

SAĞLIK SİGORTASI SAHİPLİĞİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Hasan Fehmi DEMİRCİ¹

ÖZET

Sağlıklı veya hasta olmak kişilerin çeşitli aktivitelerini etkileyen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar daha sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve hasta olduklarında da hemen bu durumdan kurtulmak için sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bu hizmetlerin çeşitli şekillerde finanse edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin ani bir şekilde ortaya çıkması ve bu hizmetin kullanımının ertelenemez nitelikte olması sağlığa olan talebin ne zaman ortaya çıkacağını kestirilmesini güç hale getirmektedir. Sağlık hizmeti talebini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep cinsiyet, yaş, gelir, medeni durum, gelir, coğrafi yakınlık, bilgi düzeyi, eğitim, sağlık sigortası gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Bu çalışmada sağlık sigortası sahipliğiyle hastane seçimi ve talep üzerinde ne gibi bir ilişkinin olduğu literatür taranarak anlaşılmaya çalışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Hastalık, Talep, Sağlık Sigortası

HEALTH INSURANCE OWNERSHIP AND HEALTH CARE DEMAND

ABSTRACT

Being healthy or sick is a situation that affects various activities of people. People demand health care to be healthier, to protect themselves from illnesses and to get out of it immediately when they are sick. The peculiar characteristics of health services have led to the necessity of financing these services in various ways. In particular, the sudden emergence of health services and the inability to postpone the use of this service make it difficult to predict when the demand for health will arise. There are many factors affecting health care demand. Demand for health services is affected by variables such as gender, age, income, marital status, income, geographical proximity, level of knowledge, education and health insurance. In this study, it is tried to be understood by examining the literature about the relationship between health insurance ownership and hospital selection and demand.

Keywords: Health Services, Disease, Demand, Health Insurance

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi demircihasanfehmi@gmail.com

1.GİRİŞ

Sağlık denilen kavram insan yaşamı için en değerli hususlardan birisidir. Sağlık ve hastalık durumu bir insanın sosyal, kültürel ve ekonomik aktivitelerini doğrudan etkileyen bir güce sahiptir. İnsanlar sağlıklarını koruyabilmek ve hastalandıklarında da tedavi olabilmek için çeşitli maliyetlere katlanmaktadır. Ancak bir insanın ne zaman, nerede, nasıl ve hangi şartlar altında hastalığa yakalanacağı konusunda bir belirsizlik vardır. Kişinin ağır bir hastalığa yakalanması durumunda tedavi için harcayacağı maliyet gelirinden daha yüksek olabilmektedir. Sağlık hususunda olan bu belirsizlik ve insanların hastalıklardan korunabilmesi amacıyla yürütülen koruyucu hizmetler devletleri bir takım politikalar oluşturmaya zorlamıştır. İnsanların daha nitelikli yaşam standardına sahip olabilmesi için devletler sağlık alanında da düzenlemeler yapmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2014: 179).

Sosyal devlet olmanın gerektirdiği kural sebebiyle özellikle sağlık hizmetleri finansmanı vergi ve primler aracılığıyla sağlayan devletler sağlık hizmeti için yapılan ödemeleri kontrol etmek durumundadır (Şengül ve Bulut, 2019: 201). Özellikle kıt kaynaklar, insanların ödeme güçlüğünden ötürü hizmetlere erişememesi devletleri sağlık finansmanı konusunda bir takım politikalar üretmeleri konusunda yönlendirmiştir (Tatar ve Tiryaki, 2000: 124).

Devletlerin ürettiği sağlık finansmanı ile ilgili politikalar neticesinde bir takım sağlık sigortası türleri ortaya çıkmıştır. Bireylerin ceplerinden yaptıkları ödemeler dışında, finansman sistemlerinin hepsi risk paylaşımı yaklaşımına dayanmaktadır. Sağlık hizmetine gereksinim olmadığı zamanlarda bireyler sigortaya katkı yapmakta ve sağlık hizmetine ihtiyaç anında bu katkılardan dolayı sağlık hizmetlerinin maliyeti düşmekte ya da ücretsiz hale gelmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 87). Bu durum sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde etkili olmaktadır.

