varmıştır. Fuchs’un bu klasik makalesinde, cerrahların hizmetlerinde gereğinden fazla talep yarattıkları vurgulanmaktadır (Erdem, Yıldırım 2003). Wilensky ve Rossiter (1983) ise doktor yoğunluğunun aksine ödeme sistemleri ve özellikle de sigortanın ödediği miktarların, doktorların talep yaratmalarında daha etkin olduğunu vurgulamışlardır (Wilensky, Rossiter 1983).

3.2. Maliyet Artışında İleri Teknoloji Kullanımının Etkisi

Günümüzde sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlar iki yolla belirlenmektedir. Birincisi, fiyatların kamu otoritesince belirlenmesi, buna sabit fiyatlar denilmektedir. İkinci ise fiyatların piyasa aktörleri tarafından belirlenmesi, buna da değişken fiyatlar denilmektedir. Hastaneler piyasa ekonomisine geçişle birlikte fiyata ve/veya kaliteye dayalı rekabet edebilirler. Dünyada genellikle sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlar kamu otoriteleri tarafından belirlenen sabit fiyatlar niteliğindedir. Fiyatların sabit olduğu durumda, hastaneler arasındaki rekabet doğal olarak kaliteye dayalı olacak ve hastaneler hasta ve doktorları kazanma konusunda kaliteye önem vereceklerdir. Bu piyasada kalite iki şekilde görülmektedir: Medikal hizmetler ve otelcilik hizmetleri.

Tablo 1: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Piyasa Başarısızlıkları ve Önerilen Politikalar

Piyasa Başarısızlıkları	Problem	Etkileri	Politikalar
Ahlaki tehlike	• Sağlık hizmetlerine olan talebin marjinal maliyeti, hastalar için sıfır ya da çok düşüktür.	• Bireylerin talepleri artmaktadır. • ATY, maliyetlerde ve tüketimde artışa neden olmaktadır.	• Maliyet paylaşımı • Vergileme
	• Piyasa aktörleri arasında asimetrik bilgi vardır.	• Sağlık hizmetleri aşırı tüketilmektedir. • Bireysel faydaya katkı sağlanırken toplumsal refah azalmaktadır.	• Maliyet paylaşımı • Vergileme
Ters seçim	• Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.	• Ortalama risk primi kullanılması yüksek risk grubunda yer alanların sigortadan daha kapsamlı yararlanmalarına neden olmaktadır.	• Zorunlu katkılar • Vergileme
Risk seçimi	• Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.	• Özel sağlık sigortası kuruluşları, risk grubuna giren hastaları sigorta kapsamına almak istemeyecektir.	• Zorunlu katkılar • Vergileme
Rekabetçi güçlerin etkinsizliği	• Devletin piyasaya müdahalesi ya da verimliliği artıran teşviklerin kaldırılması, ileri teknolojik donanıma yatırım yapılmaması demektir.	• Hizmetlerin fiyatları yüksektir. Yüksek ücretler kadar araç gereçler ve medikal ürünler de pahalıdır.	• Tedarikçi-satın alıcı ayırımının yapılması, • Fiyat ve ücretlerin kontrol edilmesi, • Hizmet başına ödeme yapılması • Klasik sözleşmeden vazgeçilmesi

Kaynak: European Competitiveness Report 2004; www.ec.europa.eu/enterprise/ict/index

Mukamel ve diğerlerine (2002) göre hastalar, asimetrik bilgi nedeniyle, otelcilik hizmetlerini medikal hizmetlere göre daha kolay gözlemleyebilmektedirler. Bu nedenle de hastaneler, kaynaklarının çoğunu otelcilik hizmetlerine kaydırmışlardır. Ancak asıl sorun, hastanelerin temel görevi olan medikal hizmetlerde doktorları elde etme problemidir. Bu durumda hastaneler birbiriyle uyuşmayan güdülerle karşı karşıyadırlar. Bir yandan otelcilik hizmetlerinin kalitesini artırmak ve onu sürdürmek diğer yandan da medikal hizmetlerin kalitesine katkı sağlayacak faaliyetleri sürdürmek zorunda olmalarıdır. Hastanelerin kaynak tahsisinde vereceği karar daha çok, bu karşıt iki güdünün nispi gücüne bağlı olmaktadır (Mukamel et al. 2002).

