

HASTANELERDE ARZ KAYNAKLI GEREKSİZ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ HASTA ALGISI ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Tuğba DURMAZ¹
Ramazan ERDEM²

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde hekim ve hasta arasındaki asimetrik bilgi, bu piyasayı diğer hizmet sektörlerinden ayrı kılmaktadır. Hizmet talep eden tarafın hizmet sunan tarafı kendine vekil kılması ile başlayan bu süreç vekâlet ilişkisi içerisinde işlemektedir. Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi içerisinde hekimler her zaman kendilerinden beklenen ahlâklı davranışı sergilemeyebilir. Bu hususta yaşanabilecek ahlâki problemler, bilgi asimetrisi dolayısıyla hasta tarafından gözlemlenemeyeceğinden etik boyutta bu ilişkiyi çıkmaza sürüklemektedir. Maddi çıkar güdüsüyle hareket eden hekimler gereksiz sağlık hizmeti kullanımına zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmada arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı, hasta algısı üzerinden incelenmiştir. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezindeki 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 460 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması yapılarak geliştirilen Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Anketi kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarında, eğitim düzeyinin gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısını etkilediği tespit edilmiştir. Hastaların, hekimlerin maddi kazançına yönelik algılamalarının yaş düzeylerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Asimetrisi, Vekâlet Teorisi, Hekim Kaynaklı Talep, Arzın Talep Yaratması

THE EVALUATION OF THE SUPPLY ROOTED UNNECESSARY USE OF HEALTH SERVICES IN HOSPITALS IN THE ASPECT OF PATIENT PERCEPTIONS

ABSTRACT

The asymmetric information level of a doctor and a patient separates the field of health services from other service sectors. In the health services

* Bu çalışma, 4655-YL1-16 numaralı proje ile Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü tarafından desteklenen “Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tezinin bazı değişiklikler yapılarak makale biçimine dönüştürülmüş halidir.

¹ Bilim Uzman , Süleyman Demirel Üniversitesi-Sağlık Yönetimi Bölümü-tugba.varol.9@hotmail.com

²Prof.Dr, Süleyman Demirel Üniversitesi-Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

the period of deputation between customer and supplier starts with the customer making the supplier his/her proxy. In health services, doctors may not always exhibit the expected ethical behaviour in agency relationships. The ethical problems that might be experienced in such cases, would lead to dead ends in the relationships due to an asymmetric information level, and thus, cannot be observed by a patient. Doctors who act with pecuniary advantage, lead up to unnecessary use of health services. In this thesis, supply based unnecessary use of health services examined of the aspects of patients' perceptions. The population of the research comprise of individuals over the age of 18 in the city of Isparta. For the scope of this research 460 patients have been reached out to. As a data collecting tool in this research "The Supply Based Unnecessary Use Of Health Services" questionnaire improved by literature scans, is used. In the conclusions of the research it is determined that the level of education has an influence on the perception of unnecessary use of health services. It was concluded that physicians' perceptions of financial gain showed significant difference according to the age of patients.

Keywords: *Asymmetric Information, Agency Theory, Physician Induced Demand, Supplier Induced Demand*

GİRİŞ

Hasta-hekim ilişkilerinin giderek ticarileşmesiyle birlikte sağlık hizmetlerindeki öncelikli amaç yerini ticari kaygıya bırakmış ve bu alanda pazar zihniyeti hakim olmuştur. Bu anlayışla amacı dışında işleyen sağlık hizmetleri pazarında hekimler, hastalarla aralarındaki bilgi farkından faydalanarak onların gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olabilmektedir. Bu noktada ahlâki bir tehlike boy göstermektedir çünkü hasta, kendine hizmet sunan ve aynı zamanda da kendi talebini belirleyen hekim ile aynı tıbbi bilgiye sahip olmadığından hekim kararlarını sorgulama gücünden yoksun olup onun belirleyeceği hizmeti tüketmek durumundadır.

Sağlık ekonomisi üzerinde çalışanlar, hekimlerin hem hizmet "arz eden", hem de aynı zamanda hizmet talebinde bulunan tarafın vekili oldukları için hizmet "talep eden" olmalarından dolayı taşıdıkları ikili rol üzerinde sıkça durmaktadırlar (Newhouse, 1987: 269). Bahsi geçen ikili rolde, hekimlerin hastaları adına bazı hizmetleri yapması ile vekâleten karar ve yetki almasını kabul gören bir sözleşme ilişkisi bağlamında işleyen bu süreç vekâlet teorisi olarak tanımlanmaktadır (Jensen and Meckling, 1976: 308). Sağlık hizmeti sunucuları, ellerinde bulunan talebi yönlendirme gücünü manipüle ederek kendine hizmetlerine teşvik oluşturabilmektedirler (Evans, 1974; Noguchi and Shimizutani, 2005: 5). Bu durum, arzın talep yaratması problemini doğurmakta (Guinness and Wiseman, 2011: 129) ve bu problem hekimlerin sağlık hizmetleri talebini etkileyip etkilemediği konusunu sağlık ekonomisi

literatüründe en çok tartışılan konulardan biri haline getirmektedir. Arzın talep yaratması bağlamında, hekimlerin kendi hizmetlerini pazarlayarak hizmet talebini artırmaya çalıştıkları tartışılmaktadır (Auster and Oaxaca, 1981: 327-328). Bu durumun gerçekleşmesi halinde, sağlık hizmeti talebinde bulunanların kullanacağı hizmet miktarının ve fiyatının artacağı aşikârdır (Gaynor and Vogt, 1999: 8; Leonard, 2002: 64).

1. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA TALEP VE ARZ İLİŞKİSİ

Mal ve hizmet tahsisatının en yaygın yöntemi piyasadır (Normand, 1991: 1572). Sağlık hizmetleri, piyasada alınıp satılabilen hizmetlerdir ve bu hizmetlerin fiyatı olduğundan arz talep durumlarına göre de seviyesi belirlenen hizmetler grubundadır (Altay, 2007: 36-37). Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin oluşumu ile bunun gerçekleştiği süreçler, yapılar ve düzenler sağlık hizmetleri sistemi işleyişinin temel unsurlarıdır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sektörü ile piyasanın temelini oluşturup devamlılığını sağlayan asıl faaliyetlerin yer aldığı sağlık hizmetleri mekanizmasında arz ve talebin ortak amacı; bireylerin sağlıklı olmasını sağlayıp, bu sağlığın korunup geliştirilmesi yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır (Sargutan, 2005: 403).

Bireylerin herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşması durumunda sağlık kurumlarından yararlanabilmesi sağlık hizmetlerindeki talebi tanımlamaktadır (Mills ve Gilson, 1998: 44). Sağlık hizmeti talebinde hastaların satın alacağı hizmeti etkileyen altı faktörün varlığıyla talebin şekilleneceğinden söz edilmektedir: “*The “six Ps”*: the patient, the physician, the pharmacist, the third-party payer, the pharmaceutical benefit manager, and the public policy maker.”³ Genellikle hastanın vekili olarak hekimlerin ve hizmet sunuculara yapılan ödemelerin bu grup içerisinde daha belirleyici etken olduğu vurgulanmaktadır (Berndt and Donohue, 2008: 145). Bu hususta, ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti talebinde bulunan hastanın, kendisinin talebini belirlemesi için vekâletini verdiği hekime güvenerek onun alacağı kararlara itimat etmesiyle sağlık hizmetlerindeki talebin büyük oranda hekim tarafından belirlenip yönlendirildiğini söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerindeki talepte hekim, hastasının *talebini belirleme* yetkisini elinde bulundurduğundan bu alandaki gerçek ihtiyacı sorgulamak güçtür. Ahlâki boyuttan bakıldığında, bu durumun gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve israf gibi sorunlara yol açacağını söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde arz ise sağlık hizmeti veren kurumlar ile beraber sağlık personeli kapsamında kabul edilen hekimler, hemşireler,

³“The “six Ps” bileşeni: hasta, hekim, eczacı, üçüncü ödeyici, farmasötik çıkar grupları, politika belirleyiciler.

klinisyen ve benzeri diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (Jack, 1999: 38). Normal piyasada olduğu gibi sağlık hizmetleri piyasasında da arz miktarı, fiyat arttıkça artar; fiyat azaldıkça azalır. Fiyat ile arz miktarı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Sağlık hizmeti sunucularının hizmetin artan fiyatına bağlı olarak daha fazla kazanç elde etmek adına daha çok hizmet sunmak isteyecekleri aşıkârdır. Bu sebepten sağlık hizmetlerinde arz eğrisi doğrusaldır ve arz, fiyata bağlı olarak artmaktadır. Ancak bu süreç oldukça yavaş işlemektedir. Diğer piyasalardaki gibi artan fiyata bağlı olarak sağlık hizmetleri arzında hızlı bir artış söz konusu değildir. Bu alandaki personelin yetişme zorluğu, hastane kurulması vs. zaman alacağından sağlık hizmetleri arzının sağlık hizmetlerine talebine ve bu talep ile söz konusu olabilecek fiyat artışına hemen cevap veremeyeceğini söylemek mümkündür.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE VEKÂLET TEORİSİ