2.SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların meydana gelmesini önlemek, hasta olanlara derhal tanı koyarak tedavilerini sağlamak, sakatlıkların önüne geçilmesini sağlamak, sakat kalanlara ise sosyal ve rehabilite edici hizmet sunmak, insanların kaliteli ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen hizmetlerdir.

Sağlık hizmetleri sunumunda çeşitli şahıslar bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sektöründe kar amacı gütmeyen kuruluşlar kadar kar amacıyla kurulmuş çeşitli kuruluşlarda yer almaktadır (Odabaşı, 2001: 27-29).

Sağlık hizmetleri birçok yönüyle diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin direkt olarak insan yaşamına etki etmesi, yokluğu durumunda can kaybı gibi oldukça mühim sonuçlara yol açması sağlık hizmetlerinin kendine has bir takım özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Sağlık ekonomisinin de ayrı bir bilim dalı ortaya çıkmasında bu özelliklerin oldukça büyük bir yeri vardır (Alpugan, 1981). Sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekildedir (Odabaşı, 2001: 27-29);

1. Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısaldır. Talebin ne zaman ortaya çıkacağı bilinemez
2. Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Sağlık hizmetlerinin belli bir alternatifi yoktur. Yerine başka bir hizmet konulamaz
3. Sağlık hizmetleri ertelenemez. Kişi hasta olduğunda veya sağlığını tehlikeye atan herhangi bir durumla karşılaştığında anında sağlık hizmetinden faydalanması gerekir.
4. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hekim belirler. Hasta kendisine sunulan sağlık hizmeti hakkında tam bilgi sahibi değildir. Bu durum bilgi asimetrisine yol açar.
5. Sağlık hizmetlerinde hizmetten faydalananların davranışları irrasyoneldir. Sağlık hizmeti tüketicileri diğer hizmetlerde olduğu gibi aldığı hizmetin faydasını ölçemez. Çünkü sağlık hizmeti tüketicileri sağlık hizmetlerinin kapsamı konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Bu yüzden rasyonel (akılcı) davranamazlar.
6. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek oldukça zordur. Sağlık hizmetlerini önceden alıp tecrübe etmek zordur. Bu yüzden hizmeti alan sağlık sunucularına güvenmek zorundadır.

7. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal bir nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla devlet eliyle yürütülür. Salgın hastalıklarla mücadele gibi durumlar ise topluma faydası olan hizmetlerdir. Bu sağlık hizmetleri sağlama görevi kamu tarafından yerine getirilir.

8. Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez.

3.SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI

Mal ve hizmetlerin üretimi ve dağıtımı piyasa denilen bir alanda gerçekleşmektedir. Piyasanın ana özelliği ise fiyat mekanizmasının işlemesidir. Fiyat mekanizmasının tam anlamıyla işleyebilmesi için de tam rekabet piyasası koşullarının gerçekleşmesi gerekmektedir (Yıldırım vd., 2016: 22). Tam rekabet piyasasının özellikleri şu şekildedir (Sayım, 2011: 91);

1. Homojen ve standartlaştırılmış mal ve hizmetlerin piyasada var olması gerekir
2. Piyasada çok fazla sayıda tüketici ve satıcının bulunması gerekir. Çok fazla sayıda tüketici ve satıcı fiyatı etkilemeyecektir.
3. Hem tüketiciler hem de satıcılar piyasaya serbestçe girip çıkmalıdır.
4. Bu piyasada söz konusu ürün ve hizmetler hakkında tüketici ve satıcılar tam bilgi sahibi olmalıdır.