Tercihlerini medikal hizmetlerin kalitesini artırma yönünde kullanmak isteyen hastaneler, ileri teknolojik ürünleri satın alarak yüksek maliyetlere katlanmak durumunda kalmaktadırlar. Nitekim hastanelerin ileri teknolojiyle donatılması kalifiye ve/veya tanınmış doktorların kendi hastanelerinde istihdam edilmeyi kabul etmelerinde etken bir unsurdur. Hastanelerin kalifiye doktorları istihdam etmek amacıyla ileri teknolojiyi kullanmayı tercih etmeleri durumunda yerel düzeyde dublikasyonlar ortaya çıkabilir (Mukamel et al. 2002). Dublikasyon, ileri teknoloji ürünü bazı medikal araçların kapasitesi gözetilmeksizin hastanelere alınması ve atıl olarak tutulmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinde maliyet artışına neden olan ileri teknolojiyle donatılmış sağlık işgücü istihdamı “medical arms race” (MAR) olarak ifade edilmektedir (Gaynor, Hass-Wilson 1998).

Farley (1985) 1970-1977 yıllarına ait verileri kullanarak yaptığı çalışmada, hastanelerin hasta başına daha çok emek ve daha çok sermaye kullanmaları (ileri teknolojik ürünlerin kullanımı) sonucunda hastane hizmetlerinin maliyetinin arttığı sonucuna varmıştır. Ayrıca, hastanelerin daha spesifik teşhis yöntemlerinde uzmanlaşmaya gittiklerini de ortaya koymuştur (Farley 1985).

IV. ASİMETRİK BİLGİNİN NEDEN OLDUĞU PROBLEMLERE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Asimetrik bilginin neden olduğu problemlerden ters seçim, ahlaki tehlike ve arzın talep yaratması, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı tüketilmesine ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Sağlık piyasasında aktörlerin yanlış davranışlarına bağlanan bu üç soruna çözüm olarak, talep ve arz yanlı maliyet paylaşımı ve son yıllarda bir çok ülkede uygulamaya konulan optimum ödeme modeli (karma ödeme sistemi) önerilmektedir.

4.1. Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı

Talep yanlı maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri piyasasının talep cephesinde yer alan sigortalı hastaların yararlandıkları sağlık hizmetleri karşılığında sağlık otoritesince yasalarla zorunlu kılınan oranda harcamalara katlanmasıdır. Bu oran ülkelere göre değişmektedir. Bazı ülkelerde bireyler ödemeye hiç katılmamaktadır yani talep yanlı maliyet paylaşımı söz konusu değildir. Talep yanlı maliyet paylaşımı, hastanın sağlık harcamalarının

vergilendirilmesi anlamına da gelmektedir (Eggleston, Hsieh 2004). Sigortalı olmayan hastalar tükettikleri sağlık hizmetlerinin bedelinin tamamına katlanmaktadırlar. Bu durum daha çok dolaysız ödeme (out of pocket) olarak ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında sigortalı olan bir tüketicinin yararlandığı sağlık hizmetinin fiyatı ona göre düşük ya da sıfırdır. Dolayısıyla da hastanın piyasada karşılaştığı fiyat marjinal maliyetin altındadır. Bu durumda tüketici, hizmetleri aşırı kullanma yönünde bir güdüye sahiptir. Hastaların sağlık hizmetlerini aşırı biçimde tüketme yönündeki taleplerine sınırlama getirmek için kullanılan en etkili yöntem, hastanın kullandığı her bir sağlık hizmeti karşılığında belli oranda katkı payı ödemesinin sağlanmasıdır. Katkı payının belirlenmesinde sigortalının risk grubunda olup olmadığı mutlaka dikkate alınmalı, riskli grupta yer alan hastaların diğerlerine göre daha fazla sigorta primi ve katkı payı ödemeleri sağlanmalıdır. Talep yanlı maliyet paylaşımıyla¹ maliyetlerin kontrol edilmesi yöntemi çeşitli dezavantajlara yol açabilir: Tüketicilere mali risk yükleyebilir ve sağlık hizmetlerine erişimde engeller çıkartarak eşitliği bozabilir², ayrıca orantısız biçimde maliyet yükünün fakirlere yüklenmesine neden olabilir (Eggleston, Hsieh 2004).