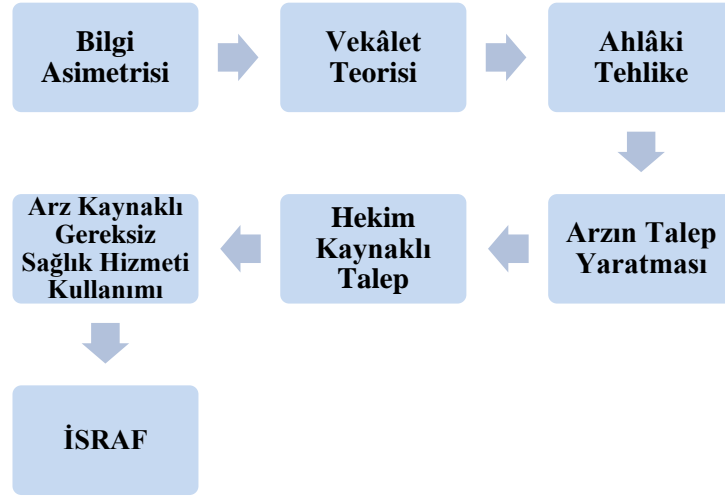
Sağlık hizmetlerinde hizmet talep edenlerin kendileri için hangi tedavinin uygun olduğunu bilmemesi durumu hizmet sunucuları ile aralarındaki “*information asymmetry*” (bilgi asimetrisi)’den kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, tüketilecek hizmetin belirlenmesi konusunda en iyi bilgi sahibi ve karar vericidir (Hicks, 2014: 185).

Sağlık ekonomistlerinin çoğu hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi sebebiyle sağlık hizmetleri piyasasında tüketici egemenliğinin olamayacağını öne sürerek genellikle hekim-hasta ilişkisinin “*agency theory*”⁴ kapsamında değerlendirilebileceği düşüncesindedir (Şahin, 2004: 213) ve sağlık hizmetlerinde hekim-hasta arasındaki iletişim şekline vekâlet teorisi altında yaklaşmıştır. Sağlık hizmetlerinde “*agency relationship*” (vekâlet ilişkisi) genellikle (Vick and Scott, 1998: 587), sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaların bilgi asimetrisi sebebiyle hangi hizmetten ne miktarda tüketmesi gerektiğini bilmemesi hususunda kendilerine vekil (agent) kıldığı sağlık hizmeti sunucularının; tüketilecek hizmeti belirlemesi ve hastaları adına hareket etmesi olarak tanımlanmaktadır. Hekim, hastası için uygun olan tedaviye karar vermede en bilgili kişi olduğundan hasta, hekimin verdiği kararlara uymak durumundadır (Jack; 1999: 121; Dranove, 2000: 14; Guinness and Wiseman, 2011: 129). Bu durum hizmet talep eden tarafın kullanacağı hizmetin nicelik olarak daha fazla ve pahalı olmasına sebep olmaktadır (Gaynor and Vogt, 1999: 8; Leonard, 2002: 64; Legarde, 2011: 150).

Vekâlet teorisi kapsamında sağlık hizmetleri sektöründe hekim ve hasta arasındaki anlaşmazlıkların çoğunun asimetrik bilgiden kaynaklandığını

⁴Aracı teori: Sağlık hizmetlerinde, tüketilecek hizmetin türünü ve miktarını belirlemesi hususunda hastanın hekimi kendine vekil kılması ile hekimin arz ve talebi aynı anda temsil etmesi

söylemek mümkündür. Hastanın hekimini vekil kabul ederek kendisinin talep edeceği hizmeti belirleme yetkisini *vekiline* vermesi ahlâki bir tehlike doğurmaktadır. Ahlâki tehlike, arzın talep yaratması problemine zemin hazırlamakta ve sağlık hizmetlerinde bu durumdan kaynaklı hekim kaynaklı talep riski bulunmaktadır. Hekimler *talebini yönlendirdikleri* hastalarını gereksiz sağlık hizmeti kullanımına teşvik edip bu alanda bir israf oluşturabilmektedir. Şekil 1’de bilgi asimetrisi kaynaklı sağlıkta israf problemi arzın talep yaratması bağlamında aşamalı olarak ele alınmıştır.



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

3. ARZ KAYNAKLI GEREKSİZ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Klasik iktisatta *Say Yasası* olarak bilinen “*her arz kendi talebini yaratır*” ifadesi Jean Baptiste Say’ın kitabından⁵ yola çıkarak oluşturulmuş bir doktrindir. Sağlık hizmetleri piyasasında arzın talep yaratması problemi içerisinde bu ilke kendini göstermektedir. Buna göre arza bağlı olarak kendiliğinden ortaya çıkan talebin iktisadi anlamda (Roemer’s Kanununda⁶ bahsedildiği gibi) sağlık hizmetleri piyasasındada arz tarafından tetiklendiği

⁵ Bknz: Jean Baptiste Say “A Treatise on Political Economy or the Production, Distribution and Consumption of Wealth”

⁶Roemer’s Law: “A built bed is a filled bed”, sağlık ekonomisinde “inşa edilmiş yatak doldurulmuş yataktır” düşüncesi

söylenebilir. Yani klasik iktisatta olduğu gibi sağlık hizmetleri talebinde de arzın yarattığı bir durum söz konusudur.

Sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetleri arzının talebi tetikleyip değiştirdiğine dair yapılmış çokça çalışma bulunmaktadır (Fuchs, 1978: 1). Sağlık sektörünün bilgi yoğun bir alan olması ve hizmet sunanların hizmet alanlar karşısındaki bilgi üstünlüğünü, ticari kazanç güdüsüyle kullanması durumu “*gereksiz ve aşırı talep*” sorununa zemin hazırlamaktadır (Ünal, 2012: 188). Sağlık hizmetleri sunumunda hekimlerin hem hizmet sunan hem de hizmet talep eden bir konumda olması ile hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi, arzın talep yaratması problemine neden olmaktadır. Hizmet talebini belirleyen ve hizmet sunan tarafın -hekimlerin- taşıdığı bu ikililik, sağlıkta gereksiz hizmet kullanımı başta olmak üzere diğer birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Arz ve talebin aynı kişi tarafından belirlenmesi hususunda sağlık hizmetleri talebinin şişirildiği ve arz kaynaklı bir talebin varlığından söz edilebilir. Neyi talep edeceğini bilmeyen taraf (hastalar) ile bu kişilerin düşünce ve eylemlerini yönlendirebilecek güçte olan hizmet sunucuların ilişkisi etik boyutta bir takım problemlere gebecektir. Söz konusu talepte hekim kararlarının (bu alanda kendilerinden daha az bilgi sahibi olan) hastalar tarafından sorgulanamazlığı; gerçek talebin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde arzın etkisi ve hekimlerin klinik özgürlüğü daima göz önünde bulundurulmalıdır.

3.1. Arzın Talep Yaratması Problemi

Sağlık ekonomisi konusunda çalışanlar, sağlık hizmetleri piyasasındaki belirsizlikler ile hekimlerin hem hizmet arz eden taraf, aynı zamanda hem de hizmeti talep eden tarafın (hastanın) vekili “*agent*” olması sebebiyle taşıdıkları ikili rol üzerinde sıkça durmaktadırlar (Newhouse, 1987: 269). Sağlık hizmetleri sunumunda hekim hem arz oluşturmada, hem de hastanın vekili olarak talebi temsil etmektedir (Wennberg et al., 1982: 811). Sağlık hizmet sunucularının kâr maksimizasyonu amacıyla hareket edip gelirlerini artırmak için bilgi asimetrisini kullanmaları, Arzın Talep Yaratması (*Supplier-Induced Demand*) Problemini doğurmaktadır (Guinness and Wiseman, 2011: 129). SID problemi, sağlık ekonomisinde en çok tartışılan konulardan biridir (Peacock and Richardson, 2007: 267).