Bu piyasanın diğer özellikleri ise şöyle sıralanabilir (Yıldırım vd., 2016: 22);

1. Dışsalıklar söz konusu değildir
2. Piyasanın bulunan şirketler maksimum kara erişebilirler. Tüketicilerin de refah seviyeleri en yüksek düzeydedir.
3. Risk ve belirsizlik mevcut değildir
4. Ölçek ekonomisi ve tekeli bir anlayıştan bahsedilemez

Sağlık hizmetlerinde ise arz ve talep birbiriyle ilişki bir haldedir. Sağlık hizmetleri piyasasının, diğer hizmet biçimlerinden çeşitli farklı özellikleri vardır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2014: 309). Bu durum sağlık hizmetlerinde piyasa sisteminin kaynakların dağıtımında etkinliği gerçekleştirmeyeceği, sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığının olduğu iktisat uzmanlarının fikir birliği ettiği bir konudur (Çalışkan, 2008: 38). Sağlık piyasasını diğer piyasalardan farklılaştıran kendine özgü bir takım özellikleri etkili olmaktadır. Bilgi asimetrisi, ihtiyacın ne zaman ortaya çıkacağına belirsizliği, tüketicinin rasyonel davranmaması, tekeli bir yapıya sahip olması gibi özellikler sağlık piyasasını diğer piyasalardan ayırmaktadır (Yıldırım vd., 2016).

Sağlık piyasasının özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Malhan, 2013);

1. Sağlık sektöründe belirsizlik yaygındır. Bir hastalığın ne zaman ortaya çıkacağı tahmin edilemez
2. Sağlık piyasasında hekimler yapay talep oluşturabilme gücüne sahiptir
3. Devlet müdahalesinden dolayı arz ve talebin kesiştiği noktada fiyatın oluşmadığı görülür
4. Sağlık piyasasında alıcı ve satıcı sayısı azdır
5. Monopson piyasa özellikleri görülmektedir
6. Üreticiler ve tüketiciler arasında bilgi asimetrisi vardır
7. Devlet müdahalesi aşırı derecede hissedilir. Rekabet bu durumdan etkilenmektedir.

Kenneth Arrow 1963'de yayınladığı makalesinde sağlık hizmetleri piyasasıyla diğer piyasalar arasındaki farklılıkları şu şekilde sıralamıştır (Arrow, 1963: 143-144);

1. Sağlık hizmetleri talebinin doğası: Sağlık hizmetlerinde talep beklenmedik bir şekilde ortaya çıkabilir. Yani talebin belirsizliği söz konusudur.
2. Hekimin davranışı: Sağlık hizmetleri yapısı gereği tüketilmeden denenmesi mümkün olmayan bir hizmettir. Tüketim esnasında ise hizmeti alanla sunan arasında bir güven ilişkisi olması

zorunludur. Hekimin hastanın refahına yönelik faaliyetlere girişmesi, hastanın çıkarını düşünmesi diğer mesleklerden ayrılmasına neden olmaktadır.

3. Belirsizlik: Sağlık hizmetleri dışındaki diğer mal ve hizmetler hakkında bilgi önceden tüketenlerin deneyimlerinden elde edilebilir. Ancak sağlık hizmetleri kişinin bir takım özelliklerine göre farklılık gösterdiği için ve kişiye özgü olduğu için diğer mal ve hizmetlerden farklılaşır. Kişinin ne zaman hasta olacağı, hastalığının iyileşip iyileşmeyeceği konusunda belirsizlikler mevcuttur.
4. Sağlık hizmetleri arzının doğası: Öncelikle sağlık mesleklerine girebilmek için çeşitli eğitimler almak gerekmektedir. Bu eğitimlerin maliyeti ise oldukça yüksektir. Aynı zamanda bu eğitimin kalitesi sürekli değerlendirilmelidir. Diğer bir konu ise sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi vardır. Bu durum hekime talep yaratma ve fiyat belirleme gücü vermektedir.
5. Fiyatlandırma ile ilgili düzenlemeler: Sağlık hizmetleri fiyatı çoğu ülkede üçüncü bir tarafa yüklenmektedir. Bu durum sağlığın finansmanı olarak adlandırılmaktadır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Bir sağlık hizmeti finansmanının amacı devamlı, sürdürülebilir bir kaynak yaratmak suretiyle insanların finansal anlamda sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89). Sağlık hizmetlerinin finansmanı istenilen bir seviyede sağlık hizmetlerinin bireylere sunulabilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan mali kaynakların sağlanmasıdır (Çelikay ve Gümüş, 2014: 187). Bu mali kaynaklar kamusal kaynaklardan veya piyasadan elde edilmeye çalışılır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını büyük oranda doğrudan ve dolaylı vergiler oluşturur.