Talep yanlı maliyet paylaşımı, hizmet başına ödeme sisteminin³ geçerli olduğu durumda sağlık harcamalarındaki artış oranını gerekli şekilde azaltmamaktadır. Çünkü tedarikçiler daha fazla hizmet tüketimini teşvik ya da

¹ Talep yanlı maliyet paylaşımı için başka terimler de kullanılmaktadır: Kullanıcı ücretleri, katkı payları, indirimler, tarifeler, maliyet iyileştirme. Konuşma dilinde talep yanlı maliyet paylaşımı bazen bahşış verme olarak da adlandırılmaktadır. Örnek olarak, Çin'de olduğu gibi çoğu gelişmekte olan ülkelerde bu kavram yaygın olarak kullanılmaktadır (Kornai, Eggleston 2001).

² Bu eşitsizlik piyasalarda sigorta sisteminin eksikliğinden kaynaklanan verimsizlik olarak değerlendirilebilir. Çünkü maliyetin çoğunluğunu hastanın karşılaması durumu kronik bir hastalık ve/veya ciddi bir rahatsızlık olması halinde finansal riske karşı tüketicilerin güvence altına alınmasını önlemektedir (Newhouse 2002).

³ Hizmet başına ödeme sisteminde (en yaygın sözleşme türlerinden birisidir) doktor, hastalara sunduğu hizmetlerle orantılı olarak ücret almaktadırlar. Doktorun sunduğu hizmetlerle alacakları ücret arasında doğrusal ilişki söz konusudur. Bu sistem bugün Kanada, Avustralya, Zelanda, Belçika, Fransa, Almanya ve Norveç'in içinde bulunduğu bir grup ülke tarafından kullanılmaktadır. Bu sistemde adından da anlaşılacağı gibi doktora verdiği her bir birim hizmet karşılığında ücret ödenmektedir. Ücretler yaygın olarak kâr marjı içerdiklerinden hizmet başına ödeme sistemi, mali açıdan daha fazla sayıda hizmet verenleri ödüllendirmektedir (Eggleston, Hsieh 2004).

daha yüksek ücret ödenmesini talep edebilirler. Genel sağlık sigortası⁴ uygulamasına geçilmesiyle maliyetlerde önemli artışlar olduğunu gözlemleyen politika yapıcılar ve sağlık iktisatçıları, talep yanlı maliyet paylaşımını önermişlerdir. Çünkü talep yanlı maliyet paylaşımının amacı, hastaların ve doktorların sağlık hizmetlerine olan gereksiz taleplerini azaltmaktır. Örnek olarak, Tayvan'da daha önceden sağlık güvencesi olan hastaların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasıyla; ayakta tedavi başvuruları sadece %23 oranında artarken; sağlık güvencesi olmayan hastalarınki %129 oranında artmıştır (Cheng, Chiang 1997). Bu artışlar sadece hasta başvuru sayısını yansıtmaz, aynı zamanda arz yanlı ahlaki tehlike durumunu (arzın talep yaratması) da gösterir. Talep yanlı maliyet paylaşımının olmadığı durumda, doktorlar hastaların tedavi maliyetlerinin tamamını ödemeyeceklerini bildiklerinden, onların hastaneye daha fazla başvurmalarını, daha fazla servisten yaralanmalarını ve sağlık harcamalarının daha yüksek çıkmasını sağlayabilirler.

4.2. Arz Yanlı Maliyet Paylaşımı

Arz yanlı maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan sigortacı ve/veya tedarikçinin (doktor, hastane) toplam tedavi maliyetinin belli kısmına katlanmasıdır. Toplam tedavi maliyetinin belli kısmının sigortacı veya tedarikçi tarafından karşılanmasını öngören arz yanlı maliyet paylaşımı yöntemi, sigortacı veya tedarikçinin aşırı harcamaları kontrol etmelerine neden olmaktadır. Ancak bu durum, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin bozulmasına neden olabilir (Eggleston, Hsieh 2004).

Ampirik çalışmalar, sağlık hizmetleri piyasasında tüketicilerin fayda kararlarında fiyata karşı duyarlı olduklarını göstermiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin arz cephesinde yer alan doktor ve hastanelerin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon maliyetlerinin belli bir kısmına katlanmaları durumunda, sağlık hizmetleri kalitesinin arttığı ve maliyetlerin azaldığı sonucuna varılmıştır. Talep yanlı maliyet paylaşımında hasta, katkı payı ödeyerek toplam maliyetin belirli bir kısmına katlanıyordu. Benzer şekilde arz yanlı maliyet paylaşımında da sigortacılar ve tedarikçiler maliyetin belirli bir kısmına vergi ödeyerek katlanmaktadırlar. Arz yanlı maliyet paylaşımının uygulandığı ülkelerde

⁴ Genel Sağlık Sigortası uygulamasında ülke vatandaşlarının tamamı prim ödeyerek sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. Gelir düzeyi düşük olanların primleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

tedarikçilerin sundukları hizmetlere sınırlama getirdikleri görülmüştür (Eggleston, Hsieh 2004).