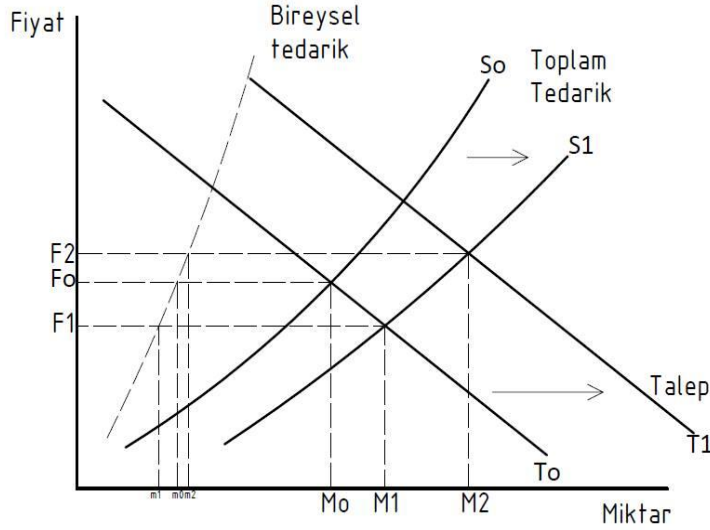
Hekimler, hastası için ya “*mükemmel ajan*”⁷ rolünde ihtiyaç duyulan hizmeti doğru miktarda sunar; ya da bilgi asimetrisini kullanarak kâr maksimizasyonu güdüsüyle ihtiyaç duyulmayan hizmetleri de sunar. “*İnşa edilmiş yatak doldurulmuş yataktır*” cümlesi (Çelik, 2011: 54), literatürde “*A built bed is a filled bed*” şeklinde “*Roemer’s Law*”⁸ olarak geçmektedir.

⁷ Vekâlet ilişkisi teorisinde mükemmel ‘agent’, vekil.

⁸ Bknz: Roemer Yasası 1961.

“Yatak varsa hasta da vardır” kuralıyla işleyen bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde arz kaynaklı talebin varlığını ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde arzın yarattığı talebi Jack (1999: 145) Şekil 2’deki gibi açıklamıştır. Jack, arz artışının daha kârlı olacağından talebi tetiklediği görüşündedir.



Şekil 2: Arzın Talep Yaratması (Supplier-Induced Demand) (Jack, 1999: 145)

Şekilde fiyat artışıyla pozitif yönlü artan arz miktarının aksine talep, belirli bir noktaya kadar (M_0F_0) fiyat arttıkça düşmüştür. Sağlık hizmetleri piyasasında normal piyasalardaki gibi fiyat arttıkça talep azalmaktadır ancak *arzın yarattığı talep* şeklinde M_2F_2 noktasında kendini göstermektedir. Çünkü M_2F_2 noktasında hem fiyat hem de miktar artmıştır. Bu noktada, arz kaynaklı talep kendini belli etmekte ve arzın talebi artırdığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde dağıtım talebe⁹ göre değil ihtiyaca göre olmalıdır. Kimin ne miktarda sağlık hizmeti “*ihtiyacı*” duyduğunun belirleme yetkisinin hekimde olduğu sağlık sisteminde, belirlenen ihtiyacın gerçek varlığını sorgulamak gereklidir (Fuchs, 1966: 69-70). Hekim, hastası adına elinde bulundurduğu sağlık “*ihtiyacı*” talebini belirleme yetkisini kötüye kullanarak, hastasını gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya yönlendirebilir. Bu durum arzın talep yaratmasına uygun ortam oluşturmaktadır. Hemenway ve Fallon (1985: 344)’ın çalışmasında, “*supply-induced demand*” bağlamında hekimlerin yoğun olduğu bölgelerde daha fazla sağlık hizmeti kullanıldığı

⁹Sağlık hizmetlerinde talep: Ödemeye isteklilik veya ödeme gücü olarak kabul edilmektedir.

tespit edilmiş ve hekimlerin “*demand creation*” talep oluşturduğu öne sürülmüştür. Çalışmada, sağlık hizmeti kullanımına bağlı olarak hekim gelirlerinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

Cromwell ve Mitchell (1986) de cerrah yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde daha fazla cerrahi hizmetlerin kullanıldığı; cerrah yoğunluğunun cerrahi müdahalelerin ücretlerini artırdığı ve özellikle de hayati tehlikenin bulunmadığı ameliyatların sayısında çok fazla artış meydana geldiği sonucuna varmışlardır. Bu çalışmaya göre, hekimlerin yoğun olduğu bölgelerde daha fazla sağlık hizmeti kullanıldığından yola çıkarak hekim yoğunluğu ile sağlık hizmeti kullanımı arasında doğrusal bir ilişki olduğu söylenebilir. Hekimlerin, kâr güdüsüyle kendi hizmetlerine talebi artırdığını söylemek mümkündür ve bu durumda etkili olan en önemli faktörün hekimlere yapılan ödemelerin olduğu söylenebilir.

3.2. Hekim Kaynaklı Talep

Sağlık hizmetleri arzında girdileri oluşturan hekim, hastane ve diğer unsurların sağlık hizmetleri talebini etkileyip etkilemediği konusu sağlık ekonomisi literatüründe en çok tartışılan konulardan biridir. Arzın talep yaratması problemi bağlamında, hekimlerin kendi sundukları hizmeti pazarlayarak kendi hizmetlerine talebi artırmaya çalıştıkları tartışılmaktadır (Auster and Oaxaca, 1981: 327-328). Asimetrik bilgi sebebiyle hekim hareketleri dışarıdan gözlemlenememektedir. Bu durum, hekimlerin hastalarının sağlık hizmetlerini değerlendirme şeklini değiştirmesine uygun ortam yaratmaktadır. Bu konu literatürde genellikle, hekimlerin “*demand inducement*”¹⁰ oluşturması şeklinde ifade edilmektedir (McGuire, 2000: 503).

Ekonomik rekabet koşullarının hâkim olduğu piyasada sağlık hizmetleri de günden güne metalaştırılmaktadır. Hastalar “*müşteri*” olmaya zorlanırken metanın satıcısı (pazarlayıcısı) da müşterisinden kâr sağlamaktadır (Deppe, 2009: 50). “Hekim kaynaklı talep” (*Physician-induced demand, PID*) hipotezine göre hekimlerin tıbbi bilgilerinin hastalardan daha fazla oluşu hastaların daha yoğun tıbbi tedavi kullanmalarına neden olabilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasındaki mevcut bilgi asimetrisi bu alanda çok ciddi problemlere zemin hazırlamaktadır. Hekimler, sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda sağlık hizmetleri talebini tetiklemektedirler. *Arzın talebi uyarması* bu hususta kendini gösteren bir problemdir (Izumida et al., 1999: 11).

Hastanın sağlık hizmetine olan talebi hekimle olan ilişkisinden bağımsız değildir (Jacobs and Rapoport, 2004: 86). Hastalar, hangi sağlık hizmetinden ne miktarda kullanmaları gerektiğini bilmemektedir. Sağlık hizmeti sunucuları da hastalarla aralarında bulunan bu asimetrik bilgiden faydalanarak ellerinde bulunan “*talebi yönlendirme*” gücünü manipüle edip

¹⁰ Hekimlerin, sağlık hizmeti kullanmaları için hastalarını teşvik etmesi; talebe teşvik oluşturmaktır.

kendi hizmetlerine talep oluşturabilirler (Evans, 1974; Noguchi and Shimizutani, 2005: 5; Andersen and Serritzlew, 2011: 26). Hekimler, sağlık hizmetlerine olan talebi doğrudan etkilemektedirler ve hastalarını konsültasyon vs. amacıyla diğer meslektaşlarına sevk ederek sağlık hizmetleri talebini artırırlar. Bu şekilde “türetilmiş talep” sağlık hizmeti sunucularının doğrudan oluşturduğu taleptir ve maddi olarak hekim kazancını artırmaktadır (Demirci, 1994: 14).

Sloan ve Feldman (1978: 59) yapmış oldukları çalışmada, “*Does the Supply of Doctors Create Its Own Demand?*”¹¹ ifadesiyle hekim arzının, sağlığın talebini nasıl etkilediğini ve bu kapsamda hekimlerin kendi taleplerini oluşturup oluşturmadıklarını tartışmışlardır. Literatürde buna benzer sağlık hizmetleri arzının talebi tetiklediğine, değiştirdiğine ve hekimlerin kendi taleplerini oluşturduğuna dair yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Fuchs, 1978; Auster and Oaxaca, 1981).

3.3. Gereksiz Talebin Oluşturduğu İsrاف Sorunu

Sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratması problemi incelendiğinde, bu alanda oluşturulan gereksiz sağlık hizmeti kullanımına bağlı olarak sağlık harcamaları kanadında bir israf oluştuğu söylenebilir. Gereksiz tedaviler ve buna bağlı yapılan lüzumsuz her bir işlem sağlık harcamalarında gereksiz yük oluşturacaktır. Sağlık hizmeti sunucularının teşhis ve tedavide hasta odaklı olmak yerine kâr maksimizasyonu güdüsüyle hareket etmesi bu durumun başlıca sebebinin oluşturmaktadır.