Sağlık hizmeti sunucularıyla sağlık hizmetini finanse edenlerin arasında gerçekleşen süreç ve sistem sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak adlandırılır (Güvercin vd., 2016: 82). Sağlık hizmetlerinin finansmanı sisteminde hizmeti alan ve hizmeti sunan arasında üçüncü bir tarafın olduğu görülmektedir. Bu taraf hizmeti alan ile hizmeti veren arasında finansman rolünü üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı hizmeti sunanlar ile finanse edenler arasında bir kaynak değişimini veya bir transfer sürecini ifade etmektedir (Tatar, 2011: 105). Bu sistemde üçüncü tarafın bulunmasının sebebi sağlıkta risk faktörlerinin belirsizliğidir. Çünkü bir kişinin ne zaman hasta olacağı ve hastalığının boyutunun ne olacağı önceden kestirilemez. Kişinin maruz kaldığı hastalığın tedavisi bütçesini aşabilir. Bu sebeple üçüncü tarafın varlığı kişinin sağlık hizmetine ulaşmasını ve bu hizmetten faydalanmasını sağlamaktadır.

Türkiye’de sağlık sigortacılığı bağlamında sorumlu kurum SGK’dır. Bu kurum kamu ve özel sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti satın alma yoluyla faaliyet gösterir. Türkiye’de sağlık hizmetleri iki yöntemle finanse edilir. Birinci kamu kaynaklı ikincisi ise özel kaynaklı finansman yöntemidir (Güvercin vd., 2016: 84).

Kamu kaynaklı finansman yöntemleri, sosyal sağlık sigortası ve vergiler; özel kaynaklı finansman yöntemleri, özel sağlık sigortası, cepten ödeme ve tıbbi tasarruflardır (Güvercin vd., 2016: 84).

Vergilerle finansman yönteminde bir havuz oluşturmak esastır. Ülke vatandaşlarından toplanan vergiler bir havuzda biriktirilmekte ve dağıtımı gerçekleştirilmektedir. Bu vergilerden sağlığa ayrılan pay çeşitli politikalara göre belirlenmektedir. Vatandaşlar ödedikleri bu vergilerle sağlık hizmetlerine katkı sağlarlar ve hizmeti kullanırken belirlenen bu katkı payı dışında herhangi bir ödemede bulunmazlar (Tatar, 2011: 112).

Sosyal sağlık sigortasında ise vergiler son derece önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal sağlık sigortası, insanların belirli oranlarda prim ödeyerek sigorta kapsamına alındığı bir sistemdir (Güvercin vd., 2016: 86) Sosyal sigorta sisteminde sosyal sağlık sigortaları gelirlerinin hangi oranlarda ücrete dayalı primlerle finanse edildiğini ve toplam sağlık harcamalarının ne kadarının sağlık sigortaları tarafından karşılandığını bulmak sağlık hizmetlerinin hangi oranlarda ücrete dayalı primlerle finanse edildiğini tespit etmenin iki yoludur. (Yaşar, 2007: 150).

Özel sağlık sigortası yönteminde bireylerin veya kurumların sağlık risklerini sigortalayan ve geri ödeme kurumu olan özel sağlık sigortasıdır (Tatar, 2011: 114). Özel sağlık sigortasında genellikle bireylerin gönüllülüğü esastır. Bu sistem özel sağlık sigortası kuruluşları sağlık hizmetini alan ile bu hizmeti sunanlar arasında bir aracı rolü üstlenmektedir (Güvercin vd., 2016: 87). Bir başka tanıma göre özel sağlık sigortası kamunun finanse etmediği bölümü güvence altına almayı hedefleyen bir sistemdir (Öz, 2008: 15). Özel sağlık sigortası yönteminin bir takım avantajları bulunmaktadır. Bu yöntemin en büyük avantajı gelir seviyesi yüksek olan bireylerin bu sigorta yöntemini seçmesi özendirilmek suretiyle kıt kamu kaynaklarının dezavantajlı gruplara aktarılmasını sağlamasıdır (Tengilimioğlu vd., 2018: 308).