Hastaların yararlandıkları sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmamalarıyla ortaya çıkan vekâlet ilişki problemi, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alanların talep yaratmasına (arzın talep yaratması) neden olmaktadır. Arzın talep yaratması sorununa çözüm olarak önerilen arz yanlı maliyet paylaşımı, doktorun profesyonel etik kurallarına göre hareket etmesine neden olabilir. Örnek olarak, doktor ve hasta arasındaki ilişki *mükemmel vekâlet ilişkisi*⁵ içinde gerçekleşebilir. Bu durumda, maliyet artışı daha çok tarafların finansal güdülere nasıl tepki vereceğiyle alakalı olacaktır (Kornai, Eggleston 2001).

Arz yanlı maliyet paylaşımının avantajları bu yöntemin yaygın ve artan oranda kullanımını desteklemiştir. Bu avantajları şöyle sınırlandırabiliriz: Birincisi, arz yanlı maliyet paylaşımı hastalara finansal risk yüklememektedir. İkincisi, düşük gelirli hastaların sağlık hizmetlerini aşırı kullanmalarını önlemektedir. Üçüncüsü, yeni tıbbi teknolojinin olağanüstü artışı sağlık hizmetleri harcamalarındaki artışı körüklemektedir. Çünkü tedarikçiler yeni teknolojinin kullanımını teşvik etmektedirler. Yeni teknolojinin benimsenmesi ve kullanımının artırılmasında arz yanlı maliyet paylaşımı talep yanlı maliyet paylaşımından daha etkili teşvik unsurlarına sahiptir. Dördüncüsü, arz yanlı maliyet paylaşımının orta düzeyde kalması tedarikçileri daha adaletli davranmaya teşvik edebilir. Özellikle risk grubunda yer alan hastaların tedavi maliyetlerinin karşılanmasında arz yanlı maliyet paylaşımının önemi artmaktadır. Çünkü sigortacılar beklenen ödemeyi aşan maliyetlerin finansal riskini paylaşmak istemeyebilirler.

Tablo 2’de, asimetrik bilginin neden olduğu problemlere çözüm olarak önerilen maliyet paylaşımı araçları fayda ve maliyet bakımından incelenmiştir.

⁵ *Mükemmel vekâlet ilişkisi, doktorun hasta için gerekli olan bilgilerin tamamını hastasına anlattığı ve hastanın da bu bilgilere dayalı olarak tedavi sürecine katıldığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu ilişkide doktorun rolü, hastanın bilgi açığını kapatmakla ortaya çıkmaktadır. Buna göre doktor, kendi çıkarları doğrultusunda sağlık hizmetlerini gereğinden fazla kullanmamaktadır (Eggleston, Hsieh 2004).*

Tablo 2. Ödeme Sistemiyle İlgili Politik Araçların GÜdüleyici Etkileri

Politik Araçlar	Politik Aracın En Yüksek Değerinden Elde Edilen Fayda	Politik Aracın En Yüksek Değerinin Maliyeti
Talep yanlı maliyet paylaşımı	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmetlerinde aşırı tüketime sınırlama getirmek (ahlaki tehlikeyi iyileştirmek)	<ul style="list-style-type: none">• Verimsiz riske katlanmak• Eşitsizlik (hastanın katlanacağı vergi oranı)
Arz yanlı maliyet paylaşımı	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmetlerinde aşırı tüketime sınırlama getirmek• Düşük maliyetli üretimi teşvik etmek (üretimde etkinlik)	<ul style="list-style-type: none">• Provizyona tabi tutma• Risk seçimi (sigorta kapsamında eşitsizlik)
Mükemmel vekâlet ilişkisi	<ul style="list-style-type: none">• Arzın talep yaratmasını engellemek• Sağlık hizmetleri tüketiminde standart oluşturmak• Risk seçimini düzenlemek• Tedavi ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak	<ul style="list-style-type: none">• Ahlaki tehlikeyi önemsememek

Kaynak: Eggleston, Hsieh 2004.