Maddi çıkar düşüncesiyle gereksiz yere yapılan tıbbi işlemler uzun vadede başka sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olacağından risk oluşturmaktadır. Akalın (2015)’in de dediği gibi “*Gereksiz kullanılan ilaçlar, yapılan testler ve girişimler hastalara yarar sağlamamakta, onları gereksiz risklerle karşı karşıya getirmektedir.*” Bu açıdan bakıldığında lüzumsuz yapılan tıbbi uygulamaların sağlığa geri dönüşü kapsamında aslında hastalıkları artıracığı ve bunun da uzun vadede sağlık hizmetleri maliyetlerinde artış oluşturacağı söylenebilir. Hayran (2009)’ın şu sözleri durumu doğrular niteliktedir: “*Gereksiz yapılan bazı tıbbi uygulamaların neden olabileceği komplikasyonlar, ekonomik kayıplar için bir başka boyutunu oluşturmaktadır.*” Hayran’ın bahsettiği bu boyut gereksiz sağlık hizmeti kullanımına bağlı oluşan sağlık hizmetleri maliyetleri artışındaki yük ve israftır.

¹¹“Hekim arzı kendi talebini yaratır mı?”

4. ÖDEME YÖNTEMLERİ AÇISINDAN GEREKSİZ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunucularına yapılan ödemeler hizmet sunucuların sağlık hizmetlerine olan talebi artırması yönünde teşvik oluşturabilir ve sunucuların (hekimlerin) çalışma niteliğini etkileyebilir. Ödeme yöntemlerinin bu şekilde bir etki oluşturması, sağlık harcamaları çıktısı açısından önem arz etmektedir (Legarde, 2011: 149). Bu duruma Hillman ve arkadaşları (1989)'nın çalışması örnek olarak verilebilir. Bu çalışmada hekimlere yapılan ödeme modelleri karşılaştırılmış ve hizmet başına ödeme sistemi altında çalışan hekimlerin, kişi başına ve maaş sistemi ile çalışan hekimlere göre hastalarını hastaneye daha çok yatırıp, daha fazla tetkik istediği görülmüştür. Ödeme sistemindeki finansal teşviklerin sağlık hizmeti sunan hekimin davranışını etkilediği tespit edilmiştir.

Hizmet başına ödeme yöntemi ("*Fee-for-service*", *FFS*); sağlık profesyonellerine hastalarına yaptıkları her bir muayene ¹² için aldıkları sabit bir ödemenin yapıldığı sistemdir. Bu metot, birçok ülkede özel sağlık sektöründe yaygın olarak uygulanmaktadır. Arzın talep yaratması kapsamında bu ödeme yönteminin hizmet sunucularının hastalarını daha çok sağlık hizmeti kullanmaya yönlendirdiği (Legarde, 2011: 153) ve gereksiz tedavi için teşvik oluşturduğu görülmektedir (The World Bank, 1993: 124). Arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ödeme yöntemleri açısından ele alındığında, hizmet başına ödeme yönteminin gereksiz sağlık hizmeti kullanımının en önemli sebebi olduğu söylenebilir. Bu ödeme yönteminin uzun vadede kullanılması durumunda hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının daha fazla kâr elde etmek amacıyla hastalarını gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya teşvik edeceğini söylemek mümkündür. Bu şekilde ihtiyaç duyulmayan hizmetlerin sunulmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının sağlık harcamalarını artıracacağı ve bu alanda israf oluşturacağı gayet açıktır.

Ödeme yöntemleri içerisinde hizmet başına ödeme yöntemi ile vaka başına ödeme yöntemi karşılaştırıldığında, vaka başına ödeme yönteminin daha etkili olduğu görülmektedir. Vaka başına ödeme modelinde, tanıların sayıca abartılarak birden fazla raporlanması gibi usulsüzlüklerin yapılması oldukça sınırlıdır. Sistemin, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılması açısından avantajlı olduğu söylenebilir (Çelik, 2011: 226-227). Çelik (2011)'in de belirttiği gibi, vaka başına ödeme yönteminde hastalardan istenen tetkik, yapılan tıbbi işlem vs. sayısı önemli olmadığından ve alınan teşhise göre geri ödeme gerçekleştiğinden sistemde usulsüzlüklerin görülme ihtimalinin az olacağını söylemek mümkündür.

Kişi başına ödeme yöntemine bakıldığında, kişilere yapılan işlem türü ve miktarının hekimin gelirine bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Daha

¹²Yapılan muayenenin içeriğine bağlı olarak istenen tahlil-tetkik, tıbbi işlem, yatış vs. dâhildir.

fazla hizmet sunulduğu takdirde hekimin gelirinde bir artış olmayacağı gibi, daha az hizmet sunulduğunda da bir azalış olmayacaktır (Akyürek, 2012: 132). Hekimin sunduğu hizmet miktarının gelirine bir katkısı olmayacağından, hekim hastaya hangi işlemi uygularsa uygulasin o hasta için sabit bir ücret alacağından kişi başına ödeme yönteminin hekimlerde sağlık hizmeti sunumunun artırılmasına dair bir etki oluşturmayacağı açıktır. Bu ödeme yönteminin hekim kaynaklı talebi ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltacağı söylenebilir.

Performansa dayalı ödeme sisteminde ise hekimlerin maaşının yedi katına kadar ek ödeme alabilmesine izin verilmesi durumuyla sağlık hizmetlerinde çıktı odaklı bir zihniyetin hâkim olduğu ve sistemin suiistimal edildiği görülmektedir. Hastaya sunulacak hizmetin sayısı, içeriği ve önceliği değiştirilerek alınacak “*ek ödeme*”nin maksimizasyonu güdüsüyle hekimlik mesleğinin yozlaştığı ve hekimlerin “*kendi kârını maksimize etmeye çalışan bir girişimci*” haline geldiği acı bir gerçektir (Elbek, 2010: 436-437). Sistemin, hekimler arasında “*rekabet*” ortamı oluşturması sağlık hizmetleri tüketiminin artmasına ve hizmette kalitenin düşmesine neden olmaktadır. Hastaların “*aşırı*” veya “*gereksiz tedavi alması*”, hekimlikte etik dışı davranışların sıklığının artması, “*gereksiz sağlık hizmeti istemleri*” yaratılması ve gereksiz tetkiklerin çokça istenmesi ve gereksiz ilaç yazılması sistemin olumsuz sonuçlarından (Kart, 2013: 112-113-115). Performansa dayalı ödeme sisteminin hekimlik mesleğini dejenere ederek, toplumda gereksiz sağlık hizmeti kullanımını yaygınlaştırdığı ve sağlık harcamalarını arttırdığı söylenebilir.

4.1. Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımına Sebep Olan Diğer Unsurlar

Tıbbi uygulamalarda hekimlerin hastanın tanı ve tedavisinden ziyade kendilerine yöneltilebilecek çeşitli eleştiriler ile açılacak bir davadan korunmak amacıyla uyguladığı tetkik ve tedavi yöntemleri “*defansif tıp*” (defensive medicine) olarak tanımlanmaktadır (McQuade, 1991:408). Sağlık hizmetlerinde, gereksiz tıbbi işlem ve tedavi uygulanması defansif tıbbın yapısından kaynaklanmaktadır (Selçuk, 2015: 31). Buradaki en önemli ikilem ise defansif tıp uygulamaları amacının söz konusu olabilecek herhangi bir davadan korunmak iken dava riskini artıracak nitelikte ve tıbbın öncelikli amacına aykırı “*gereksiz*” tıbbi işlemlerin uygulanmasıdır (Budetti, 2005: 2660). Bu tür uygulamanın gereksiz sağlık hizmeti kullanımına zemin oluşturduğu açıktır. Defansif tıp uygulamalarının hekim kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açıp sağlık sisteminde maliyetleri artıracığı söylenebilir.

Sağlık hizmetlerine olan talebin ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımının artmasının sebepleri arasında sağlık hizmetlerinin pazarlanması

görüşü de mevcuttur. Capra (1982/2012: 309)'a göre sağlık endüstrisinin hedefi, sağlık hizmetlerini “*serbest pazar*” ekonomisinin kurallarına uygun bir şekilde tüketicilere (hastalara) satılacak ticari bir ürün haline getirmektir. Bu hedefe ulaşmak için de “sağlık hizmetleri sistemi” dev imâlât sanayilerine benzer bir biçimde kurulup düzenlenmiştir. Sağlık hizmetleri piyasasında hastalar için gereksiz ve pahalı, endüstri için kârlı olan merkezileşmiş bir yapı hâkimdir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama yönlendirici olduğundan etik değildir. Hastaların “*müşteri*” olarak kabul edilip gelir kaynağı olarak görülmesi, hizmet sunanların gereksiz tetkik ve tedavi işlemleri yapmasına yol açıp “*gereksiz talep*” oluşturmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2011: 264). Kapitalist sistem içerisinde “*üretken emekçi*” olarak tanımlanan işçi (Marx, 1867: 484), sağlık hizmetleri piyasasına kapitalist bakış açısıyla bakıldığında “*hekim*” olarak kabul edilebilir. Buna göre sağlıkta kapitalizm perspektifinden konu incelendiğinde sağlık hizmetlerinin pazarlanması noktasında hekimin, kâr getiren bir unsur olarak kabul edilip sağlık üretimi yapan emekçi konumunda olduğu ve sağlık hizmetleri piyasasında metalaştırıldığı söylenebilir.