Tıbbi tasarruf hesabı kişilerin kendilerine ait bir banka hesabına para yatırması ve bu parayı sadece karşılaşacakları sağlık riskleri durumunda kullanabilmeleridir (Tengilimioğlu vd., 2018: 309).

Cepten yapılan ödemelerde sağlık hizmetlerinin finansmanını kişiler kendileri karşılamaktadır. Bu sistem kişilere herhangi bir finansal koruma taahhüt etmemektedir. (Tengilimioğlu vd., 2018: 309). Ancak bu sistem başlı başına sağlık hizmeti finansman yöntemi olarak ele alınmaz çünkü hastalığın ne zaman, nerede, hangi şartlar altında ortaya çıkacağı ve maliyetinin ne olacağı önceden kestirilemez. Bu yüzden bu sistem hakkaniyet ve risk konusunda istenmeyen sonuçlara neden olabilir (Tatar, 2011: 114).

5.SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIĞA TALEP

Son yıllarda dünya genelinde kişilerin sağlık hizmetine ayırdığı pay artmaktadır. Çünkü dünya genelinde yaşlı nüfusu artmakta ve kronik hastalıklar daha fazla kişide görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetine olan talebi yükseltmekte ve ülkelerin sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Sağlık hizmetleri kaza ya da bir hastalık sonucu kişilerin zarar görmesi sonucunda bu zararın en kısa sürede ortadan kaldırılması amacıyla talep edilen bir hizmettir (Leibowitz, 2004: 666). Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi bu hizmetlerde çeşitli risk ve belirsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık sisteminin kendine has özellikleri bu hizmetlerin finanse edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Özellikle sağlığa olan talebin ani bir şekilde ortaya çıkması ve sağlık hizmeti alım ihtiyacının ertelenemez nitelikte olması üçüncü tarafın fon sağladığı bir finansman sistemini ortaya çıkarmıştır (Manavgat, 2018: 445). Bu durum sigorta kuruluşlarının üçüncü bir taraf olarak sağlık hizmetlerinin finansman rolünü üstlenmelerini beraberinde getirmiştir. Kişiler bir takım finansman yöntemleriyle risk ve belirsizlik ortamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde maliyetler oldukça fazla olabilmektedir. Bireylerin yapacağı sağlık harcamaları bazı durumlarda bütçelerini aşabilmektedir. Sağlık sigortasına sahip olmayan bireylerin bazı durumlarda sağlık harcamaları artmaktadır. Sağlık sigortasına sahip olmayan bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda bu hizmeti satın almak için yapacağı harcamalar yüksek miktarlarda olabilmektedir. Özellikle sigorta sahibi olmayan kişilerin yapacağı sağlık harcamaları katastrofik sağlık harcamaları olarak nitelendirilir. Bu harcamalar kişilerin refah seviyesini düşürmekte ve yoksullaşmaya sebep olmaktadır (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018). Sağlık sigortası yoluyla kişilerin yapacağı bu ödemeler azalmakta ve sağlık hizmetlerinden düşük miktarlarda ödedikleri primler yoluyla faydalanabilmektedirler. Sosyal devlet anlayışıyla hareket eden devletler artan sağlık harcamalarından bireyleri korumak amacıyla çeşitli programlar oluştururlar. Ülkemizde var olan genel sağlık sigortası sistemi sağlık harcamalarını düşürmekte ve kişilerin az miktarda prim ödeyerek finansmana katılmasını sağlamaktadır (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018). Kısacası sağlık sigortası sağlık harcamalarını azaltarak kişilerin sağlık hizmeti talebini artırmaktadır.