4.3. Karma Ödeme Sistemi

Teorik çalışmaların çoğu karma ödeme sisteminde, geri ödemenin bir kısmıyla ön ödemenin bir arada değerlendirildiğini savunmaktadırlar. Geri ödeme, hastanın yararlandığı hizmet karşılığında katlandığı harcama tutarı (ön ödeme) dışında kalan maliyetin, üyesi olduğu sağlık sigortası kuruluşu ve hizmet sunan sağlık kuruluşu (özel muayenehanesinde hizmet veren doktor da dahil) tarafından karşılanmasını ifade etmektedir. Dolayısıyla, karma ödeme sistemi, sağlık piyasasında birbirini tamamlayan arz ve talep yanlı maliyet paylaşımının eşanlı olarak yer almasıyla açıklanmaktadır (Eggleston 2004).

Uygulamada, karma ödeme sisteminin etkinliği ampirik çalışmalarla kanıtlanamamıştır. Bu nedenle karma ödeme sisteminin piyasa aktörlerini maliyete ortak ettiği düşüncesi sezgiseldir. Örnek olarak, tedarikçiler sağlık hizmetleri sunumunda aşırı tutumlu davranarak hizmetlerin daha düşük maliyetle sunulmasını sağlayabilirler ya da tedavileri pahalı olan hastalara ayrımcılık yapabilirler. Tedavi maliyetlerini düşürerek kârı artırma ve/veya tedavisinde ileri teknoloji kullanımı zorunlu olan hastaların dışlanması durumu geçerli iken hastalar, katkı payı ve cepten ödemeyi tercih edebilirler (Eggleston, Hsieh 2004).

Ulaşılan genel politik sonuç şöyledir: Kıt kaynaklar ve tedavi kalitesi arasındaki toplumsal mübadelenin en azından bir bölümünde tüketicilerin ve sağlık uzmanlarının her ikisinin de yer almasıyla önemli yararlar elde edilebilir. Bazı araştırmacılar, *vaka başına ödeme*⁶ ya da vergileme ve hizmet başına ödeme arasındaki geçişli ödeme yerine genel bütçeden ödeme yapılmasını uygun görmektedirler. Ayrıca birçok araştırmacı, maliyetlerin kontrol edilmesinde genel bütçenin ideal olduğunu düşünmektedirler. Bu düşüncenin doğruluğunun test edilmesinde kurumsal araştırma yararlı olabilir (Eggleston, Hsieh 2004).

Gerdtham ve Jonsson (2000); Hickson ve diğerleri (1987); Krasnick ve diğerleri (1990) gibi yazarların çalışmalarına göre “karma ödeme sistemi” ve ABD’de uygulanan “öngörülen ödeme sistemi” (prospective payment system, PPO⁷) hastanelerde genellikle hasta yatışlarında azalmaya neden olmuştur (Newhouse 2002). Bilindiği gibi yatarak tedavi gören hastaların sağlık harcamalarında en yüksek pay oda maliyetine aittir (Saatçi, Ecevit 2007).

Gerdtham ve Jonsson (2000); Hickson ve diğerleri (1987); Krasnick ve diğerleri (1990) gibi çalışmalar, birçok ülkede karma ödeme sisteminin benimsenmesinde etkili olmuştur. Hastaların doğrudan ödemeleri (out of pocket) genellikle düşüktür fakat ülkenin toplam sağlık harcaması içindeki yüzdesi anlamsız değildir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre 2004 yılında dünyada sağlığa yapılan harcama 4,1 trilyon dolardır. Buna göre dünya çapında sağlık harcamalarının yüzde olarak dağılımı şöyledir: Kamunun payı %34, sosyal sigortanın payı % 25, özel sigortanın payı %19, cepten ödeme %19 ve diğer %4’tür (WHO 2007).