Gereksiz sağlık hizmeti kullanımına tıbbileştirme açısından bakıldığında hasta olmayan kişilerin *tedavisi* kapsamında daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya teşvik edilmesi sağlanarak arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının artırıldığı söylenebilir. Sürekli kendini hasta hissetmesi sağlanan ve sağlık hizmeti kullanmaya şartlandırılan tıbben kuşatılmış toplum sağlık piyasasının potansiyel müşterisidir. Modern tıp ve tıbbileştirme kapsamında; sağlık piyasasında hedef kitle konumunda olan hastaların bu alandaki bilgi asimetrisi, vekâlet ilişkisi ve ahlâki tehlike de göz önünde bulundurulduğunda arzın talep yaratması bağlamında tükettiği sağlık hizmetlerinin çoğunun gereksiz olduğu söylenebilir. Modern tıp ve tıbbileştirme açısından pazar zihniyetinin hâkim olduğu sağlık hizmetleri piyasasının, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına davetiye çıkararak sağlığı kâr odaklı bir mekanizmaya dönüştürdüğünü söylemek mümkündür.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sağlık sektöründe hizmet sunucular tarafından oluşturulan gereksiz sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi ve arz kaynaklı oluşan gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden incelenmesidir.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısının ölçüldüğü bu araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde yaşayan on sekiz (18) yaşından büyük tüm bireyler oluşturmaktadır. Isparta nüfus müdürlüğünün 2016 yılının verilerine göre araştırmanın evreni 241.723 kişiden oluşmaktadır (www.tuik.gov.tr). Evren büyüklüğünün belli olduğu durumlarda, mevcut sayı dikkate alındığında bu evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 aralığında yaklaşık 384 bireye ulaşan bir örneklem yeterli görülmektedir (Kan, 1998). Araştırmada 462 kişiye ulaşılmış olup 460 kişinin anketi değerlendirilmeye alınmıştır. Araştırmanın örnekleme, kolayda örnekleme seçme metoduyla¹³ seçilmiş ve katılımcılar bu şekilde belirlenmiştir.

5.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma kapsamında yapılan literatür taramasında, araştırma amacına uygun bir anket bulunamamıştır. Literatür taramasından elde edilen kavramsal çerçeveye uygun şekilde araştırmacı tarafından anket soruları oluşturulmuştur. Sorular, sağlık yönetimi alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi alan bir grupta tartışılmış ve alanın öğretim üyelerinin de görüşleri alınarak ankete son şekli verilmiştir. Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde 5'li likert ölçeği ile değerlendirilen ve bireylerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili algılarını ölçen 22 ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler, "Maddi Kazanç", "Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı", "İlaç Endüstrisi", "Tıbbileştirme" ve "Gereksiz Tetkik" olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde katılımcıların demografik ve kronik hastalık bilgileri, gereksiz sağlık hizmeti ve ilaç kullanıp kullanmadıklarına dair düşüncelerini ölçen sorular yer almaktadır.

Araştırmada, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0) programı kullanılarak anket formları aracılığıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, verilerin analizinde bu programdan faydalanılmıştır. Anketteki ifadeleri boyutlandırmak için mevcut veriler üzerinden faktör analizi yapılmıştır. Faktör ortalamalarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımların yerine getirildiği durumlarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Parametrik test varsayımlarının yerine getirilmediği (non-parametrik) durumlarda, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Araştırmadaki tüm bulgular %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

¹³ Örneklemin rastgele belirlendiği seçim yöntemidir.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
18-29	113	24.6
30-39	134	29.1
40-49	110	23.9
50 +	103	22.4
Cinsiyet		
Erkek	212	46.1
Kadın	248	53.9
Medeni Durum		
Evli	290	63.0
Evli Değil	170	37.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	59	12.8
Ortaokul	42	9.1
Lise	115	25.0
Önlisans	92	20.0
Lisans	120	26.1
Lisansüstü	32	7.0
Gelir (TL)		
-1999	141	43.4
2000-2999	103	31.7
3000 +	81	24.9
Toplam	460	100.0

Tablo 1’de görüleceği üzere araştırmaya katılanların %24.6’sı 18-29, %29.1’i 30-39, %23.9’u 40-49 yaş aralığında ve %22.4’ü de 50 yaş ve üzeridir. Ankete katılanların %46.1’ini erkekler, %53.9’unu ise kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların medeni durumlarına bakıldığında 290 kişinin evli olduğu (%63.0), 170 kişinin de (%37.0) evli olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları ele alındığında 120 (%26.1) kişinin lisans, 92 (%20.0) kişinin önlisans mezunu olduğu; 59 (%12.8) kişinin ilkökul, 42 (%9.1) kişinin ortaokul, 115 (%25.0) kişinin lise düzeyinde bir eğitim aldığı anlaşılmaktadır. Katılımcılar arasında lisansüstü eğitime sahip olanların sayısı ise 32 (%7.0)’dir.

Ankete katılanların gelir dağılımına bakıldığında; 141 (%43.4) kişinin gelirinin 1999 TL ve altında, 103 (%31.7) kişinin gelirinin de 2000 TL ile 2999 TL arasında olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 3000 TL ve üzeri gelire sahip olanların sayısı ise 81 (%24.9) dir. Katılımcılardan 135 kişi ise gelir düzeyini belirtmemiştir.

6.2. Katılımcıların Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Algılarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Anketinde yer alan ifadelere verdikleri cevapların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

Sıra No	İfadeler	\bar{X}	SS
1	Hekimlerin, ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum.	2.659	1.315
2	Tedavi sürecindeki gereksiz tetkiklerin sağlık harcamalarımı artırdığını düşünüyorum.	3.587	1.290
3	Hekimin benden istediği ultrason, MR, tomografi, mamografi vs. tetkiklerin tümünün gerçekten gerekli olduğunu düşünüyorum.	3.407	1.182
4	Tedavi sürecimde tekrar istenen bazı tetkiklerin gereksiz olduğunu düşünüyorum.	2.913	1.210
5	Hekimlerin, tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini düşünüyorum.	3.104	1.231
6	Hekimlere güvenmiyorum çünkü hastalarımı gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya yönlendiriyorlar.	2.726	1.165
7	Hekimlerin, kullanacağım sağlık hizmetini şahsım adına belirlerken başka faktörlerin etkisi altında kalmayıp; tamamen dürüst davranarak beni önemseydiğini düşünüyorum.	3.080	1.112

8	Genellikle, hekimin benim için uygun gördüğü tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekime daha gözükmeye ihtiyacı hissederim.	3.443	1.224
9	Hekimlerin, daha fazla gelir elde etmek için hastalarını sezaryenle doğum yapmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	3.278	1.321
10	Daha fazla gelir elde etmek amacıyla hastaların gereksiz yere yoğun bakıma yatırıldığını düşünüyorum.	2.835	1.234
11	Bazı hekimlerin, ileride başka sağlık problemlerini doğuracak gereksiz tıbbi işlemler (ameliyat vs.) yaptığını düşünüyorum.	3.022	1.149
12	Hekimlere maaşları haricinde daha fazla gelir elde etme imkânı tanıyan yasal düzenlemelerin; hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirdiğini düşünüyorum.	3.500	1.137
13	Geçmişte gördüğüm bazı tedavilerin gereksiz olduğunu ve bir işe yaramadığını düşünüyorum.	2.913	1.187
14	Hekimlerin, çalıştığı kuruma para kazandırmak amacıyla gereksiz teşhis ve tedavi işlemleri yaptığını düşünüyorum.	3.202	1.192
15	Hekimlerin ilaç yazarken tamamen dürüst davrandığını, başka faktörlerin (ilaç firmalarının hediyeleri vs.) etkisi altında kalmadığını düşünüyorum.	2.615	1.286
16	Hekimlerin reçeteye yazdıkları ilaçların çoğunun gereksiz olduğunu düşünüyorum.	2.920	1.147
17	Hekimlerin, ilaç firmalarının promosyonlarından (tanıtım, hediye vs.) etkilenecek hastalarını gereksiz ilaç kullanmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	3.346	1.233
18	Hastanenin daha fazla gelir elde etmek için, hekimleri yönlendirdiğini düşünüyorum.	3.320	1.160
19	Hastane reklamlarının gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olduğunu düşünüyorum.	3.122	1.150
20	Hekimin benim için uygun gördüğü tedavi sonrası izlem (kontrol) işlemini, hastanenin para kazanması açısından uygulanan bir strateji olarak görüyorum.	2.859	1.147
21	Hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıkmiş gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığını düşünüyorum.	3.413	1.154
22	“Doktora gittikçe hastalık çıkıyor” düşüncesine katılıyorum.	3.407	1.363