Kişilerin bir takım sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmaları sonucunda herhangi bir sağlık tesisinden bu sorunun çözümü için faydalanabilme olanağı sağlık hizmetleri talebi olarak adlandırılmaktadır (Yaylalı vd., 2012: 564). Sağlık hizmetleri kendine has yapısından dolayı bu hizmetlere olan ihtiyaç, talep ve bu hizmetlerin kullanımı birbiriyle oldukça ilişkili olmaktadır. İnsanların sağlık hizmetlerini talep etmelerinde var olan ihtiyaçlarına göre faydalarını maksimum düzeye çıkarmak istemeleridir (Campbell vd., 2000: 1612) Sağlık hizmetlerinde talep hasta tarafından başlatılmakta hekimlerde bu talebe çeşitli

şekillerde cevap vermeye çalışmaktadırlar (Yaylalı vd., 2012:565). Kişilerin sağlık hizmeti talebini belirleyen birçok etken söz konusudur. Fiyat, gelir düzeyi, demografik veriler, zaman maliyeti, sağlık sigortası sahipliği, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi faktörler kişilerin sağlık hizmeti tüketiminde belirleyici unsurlardır. (Havemann ve van der Berg, 2002: 19) göre ise sağlık hizmetlerinin talebinin belirleyicileri arasında üç faktör dikkat çekmektedir. Bunlar demografik ve yerel değişkenler (gelir, yaş gibi), sağlanan bakımın niteliği (sigorta, maliyet, mesafe gibi), hastalıkların özellikleridir (hastalığın şiddeti gibi).

Sağlık sigortasına sahip olmak bireylerin cepten yapacağı ödemeleri düşürür ve böylelikle sağlık hizmetlerine olan talebi artırabilir (Akt. Manavgat, 2018: 445; Henderson, 2005: 142). Sağlık hizmetlerinde talebin ve fiyatların belirsizlik durumu kişileri kimi zaman yüksek maliyetlerle karşılaştırabilir. Sağlık denilen husus insanlar için en önemli değerlerden biridir ve kişi hastalandığı zaman hizmetin maliyetine bakılmaksızın tedavi edilmelidir. Sağlık sigortası kişileri karşılaştıkları sağlık risklerine karşı koruma görevi üstlenmiştir. Kişiler prim ödemek yoluyla sağlık risklerini finanse ederler ancak çoğu zaman hizmeti aldıkları anda ödedikleri maliyete daha çok önem vermektedir (Manavgat, 2018:449). Sağlık sigortası böyle durumlarda kişilerin karşılaştığı fiyatları düşürdüğü için sağlık hizmetine yönelik talebi artırmaktadır. Hastalar sağlık hizmeti kullanım esnasında cepten ödeme yapma durumuyla karşılaşır ancak sigorta sahipliği ücretleri düşürür ve sağlık hizmeti talebini artırır (Wong vd., 2010: 28). Eğer sağlık hizmetlerinin devlet eliyle ücretsiz bir şekilde karşılanması veya zorunlu sağlık sigortası kapsamında ücretsiz bir şekilde sunulması durumunda sağlık hizmetlerinin fiyatı sıfıra yaklaşacak ve böylelikle fiyat talep üzerinde etkisiz kalacaktır (Mutlu ve Işık, 2012:82). Sağlık hizmetlerinin talebinde öteki mal ve hizmetlere kıyasla fiyatın etkisi daha azdır (Kurtulmuş, 1998:157). Sağlık hizmetlerinde talebin esnekliği inelastik olmaktadır (Gerdtham vd., 1999:503).