⁶ *Kişi başına ödeme, doktorun bir yıl süreyle belirli bir nüfus grubuna sağlık hizmeti sunmasını öngörmektedir. Bu sistem, daha çok aile hekimliği uygulamalarında görülmektedir. Bu sistemde kişilerin kullandıkları sağlık hizmetlerinin miktarı dikkate alınmamaktadır. Kişiler arasında sağlık hizmetini kullanım bakımından bir ayırım söz konusu değilken ödemelerde de herhangi bir farklılık yoktur. Doktorlar, çıkarları olmayacağı için gereğinden fazla talep yaratma girişiminde bulunmayacaklardır.*

⁷ *PPO, hastanın hastaneye ilk başvurusunda teşhis konulmasıyla standart tedavi maliyeti belirlenmektedir. Hastanın tedavi giderleri önceden belirlenmiş olan standart miktardan yapılmaktadır. Standart ödeme miktarı, ayaktan ve yatarak tedavi yöntemine göre değişmektedir. Bu sistem, ABD’de yaygın olarak uygulanmaktadır.*

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri piyasasında, piyasa başarısızlıklarına bağlı olarak piyasada yer alan aktörlerin kendilerinden beklenen davranışları yerine getiremedikleri görülmektedir. Özellikle hasta ve doktorların kendilerinden beklenen davranışları göstermemeleri belirsizlik ve asimetrik bilgiyle açıklanmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aşırı tüketime ve maliyet artışına yol açan asimetrik bilgi problemlerine çözüm üretmek zorunludur. Asimetrik bilgiden kaynaklanan problemler, piyasanın serbest ya da kapalı olmasından değil piyasasının kendine has özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, öncelikle asimetrik bilgi problemini ortadan kaldıracak ve sağlık piyasasında aktörlerin davranışlarını normalleştirecek standart yöntemler geliştirilmelidir.

Birçok teorik ve ampirik çalışma, sağlık hizmetleri piyasasında özelleştirmeyi savunmaktadır. Bu bağlamda sigorta piyasasının özelleştirilmesi ve piyasanın rekabete açılması durumunda kaynakların verimli ve etkin kullanıldığı savunulmaktadır. Devletin denetleme görevini yerine getirmesi piyasanın işleyişinde yeterli görülmektedir. Ancak, sağlık otoritesi piyasayı nasıl denetleyecektir? Ölçülemeyen, somutlaştırılmayan, tarafların birbirini rahatça sorgulayamadığı piyasada devletten beklenen başarı düşük olabilir. Dolayısıyla yasal düzenlemeler, politik tedbirler ve reformlarla kurumsal altyapı hazırlanabilir ve böylece piyasanın taraflarca denetlenmesi sağlanabilir.

Türkiye’de son yıllarda sağlık hizmetleri piyasasında hem kamu sektörü hem de özel sektör cephesinde önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Özellikle 2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) kanunu ile kapsamlı değişiklikler yapılmıştır. Buna bağlı olarak Türk sağlık sisteminde, gelişmiş ülkelerdeki gibi, hem medikal hizmetlerde hem de otelcilik hizmetlerinde maliyetlerin azaltılması ve kalitenin iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Ülke vatandaşlarının tamamının sağlık sigortası şemsiyesi altına alınması, ödeme gücü olanların katılım payı adı altında maliyetlere katlanmalarının sağlanması ve bunun yasal zorunluluk haline getirilmiş olması, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesinin (arzın talep yaratması problemi) önüne geçilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca hem arz hem de talep cephesinde yer alan bireylerin tüm işlemlerinin kayıt altına alınması ve elektronik ortamda takip ediliyor olması, harcamaların azaltılmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu durum, yani GSS kapsamında arz ve talep cephesinde yer alanların sistematik olarak

denetlenebiliyor olması, asimetrik bilgi ve belirsizlikten kaynaklanan maliyet artışını belli oranda önlemiştir.

Ayrıca GSS kapsamında getirilen bazı yeniliklerin, sağlık hizmetleri piyasasında kullanılan finansman kaynaklarının daha kolay denetlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu yeniliklerden en önemlileri; tam gün yasaının uygulamaya konulması, muayene ve ilaçta katkı payının zorunlu olması, tedavi hizmetleri ve reçetede online uygulamaların hayata geçirilmesi olarak sıralanabilir.

Genel sağlık sigortasında yaşanan bu gelişmeler kapsamında sağlıkla ilgili olarak ülkenin risk haritası ve sosyo-ekonomik durumu net olarak ortaya konulabilir. Sonra, bireylerin risk düzeyleri gözetilerek ortalama prim miktarı belirlenebilir ve her bir bireyin bu primi ödemesi yasal zorunluluk haline getirilebilir. Gelir düzeyleri oldukça düşük olanların tam olarak belirlenerek bunların primlerinin vergilerle karşılanması, sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizliği ortadan kaldırabilir. Böylece, doğan her vatandaşın gerçeği yansıtan düzeyde prim ödemesi sağlanabilir ve bu sektöre ayrılan kaynaklarla uzun vadeli yatırımlardaki belirsizlik ortadan kaldırılabilir.