Tablo 2'ye bakıldığında 2 ve 12'inci ifadelerin aritmetik ortalamalarının (3.587 ve 3.500) yüksek olduğu ve bu ifadelere yönelik algının belirgin olduğu görülmektedir. Bu ifadelerden hastaların, tedavi süreçlerindeki gereksiz tetkiklerin sağlık harcamalarını artırdığı ve hekimlere maaşları haricinde daha fazla para kazanma imkânı sağlayan yasal düzenlemelerin hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirdiği görüşünde oldukları anlaşılmaktadır.

Katılımcılar orta düzeyde; hekimlerin tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini (3.104), ileride başka sağlık problemlerini doğuracak gereksiz tıbbi işlem (ameliyat vs.) yaptığını (3.022), çalıştığı kuruma para kazandırmak amacıyla gereksiz teşhis-tedavi işlemleri

yaptığını (3.202) ve daha fazla gelir elde etmek için hastalarını sezaryenle doğum yapmaya teşvik ettiğini (3.278) düşünmektedirler.

Katılımcılar, “genellikle, hekimin benim için uygun gördüğü tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekime daha gözükmeye ihtiyacı hissederim” (3.443) ile “doktora gittikçe hastalık çıkıyor” (3.407) ifadelerine orta noktanın üzerinde puan vermişlerdir. Katılımcıların, hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıkmiş gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığı (3.413) ve hekimlerin ilaç firmalarının promosyonlarından (tanıtım, hediye vs.) etkilenerek hastalarını gereksiz ilaç kullanmaya teşvik ettiği (3.346) düşünceleri de orta noktanın üzerinde değer almıştır.

Katılımcıların, hastanenin daha fazla gelir elde etmek için hekimleri yönlendirdiği (3.320) ve hastane reklamlarının gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olduğu (3.122) görüşlerine orta düzeyde katıldıkları görülmektedir. Katılımcıların; hekimlerin istediği ultrason, mamografi, tomografi vs. tetkiklerin tümünün gerçekten gerekli olduğu (3.407) görüşüne orta noktanın üzerinde katılmaları ve “kullanacağım sağlık hizmetini şahsım adına belirlerken başka faktörlerin etkisi altında kalmayıp, tamamen dürüst davranarak beni önemseydiğini düşünüyorum” ifadesine orta düzeyde katılmaları (3.080) da araştırmanın göze çarpan diğer sonuçları arasındadır.

6.3. Faktör Analizi Sonuçları

Anketteki 22 ifade faktör analizine tâbi tutulmuş ve 5 faktör elde edilmiştir. Yapılan analiz sonucu oluşan tablo ve yorumlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 3. Faktör Analizi

Faktörler	Faktör Yüğü
Faktör 1: Maddi kazanç	
5. Hekimlerin, tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini düşünüyorum.	0.661
10. Daha fazla gelir elde etmek amacıyla hastaların gereksiz yere yoğun bakıma yatırıldığını düşünüyorum.	0.648
11. Bazı hekimlerin, ileride başka sağlık problemlerini doğuracak gereksiz tıbbi işlemler (ameliyat vs.) yaptığını düşünüyorum.	0.636
9. Hekimlerin, daha fazla gelir elde etmek için hastalarını sezaryenle doğum yapmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	0.634
12. Hekimlere maaşları haricinde daha fazla gelir elde etme imkânı tanıyan yasal düzenlemelerin; hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirdiğini düşünüyorum.	0.633
14. Hekimlerin, çalıştığı kuruma para kazandırmak amacıyla gereksiz teşhis ve tedavi işlemleri yaptığını düşünüyorum.	0.597

Faktör 2: Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	
16. Hekimlerin reçeteme yazdıkları ilaçların çoğunun gereksiz olduğunu düşünüyorum.	0.676
13. Geçmişte gördüğüm bazı tedavilerin gereksiz olduğunu ve bir işe yaramadığını düşünüyorum.	0.571
4. Tedavi sürecimde tekrar istenen bazı tetkiklerin gereksiz olduğunu düşünüyorum.	0.555
20. Hekimin benim için uygun gördüğü tedavi sonrası izlem (kontrol) işlemini, hastanenin para kazanması açısından uygulanan bir strateji olarak görüyorum.	0.461
6. Hekimlere güvenmiyorum çünkü hastalarımı gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya yönlendiriyorlar.	0.444
Faktör 3: İlaç Endüstrisi	
15. Hekimlerin ilaç yazarken tamamen dürüst davrandığını, başka faktörlerin (ilaç firmalarının hediyesi vs.) etkisi altında kalmadığını düşünüyorum.	0.845
17. Hekimlerin, ilaç firmalarının promosyonlarından (tanıtım, hediye vs.) etkilenerek hastalarını gereksiz ilaç kullanmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	0.801
7. Hekimlerin, kullanacağım sağlık hizmetini şahsım adına belirlerken başka faktörlerin etkisi altında kalmayıp; tamamen dürüst davranarak beni önemseydiğini düşünüyorum.	0.533
Faktör 4: Tıbbileştirme	
21. Hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıklı gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığını düşünüyorum.	0.699
19. Hastane reklamlarının gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olduğunu düşünüyorum.	0.676
22. “Doktora gittikçe hastalık çıkıyor” düşüncesine katılıyorum.	0.480
Faktör 5: Gereksiz Tetkik	
1. Hekimlerin, ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum.	0.853
2. Tedavi sürecindeki gereksiz tetkiklerin sağlık harcamalarını artırdığımı düşünüyorum.	0.446
3. Hekimin benden istediği ultrason, MR, tomografi, mamografi vs. tetkiklerin tümünün gerçekten gerekli olduğunu düşünüyorum.	0.847

Tablo 3’te araştırma verilerinin faktör analizine uygunluğu ve örneklem büyüklüğünün yeterliği için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) Testi, değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığının ölçümü için de mevcut veriler üzerinden Barlett Testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, KMO değeri 0.900 bulunmuştur. Bu değerden seçilen örneklem büyüklüğünün araştırmanın analizi için yeterli olduğu anlaşılmakta, Barlett Testine bakıldığında ise $p < 0.01$ olduğundan değişkenler arası korelasyonun anlamlı olduğu

görülmektedir. Analiz sonucunda elde edilen 5 faktör, toplam varyansın %57.571'ini açıklamaktadır.

6.4. Faktörlerin Adları, İfade Sayıları, Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları

Yapılan analiz sonucunda, araştırma 5 faktör çerçevesinde değerlendirilmiş ve faktörlere ait bilgiler Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Faktörlerin Adları, İfade Sayıları, Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları

Faktörler	İfade Sayısı	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS
1. Maddi Kazanç	6	0.835	3.156	0.896
2. Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	5	0.710	2.866	0.797
3. İlaç Endüstrisi	3	0.793	3.216	1.020
4. Tıbbileştirme	3	0.577	3.313	0.902
5. Gereksiz Tetkik	3	0.732	2.946	1.019

Maddi Kazanç Boyutu: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının, hizmet sunarken maddi kazanç elde etmek adına ticari güdüyle hareket etmesi ve sunulacak hizmetin içeriğini, türünü, niceliğini vs. değiştirerek gerekmediği halde hizmete teşvik oluşturmasını içermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.156 ve standart sapması 0.896 olarak bulunmuştur. Boyutun aritmetik ortalamasından (3.156) katılımcıların, sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumunda maddi kazanç güdüsüyle hareket ettiği ve sunulan hizmetin içeriğini değiştirerek sağlık hizmetlerine gereksiz teşvik oluşturdukları düşüncesine orta düzeyde katıldıkları görülmektedir. Boyutun faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.835 (yüksek derecede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Boyutu: Sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık hizmetleri kapsamında uygulanan, tedavi sonrası izlem; kontrol vs. gibi yollarla gereksiz tüketime teşvik oluşturan her türlü tıbbi işlemin toplum tarafından farkındalığının ölçülmesi amacıyla oluşturulan bu boyut toplam 5 ifade içermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 2.866, standart sapması 0.797 ve güvenilirlik derecesi de (Cronbach Alpha) 0.710 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Boyutun aritmetik ortalamasından (2.886) katılımcıların; sağlık hizmeti sunucularının tedavi sonrası izlem, kontrol vs. gibi işlemlerle sağlık hizmetlerine gereksiz talep oluşturdukları düşüncesine orta düzeyde katıldıkları görülmektedir. Boyut ortalaması, araştırmadaki diğer boyutların ortalamalarıyla kıyaslandığında katılımcılar arasında en az katılımın olduğu boyut olması dikkat çekmektedir.