Sağlık sigortası sahipliği sağlık hizmeti alımına karar verirken daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti alternatiflerini seçme şansını artırabilmektedir. Örneğin sigortası olan kişiler bir sağlık hizmeti alımına karar verirken tercihlerini özel hastanelerden yana kullanabilmektedirler (Hotchkiss, 1998: 234). Türkiye’de de devlet sağlık sigortasına sahip hastaların özel hastanelerden de sigorta kapsamında faydalanabilmesinin önünü açmıştır. Bu durum sağlık sisteminde rekabeti sağlamış aynı zamanda hastaların sağlık hizmetleri alternatifini çoğaltmıştır (Akıncı vd., 2005: 6). Bu alternatifler kişilerin sağlık hizmeti talebini artırıcı bir etki gösterebilmektedir. Bir başka çalışmada Havemann ve van der Berg, (2002: 236) herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmanın özel bakım hizmetlerini seçme ihtimalini artırdığını söylemektedirler. Hastaların hastane seçimi üzerinde birçok etken söz konusudur. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası hastane seçiminde oldukça etkili bir faktördür (Adaman Adaman vd., 2009: 39). Özel sağlık sigortasıyla özel ve kamu hastane tercihi arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada Srivastava ve Zhao (2008: 30) özel sağlık sigortasıyla özel hastane tercihi arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Ayanian vd., (2015: 2065) ise sağlık sigortasına sahip olmanın özel sağlık hizmetleri tercihinin artırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Yine bir başka çalışmada sağlık sigortası sahipliğinin yatış gerektirmeyen tedavilerde de hastane yatışlarını artırdığını sonucuna ulaşmıştır (Weissman vd., 2015: 2391).

Ayakta sağlık hizmeti alan hastalarla görüşmek suretiyle hazırladığı çalışmada Acton (1975: 607) eğitilmiş insanların, sağlık sigortasına sahip olanların ve kadınların daha çok sağlık hizmeti talebinde buldukları sonucuna ulaşmıştır. Andersen v Newman’a (2005: 9) göre ise bir hastaneden hizmet alınmasında 3 önemli husus söz konusudur. Bunlar yaş, cinsiyet, ırk/etnik grup faktörleridir. Kolaylaştırıcı durumlar arasında ise sigorta kapsamı, gelir, uzaklık gibi bir takım koşullar mevcuttur. Sigorta sahipliği hizmetin kullanımı esnasında hastanın cebinden herhangi bir ödeme yapmadan bu hizmetten faydalanmasını sağlar. Bu durum kişilerin sağlık hizmeti alımına karar vermelerinde kolaylaştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Al-Ghanim'e (2004: 20) göre ise kamu veya özel sağlık hizmetlerinden hizmet talep edilmesinde eğitim durumu, algılanan sağlık düzeyi, gelir, cinsiyet, sağlık sigortası gibi faktörler etkilidir. Gelir durumu sağlık hizmetini talebini artıran temel etkenlerden birisidir. Nitekim bir başka çalışmada tıpkı gelir gibi sağlık sigortasına sahip olmanın tedavi hizmetlerine olan talebi yükselten faktörler arasında yer almaktadır (Saeed, 1998: 422).

6.SONUÇ

Artan yaşlı nüfus, kronik hastalıkların çoğalması, eğitim seviyesinin yükselmesiyle kişilerin sağlık konusunda daha duyarlı hale gelmesi, gelirdeki artış, yaşam tarzındaki değişimler kişilerin sağlık hizmeti talebini artırmaktadır. Kişiler artık hastalıklardan korunmak, hastalandıklarında tedavi olmak ve sağlık kalitelerini yükseltebilmek için daha fazla sağlık hizmeti talep eder hale gelmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin maliyetli oluşu kişilerin bu yüksek maliyetten korunması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu durum sağlık sigortasının ortaya çıkmasına ve gelişmesine olanak sağlamıştır.

Sağlık hizmeti talebine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, ulaşım, sağlık hizmetlerinin fiyatı, sağlık sigortası sahipliği, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Kişilerin sağlık sigortasına sahip olması cepten yapılacak olan ödemelerde düşüşler meydana getirecektir ve bu durum kişileri aşırı maliyetten koruyacaktır. Kişilerin bu şekilde güvence altına alınması sağlık hizmetine olan talebi artıracaktır. Herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmak gerek sağlık hizmeti talebini artıracak gerekse hastane seçimine etki edecektir.