Diğer taraftan, bir ülkede sağlık hizmetleri piyasasına ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanılmasında karma ödeme sisteminden yararlanılabilir. Çünkü risk unsuru gözetilerek belirlenmiş sabit ödeme miktarı ve hastanın iyileşmesinde gerçekten gerekli olan kaynakların kullanılmasından oluşan maliyete hastanın belli oranda katlanması, kaynak tasarrufuna yol açacaktır.

Sağlık hizmetleri piyasasında, belirsizlik ve asimetrik bilginin neden olduğu problemlerin önüne geçilmesi amacıyla ülke genelinde tüm sağlık hizmetleri alanlarında otomasyon sistemi önerilebilir. Otomasyon sistemi, kurumsal altyapıyla birlikte ülke genelinde yaygınlaştırıldığında hem kamu sektörünün hem de özel sektörün faaliyetleri denetim altına alınmış olur. Bu sistemle, hastaların tükettiği medikal hizmetler ve otelcilik hizmetleri elektronik dosyalamaya dönüştürülür. Böylece hastaların geçmişe dönük bilgilerine kolayca erişilebilir ve hastanın sağlık hizmetleri tüketimi kolayca kontrol edilebilir. Ayrıca, bu sistem sayesinde sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunanların davranışları denetlenebilir ve doktorlar arasında otokontrol sağlanacağından kaynak tüketiminde olumlu sonuçlar alınabilir.

Sonuç olarak otomasyon sisteminin tam anlamıyla gerçekleştirilmesi, hem politika yapıcılarının denetim gücüne hem de bu alanda çalışan araştırmacıların ampirik analiz sonuçlarının daha gerçekçi olmasına katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Abbring J. H.; Chiappori P. A.; Heckman J. J. and Pinquet J. (2003) “Adverse Selection and Moral Hazard in Insurance: Can Dynamic Data Help to Distinguish?”, **European Economic Association**, 1(3): 1-12.
2. Akerlof G. (1970) “The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism”, **Quarterly Journal of Economy**, 84: 488-500.
3. Arrow K. J. (1963) “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, **American Economic Review**, 53: 941-973.
4. Blomqvist A. and Leger P. T. (2003), “Information Asymmetry, Insurance and the Decision to Hospitalize”, www.ntz.fas.nus.edu.org/ecs/pub/wp0305pdf, [04.05.2007].
5. Cheng S. and Chiang T. (1997) “The Effect of Universal Health Insurance on Health care Utilization in Taiwan”, **Journal of American Association**, 278: 89-93.
6. Culyer A. J. (1983) **The Political Economy of Social Policy**, Oxford University Press, Oxford.
7. Eggleston K. and Hsieh C. R. (2004), “Health Care Payment Incentives: A Comparative Analysis of Reforms in Taiwan, Korea and China”, Department of Economics Tufts University, Medford, www.ase.tufts.edu/econ [05.08.2006].
8. Eggleston K. (2004) “Competition, Altruism and Provider Payment”, Department of Economics Tufts University, Medford, www.asetufts.edu/econ. [02.07.2005].

9. Erdem R. ve Yıldırım H. H. (2003) “Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 6(2): 1-22.
10. European Competitiveness Report (2007), www.ec.europa.eu/enterprise/ict/index, [10.03.2007].
11. Farley D. E. (1985) “Competition Among Hospitals: Market Structure and its Relation to Utilization, Costs and Financial Position”, **National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment**.
12. Feldstein M. S. (1973) “The Welfare Loss of Excess Health Insurance”, **Journal of Political Economy**, 81: 251-80.
13. Flood C. (2001) “International Experience With Managed Care, Managed Competition and Internal Markets: Lessons From Canada”, www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-E/SOCI-E/rep-e/volume3ver3-e.pdf, [01.06.2007].
14. Frank R. G.; Glazer J. and McGuire T. (1997) “Measuring Adverse Selection in Managed Health Care”, **Journal of Health Economics**, 19: 829-854.
15. Fuchs V. R. and Zeckhauser R. (1987) “Valuing Health A Priceless Commodity”, **American Economic Review**, 77(2): 5-27.
16. Fuchs V. R. (1978) “The Economics of Physician and Patient Behavior”. **The Journal of Human Resources**, XIII. In Joseph N. (ed.) University of Wisconsin Press, Madison.
17. Gaynor M. (1994) “Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services”, **Journal of Economics and Management Strategy**, (3): 211-255.
18. Gaynor M. (2006) “What Do We Know About Competition and Quality in Healthcare Markets?”, **Carnegie Mellon University**: 1-40.