İlaç Endüstrisi Boyutu: Sağlık hizmeti sunucularının, hizmet sunarken ilaç firmalarının promosyonları, tanıtım, hediye vs. etkisinde kalmaları durumunun; hastalar tarafından nasıl algılandığını ölçmek amacıyla oluşturulan bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.216, standart sapması 1.020 ve güvenilirlik derecesi ise (Cronbach Alpha) 0.793 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Boyutun aritmetik ortalamasından (3.216), katılımcıların sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumunda ilaç firmalarının etkisinde kaldıkları düşüncesine orta düzeyde katıldıkları anlaşılmaktadır. Araştırmadaki diğer boyutların ortalamaları incelendiğinde; Tıbbileşme boyutundan sonra en yüksek katılımın olduğu boyutun İlaç Endüstrisi olduğu görülmektedir.

Tıbbileştirme Boyutu: Toplam 3 ifadeden oluşan bu boyut, günlük hayatın tıbbileştirilmesi kapsamında artan gereksiz sağlık hizmeti kullanımının toplum tarafından algılanıp algılanmadığı ile bu husustaki farkındalığı ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Boyutun aritmetik ortalaması 3.313, standart sapması 0.902 ve güvenilirlik derecesi ise (Cronbach Alpha) 0.577 olarak bulunmuştur. Boyutun aritmetik ortalamasından (3.313) katılımcıların, tıbbileştirmenin gereksiz sağlık hizmeti kullanımını arttırdığı görüşüne orta düzeyde katıldıkları anlaşılmakta ve boyut ortalamasının diğer boyutlar arasında en yüksek puan aldığı görülmektedir. Araştırmada, tıbbileştirme boyutunda diğer boyutlara göre katılımcıların daha güçlü algılarının olması dikkat çekicidir.

Gereksiz Tetkik Boyutu: Sağlık hizmeti sunucuları tarafından, hizmete teşvik oluşturmak maksadıyla gereksiz tahlil-tetkik istenmesini ele alan bu boyut toplam 3 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.946, standart sapması 1.019 ve güvenilirlik derecesi ise (Cronbach Alpha) 0.732 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Boyutun aritmetik ortalamasından (2.946) katılımcıların, *“hekimlerin, ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum”* vb. ifadelerle yönelik algılarının diğer boyutlara göre düşük olduğu ve sağlık hizmetlerine gereksiz talep oluşturulması amacıyla sağlık hizmeti sunucularının gereksiz tetkik istediği görüşüne orta düzeyde katıldıkları anlaşılmaktadır.

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hastalar tarafından nasıl algılandığı ortaya konulmaya çalışılmıştır. Arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı kapsamında yapılmış çalışmalara bakıldığında, hekim yoğunluğu ile sağlık hizmetleri kullanım oranlarının ilişkilendirildiği Hemenway ve Fallon (1985)'in çalışması dikkat çekmektedir. Bu çalışmaya göre, arzın talep yaratması bağlamında hekimlerin yoğun olduğu

bölgelerde daha fazla sağlık hizmeti kullanıldığı tespit edilmiş ve hekimlerin kendi hizmetlerine talep oluşturdukları, sağlık hizmeti kullanım oranının artmasına bağlı olarak hekim gelirlerinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

Arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısının ölçüldüğü bu araştırmada, Hemenway ve Fallon (1985)'in çalışmasının sonucunu doğrular nitelikte bulgular elde edilmiştir. Araştırma ile gereksiz sağlık hizmeti kullanımı bağlamında *“hekimlerin tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini düşünüyorum”* ifadesine katılımcıların verdikleri yanıtların puan ortalamasına bakılarak bu yöndeki algının belirgin düzeyde olduğu görülmektedir. Hemenway ve Fallon (1985)'in çalışmasının sonuçlarından sağlık hizmeti kullanım oranının artmasına bağlı olarak hekim gelirlerinin de arttığı sonucuna binaen bu araştırmada da hastaların söz konusu gereksiz sağlık hizmeti kullanımını algıladığı ve bu durumun altında yatan nedeni hekim gelirleri ile ilişkilendirdiği sonucuna varılabilir.

Cromwell ve Mitchell (1986)'in çalışmasında ise, cerrah yoğunluğu ile cerrahi müdahalelerin ücretlerini ilişkilendirmiş ve cerrah yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde daha fazla cerrahi hizmetlerin kullanıldığını görülmüştür. Bu araştırmada da, Cromwell ve Mitchell (1986)'in çalışmasının sonuçlarına benzer bir şekilde hekim gelirlerinin artırılması gayesiyle gereksiz ameliyat yapılması hususunda katılımcıların *“hekimlerin daha fazla gelir elde etmek için hastalarını sezaryenle doğum yapmaya teşvik ettiğini düşünüyorum”* ifadesine verdikleri yanıtların puan ortalamasına bakılarak bu yöndeki algının belirgin düzeyde olduğu görülmektedir. Cromwell ve Mitchell (1986)'in çalışmasında gereksiz ameliyatların sayısında çok fazla artış meydana geldiğini vurgulanmış, bu araştırma ile de durumun hastalar tarafından algılanabilirliği ortaya konulmuştur. Araştırmada, *“hekimlere maaşları haricinde daha fazla gelir elde etme imkânı tanıyan yasal düzenlemelerin; hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirdiğini düşünüyorum”* ifadesine katılımcıların verdikleri yanıtların puan ortalamasına (3.500) bakılarak; performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirmesi durumunun hastalar tarafından belirgin düzeyde algılandığı görülmektedir. Bu hususta yapılmış diğer çalışmalara bakıldığında Akkaş (2012: 79)'in çalışmasının bulgularında katılımcıların, *“performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimleri gereksiz talep oluşturmaya ittiği”* görüşüne katıldıkları görülmektedir. Her iki çalışmada da bireylerin, ödeme sistemindeki finansal teşviklerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açtığını fark ettikleri görülmektedir.

Yapılmış çalışmalardan yola çıkarak ilaç endüstrisinin hekimleri daha fazla ilaç yazmaya yönlendirmesi (Capra, 1982/2012: 298-299) kapsamında gerçekleştirilen tanıtım kampanyalarının ardından gereksiz ve aşırı miktarlarda yazılan ilaçların (Inglis, 1991: 61) da gereksiz sağlık hizmeti

kullanımına birer örnek oluşturduğu görülmektedir. Bu hususta araştırmada, *“hekimlerin reçeteme yazdıkları ilaçların çoğunun gereksiz olduğunu düşünüyorum”* ve *“hekimlere güvenmiyorum çünkü hastalarımı gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya yönlendiriyorlar”* gibi ifadelerden oluşan Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı (faktör 2) boyutunda demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmada katılımcıların eğitim düzeylerinin gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algıları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın, eğitim düzeyi lisansüstü olan katılımcıların ilkokul düzeyindeki katılımcılardan daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Araştırmanın tıbbileştirme boyutunda, *“hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıklı gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığını düşünüyorum”* ve *“doktora gittikçe hastalık çıkıyor”* gibi ifadelerle katılımcıların verdikleri cevaplara bakılarak bu yöndeki algının belirgin bir düzeyde olduğu görülmektedir. Yapılan analizde, demografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet grupları arasındaki farklılıkların; tıbbileştirme bağlamındaki gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısında etkili olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada, diğer boyutlara kıyasla Tıbbileştirme boyut ortalamasının en yüksek puana sahip olması dikkat çekicidir. *“Hekimlerin, ilaç firmalarının promosyonlarından (tanıtım, hediye vs.) etkilenerek hastalarını gereksiz ilaç kullanmaya teşvik ettiğini düşünüyorum”* gibi ifadelerden oluşan ilaç endüstrisi boyutunda, katılımcıların eğitim ve gelir düzeylerinde yapılan kıyaslamada istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu durumun, lisansüstü düzeyde eğitim almış kişilerin ilkokul düzeyinde eğitim almış kişilerden daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Araştırmanın *“hekimlerin ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum”* gibi ifadeler içeren Gereksiz Tetkik boyutunda ise katılımcıların demografik değişkenlerinden cinsiyet ve gelir grupları arasındaki farklılıklarının bu boyuttaki gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algılarında etkili olduğu tespit edilmiş ve bu durumun gelir düzeyi düşük olanların, orta ve yüksek gelirliilere göre anketteki ifadelerle daha az katılım göstermelerinden kaynaklandığı anlaşılmıştır.