KAYNAKÇA

- Acton, J. P. (1975). "Nonmonetary Factors in The Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence", *RAND Corporation*, 83(3), 595–614.
- Adaman, F., Ardiç, O. P., & Erus, B. (2009). "Hospital Choice : Survey Evidence from Istanbul", *Türkish Studies*, 10(3), 37–41.
- Akıncı, F., Esatoğu, A. E., Tengilimioğlu, D., & Parsons, A. (2005). "Hospital Choice Factors: A Case Study in Turkey", *Health Marketing Quarterly*, 22(1), 3–19.
- Al-Ghanim, S. A. (2004). "Factors Influencing the Utilisation of Public and Private Primary Health Care Services in Riyadh City", *Journal of King Abdulaziz University*, 19(1), 3–27.
- Alpugan, O. (1981). *Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözülmesi*, Doçentlik Tezi, Ege Üniversitesi.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 1–28.
- Arrow, K.J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53(3), 941-973.
- Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A., & Zaslavsky, A. M. (2015). "Unmet Health Needs of Uninsured Adults in The United States", *Journal of the American Medical Association*, 284(16), 2061–2069.
- Çalışkan, Z. (2008). "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29–50.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). "Defining quality of care", *Social Science & Medicine*, 51(2000), 1611–1625.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2014). "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177–216.
- Gerdtham, U., Johannesson, M., Lundberg, L., & İsaacson, D. (1999). "The demand for health : results from new measures of health capital", *European Journal of Political Economy*, 15(1999), 501–521.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., & Tarım, B. (2016). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 7(13), 80–94.
- Havemann, R., & van der Berg, S. (2002). "The Demand for Health Care in South Africa", *Journal for Studies in Economics & Econometrics* 27(3), 1–27
- Henderson, J. W. (2005). *Health Economics and Policy*, Minnesota: South- Western Thomson.
- Hotchkiss, D. R. (1998). "The Trade Off Between Price and Quality Of Services İn The Philippines", *Social Science&Medicine*, 46(2), 227–242.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, (85), 86-99.
- Kurtulmuş, N. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Leibowitz, A. A. (2004). "The demand for health and health concerns after 30 years", *Journal of Health Economics*, 23(4), 663–671.
- Malhan, B. S. (2013). *Ekonomi*, <http://www.hta.gov.tr/pdf/STD-20.02.2013-S.MALHAN/SAGEM1.1.pdf>. (Erişim Tarihi: 07 Aralık 2019).
- Manavgat, G. (2018). "Türkiye’de Sigorta Sahipliğinin Hanehalklarının Sağlık Harcamalarına Olan Etkisi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında bir Uygulama", *Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(9), 17–20.
- Mutlu, A., & Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Yayınları.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
- Öz, E. (2008). *Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Saeed, K. S. Bin. (1998). "Factors Affecting Patients ’ Choice of Hospitals", *Annals of Saudi Medicine*,

18(5), 420–424.

- Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2014). “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Araştırma”, *İş ve Hayat Dergisi*, 2(4), 293–342.
- Sayım, F. (2011). “Sağlık Finansmanının Yürütüldüğü Piyasanın Özellikleri”, F. Sayım (Ed.), *Sağlık Piyasası ve Etik (86–97)*, Bursa: MKM Yayıncılık.
- Srivastava, P., & Zhao, X. (2008). “Impact of Private Health Insurance on the Choice of Public versus Private Hospital Services Impact of Private Health Insurance on the Choice of Public versus Private Hospital Services”, *HEDG Working Paper*, 17(08), 1–40.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2019). “Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis ile İlişkili Gruplar”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 196–209.
- Tatar, M., & Tiryaki, D. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 124-138.
- Tatar, M. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103–133.
- Tengilimioğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2018). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara: Nobel Yayınları.
- Tokatlıoğlu, İ., & Tokatlıoğlu, Y. (2018). “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2002-2014 Dönemi”, *Sosyoekonomi*, 26(35), 59–78.
- Weissman, J. S., Gatsonis, C., & Epstein, A. M. (2015). “Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland”, *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2388–2394.
- Wong, I. O. L., Lindner, M. J., Cowling, B. J., Lau, E. H. Y., Lo, S., & Leung, G. M. (2010). “Measuring moral hazard and adverse selection by propensity scoring in the mixed health care economy of Hong Kong”, *Health policy*, 95(1), 24–35.
- Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., & Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi : Erzurum İlinde Bir Araştırma”, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 12(4), 563-573.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., & Akbulut, Y. (2016). Sağlık Sigortacılığı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.