19. Gaynor M. and Haas-Wilson D. (1998) “The Blessing and the Curse of Managed Care: Vertical Relations in Health Care Markets”, **American Enterprise Institute Press**.
20. Gaynor M. and Vogt W. B. (1999) “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, **Rand Journal of Economics**: 1-42.
21. Gerdtham U. G. and Jonsson B. (2000) “International Comparisons of Health Expenditure”, **Handbook of Health Economics**, 1: 11-53.
22. Hemenway D. and Fallon D. (1985) “Testing for Physician-Induced Demand with Hypothetical Cases”, **Medical Care**, 23(4): 344-349.
23. Hickson G. B.; Altemeier W. A. and Perrin J. M. (1987) “Physician Reimbursement by Salary or Fee-For-Service: Effect on Physician’s Practice Behaviour in a Randomized Prospective Study”, **Pediatrics**, 80: 744-750.
24. Kornai J. and Eggleston K. (2001) “Choice and Solidarity: the Health Sector in Eastern Europe and Proposal for Reform”, **International Journal of Health care Finance and Economics**, 1: 59-84.
25. Krasnick A., Groenewegen P. and Pedersen P. (1990) “Changing Reimbursement System: Effect on Activity in General Practice”, **British Medical Journal**, 360: 1698-1701.
26. Kurtulmuş S. (1998) **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
27. Miyazaki H. (1977) “The Rat Race and Internal Labor Markets”, **Bell Journal of Economics**, 8: 394-418.
28. Montefiori M. (2004) “Patient Behavior in the Market for Hospital Services”, www.disefin.unige.it/finanza/WP%5Cn42003.pdf [12.08.2006].
29. Mukamel B. D.; Zwanziger J. and Bamezai A. (2002) “Hospital Competition, Resource Allocation and Quality of Care”, **BMC Health Services Research**, 2(10): 1-9.

30. Newhouse J. P. (2002) **Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum**, MIT Press, Cambridge.
31. Noguchi H. and Shimizutani S. (2005) “Supplier Induced Demand in Japan’s At-home Care Industry: Evidence From Micro-Level survey on Care Receivers”. www.esri.go.jp/jp/archive/e_dis/e_dis150/e_dis148a.pdf [15.06. 2007].
32. Normand C. (1991) “Economics, Health, and Economics of Health”, **BMJ**, 303: 21-28.
33. Pauly M. V. (1968) “The Economics of Moral Hazard: Comment”, **American Economic Review**, (58): 531–537.
34. Rothschild M. and Stiglitz J. (1976) “Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information”, **Quarterly Journal of Economics**, 90(4): 629-649.
35. Saatçi M. ve Ecevit E. (2007) “Tüberküloz Hastalığının Ekonomik Yüku: Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nde Bir Uygulama”, **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 22: 217-229.
36. Schneider U. (2004) “Asymmetric Information and the Demand for Health Care - the Case of Double Moral Hazard”, www.129.3.20.41/eps/hew/papers/0409 [21.03. 2006].
37. Schneider U. and Ulrich V. (2002) “Asymmetric Information and Outcome-Based Compensation in Health Care - Theoretical Implications”, www.papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm [12.04. 2006].
38. Schneider U. and Ulrich V. (2005) “The Physician-Patient Relationship Revisited: the Patient’s View”, www.129.3.20.41/eps/hew/papers/0505/0505001.pdf [07.01. 2007].
39. Shmanske S. (1996) “Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope”, **The Independent Review**, 1(2): 191-200.

40. Spence M. (1978) "Product Differentiation and Performance in Insurance Markets", **Journal of Public Economics**, 10: 427-447.
41. Weisbrod B. A. (1991) "Competition in Health Care: A Cautionary View", **Institute For Research on Poverty Discussion Paper**, University of Wisconsin: 678-81.
42. WHO (2007), <http://www.who.int/nha/Pie-2007-Large.pdf> [11.10.2007].
43. Wilensky G. R. and Rossiter L. F. (1983) "The Relative Importance of Physician-Induced Demand in the Demand for Medical Care", **Health and Society**, 61(2): 252-277.