SONUÇ

Bu çalışmada, arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hastalar tarafından nasıl algılandığı incelenmiştir. Bu kapsamda Isparta il merkezindeki 460 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yönelik algılamaları 22 ifade ile “Maddi Kazanç, Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı, İlaç Endüstrisi, Tıbbileştirme, Gereksiz Tetkik” boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısının ölçüldüğü bu çalışmanın bulgularında maddi kazanç boyutunda katılımcıların sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunarken maddi kazanç gözettiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Araştırmada, gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç endüstrisi boyutlarındaki algılamalarda kişilerin eğitim düzeylerinin etkili olduğu görülmüştür. Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı hususunda kişilerin gelir düzeylerinin, gereksiz tetkik ve ilaç endüstrisi boyutlarındaki algılamalarda farklılığa neden olduğu ve gereksiz tetkik ile tıbbileştirme boyutlarında kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde algılarının olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Akalın, E., (2015), “Aşırı Sağlık Kullanımı: Nedenleri ve Çözüm Önerileri”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, Sayı: 35: 18-19.
- Akkaş, E., (2012), *Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: “Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği”*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Akyürek, Ç. E., (2012), “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2:124-153.
- Altay, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.
- Andersen, L. B. and Serritzlew, S., (2011), “Remunerating General Practitioners with Fees: Between Economic Incentives and Professional Norms”, *Scandinavian Journal of Public Administration*, 15(4): 25-43.-
- Auster, R., D. and Oaxaca, R., L., (1981), “Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector”, *Journal of Human Resources*, 16(3): 327-342.
- Berndt, E., R. and Donohue, J. M., (2008), “Direct-to-Consumer Advertising in Health Care: An Overview of Economic Issues”, in F. A. Sloan and H. Kasper (Ed.), *Incentives and Choice in Health Care*, Chapter 6, (pp. 131-162), England: The MIT Press.
- Budetti, P.P., (2005), “Tort Reform and the Patient Safety Movement Seeking Common Ground”, *Journal of American Medical Association*, 293(21): 2660.

- Capra, F., (2012), *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, (Çev. M. Armağan), 3. Baskı, İstanbul:İnsan Yayınları. (Orijinal Baskı: 1982).
- Cromwell, J. and Mitchell, J. B., (1986), “Physician-induced Demand for Surgery”, *Journal of Health Economics*, 5(4): 293-313.
- Çelik, Y., (2011), *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Demirci, S., (1994), *Modern Tıbbın Ötesi*, İstanbul: İnsan Yayınları.
- Deppe, H. U., (2009), “Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma”, içinde L. Panitch and C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev: U. Haskan), İstanbul: Yordam Kitap.
- Dranove, D., (2000), *The Economic Evolution of American Health Care: From Marcus Welby to Managed Care*, America: Princeton University Press.
- Elbek, O., (2010), “ “Performans” ve Hekimlik”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25(6): 432-447.
- Evans, R. G., (1974), “Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications”, in M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, (pp. 162-173), London: Macmillan.
- Fuchs, V. R., (1966), “The Contribution of Health Services to the American Economy”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(4): 65-103.
- Fuchs, V. R., (1978), “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations”, *NBER Working Paper Series*, Working Paper No: 236.
- Gaynor, M. and Vogt, W., (1999), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, in A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Ed.), *Handbook of Health Economics*, Chapter 27, Amsterdam: Elsevier.
- Guinness, L. and Wiseman, V., (2011), *Introduction to Health Economics*, Second Edition, Virginia: Open University Press.
- Hayran, O., (2009), ““Hayatın Tıplaştırılması” ve Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, Sayı: 12.
- Hemenway, D. and Fallon, D., (1985), “Testing for Physician-induced Demand with Hypothetical Cases”, *Medical Care*, 23(4): 344-349.
- Hicks, L. L., (2014), *Economics of Health and Medical Care*, 6. Edition, Columbia: Jones & Bartlett Learning.
- Hillman, A., L. Pauly, M. V. and Kerstein, J. J., (1989), “How Do Financial Incentives Affect Physicians’ Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations?” *New England Journal Medicine*, 321: 86-92.

- Inglis, B., (1991), *Tıbbın Hastalığı "Çağın Hastalıklarına ve Modern Tıbbın Bir Bakış"*, (Çev: M. D. Çekin), İstanbul: İnkılâb Yayınevi.
- Izumida, N., Urushi, H., Nakanishi, S., (1999), "An Empirical Study of The Physician- Induced Demand Hypothesis- The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan", *Review of Population and Social Policy*, 8: 11-25.
- Jack, W., (1999), *Principles of Health Economics for Development Countries*, WBI Development Studies, Washington: The World Bank.
- Jacobs, P. and Rapoport, J., (2004), *The Economics of Health And Medical Care*, 5. Edition, America: Jones & Bartlett Learning.
- Jensen, M. C. and Meckling, W. H., (1976), "Theory of The Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure", *Journal of Financial Economics*, 3(4): 305-360.
- Kan, İ., (1998), *Biyoistatistik*, 3. Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Kart, E., (2013), "'Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri", *Çalışma ve Toplum*, 3: 103-139.
- Legarde, M., (2011), "Provider Payments", in L. Guinness, and V. Wiseman (Ed.), *Introduction to Health Economics*, Second Edition, Virginia: Open University Press.
- Leonard, K. L., (2002), "When Both States and Markets Fail: Asymmetric Information and the Role of NGOs in African Health Care", *International Review of Law and Economics*, 22: 61-80.
- Marx, K., (2004), *Kapital, Kapitalist Üretimin Eleştirel Bir Tahlili*, (Çev. A. Bilgi), Birinci Cilt, 7. Baskı, Ankara: Sol Yayınları. (Orijinal Baskı: 1867).
- McGuire, T. G., (2000), "Physician Agency", in A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Ed.), *Handbook of Health Economics*, Chapter 9, (pp. 461-536), Amsterdam: Elsevier.
- McQuade, J. S., (1991), "The Medical Malpractice Crisis-Reflections on the Alleged Causes and Proposed Cures: Discussion Paper", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84: 408-411.
- Mills, A. and Gilson, L., (1998), "Health Economics For Developing Countries: A Survival Kit", Health Economics & Financing Programme Working Paper Series, No: 01/88.
- Newhouse, J. P., (1987), "Health Economics and Econometrics", *American Economic Review*, 77(2): 269-274.
- Noguchi, H. and Shimizutani, S., (2005), "Supplier-Induced Demand in Japan's At-Home Care Industry: Evidence from Micro-level Survey

- on Care Receivers”, *Economic and Social Research Institute (ESRI) Discussion Paper Series*, No: 148.
- Normand, C., (1991), “Economics, Health, and the Economics of Health”, *British Medical Journal*, 303: 21-28.
- Roemer, M. I., (1961), “Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment”, *Hospitals*, 1(35): 36-42.
- Sargutan, E., (2005), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3): 400-428.
- Say, J. B., (1971), *Treatise on Political Economy or the Production, Distribution and Consumption of Wealth*, New York (First Edition: 1821).
- Selçuk, M., (2015), *Çekinik (Defansif) Tıp*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim Dalı, İzmir.
- Sloan, F. A. and Feldman, R., (1978), “Competition Among Physicians”, in W. Greenberg (Ed.), *Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future*, *Federal Trade Commission Proceedings of a Conference*, March, pp. 57-131.
- Şahin, B., (2004), “Sağlık Kaynaklarının Kullanımında Değişkenlik Sorunu: Neden Yönetemiyoruz? Nasıl Yönetebiliriz?”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2): 201-232.
- Tengilimoğlu, D., (2011), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- The World Bank, (1993), *World Development Report: Investing in Health*, New York.
- Türkiye İstatistik Kurumu Yıllara Göre İl Nüfusları, (2016), Erişim Tarihi: 25.03.2017. www.tuik.gov.tr
- Ünal, E., (2012), “Sağlık Ekonomisi”, içinde M. Ateş (Ed.), *Sağlık İşletmeciliği*, (ss. 181-234), 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Vick, S. and Scott, A., (1998), “Agency in Health Care. Examining Patients’ Preferences for Attributes of the Doctor-patient Relationship”, *Journal of Health Economics*, 17:587-605.
- Wennberg, J. E. Barnes, B. A. and Zubkoff, M., (1982), “Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-Induced Demand”, *Social&Science Medicine*, 16: 811-824.