

Sağlık Sektöründeki Etik Problemlerinin Nedenleri

Asst. Prof. Dr. Filiz Tepecik (Anadolu University, Turkey)

Asst. Prof. Dr. Ayla Yazıcı (Anadolu University, Turkey)

Reasons for Ethical Problems in the Health Sector

Abstract

There are two main reasons of public interventions in the health market. First, the health care market cannot make efficient production on market conditions because of its attributes such as the unequal distribution of knowledge, being a public good, the presence of positive and negative externalities. Second, the public authority has also the aim to achieve justice. These qualities are also the source of ethical problems in the health sector, whether the service is generated, by the public or the private sector. Almost in all countries the health sector is usually provided by the public sector because of externalities. But because the side effects of the production of health services by the public sector emerged in recent years, the participation of the private sector was ensured to minimize these effects. For developing countries such as Turkey and Eurasian countries, a more effective use of the funds used for the health sector is recommended, and the space these expenditures cover in the budget are said can be scaled down with the opening of some areas for private entrepreneurs. However, the unique characteristics of the health sector seem to cause problems regardless whether it is produced by the public or the private sector. In this study it is attempted to give the attributes of the health sector in detail and to establish a relationship with ethical problems in the light of experiences in Turkey.

JEL codes: I18, L52, H40

1 Giriş

Sağlık piyasasına kamu müdahalelerinin iki temel nedeni vardır. İlk olarak, sağlık piyasası taşıdığı bilginin eşitsiz dağılımı, kamu malı oluşu, negatif ve pozitif dışsallık taşınması gibi nitelikler nedeniyle, piyasa koşullarında etkin üretim yapamamaktadır. İkincisi kamu otoritesi aynı zamanda adaleti sağlamak amacı da taşımaktadır.

Sağlık sektörünün bu nitelikleri, ayrıca etik problemlerin de kaynağını oluşturmaktadır. Hizmetin kamu ya da özel sektör tarafından üretilmesi, etik sorunların ortaya çıkmasını engellemektedir. Sağlık sektörü yarattığı dışsallık nitelikleri nedeniyle, genellikle bütün ülkelerde kamu aracılığı ile üretilmektedir. Fakat son yıllarda kamu sektörü tarafından sağlık hizmetinin üretilmesinin yan etkileri çok ön plana çıkması nedeniyle, özel sektörünün de üretime katılımı temin edilerek bu etkilerin azaltılması hedeflenmektedir.

Türkiye ve Avrasya ülkeleri gibi gelişmekte olan ülkelere sağlık sektörü için kullanılan fonların daha etkin kullanılması ve bu harcamaların bütçede kapladıkları alanın, bazı alanların özel girişimcilere açılması ile küçültülebileceği söylenmektedir.

Halbuki sağlık sektörünün kendine has nitelikleri kamu ya da özel sektör tarafından üretilmesine bakılmaksızın sorun yaratabilecek gibi görünmektedir.

Bu çalışmada sağlık sektörünün bu nitelikleri ayrıntılandırılarak, etik problemlerle ilişkisi kurulmaya çalışılacaktır.

2 Kamu Malı Olarak Sağlık

Piyasa her şeyden önce alıcıları ve üreticileri bir araya getiren bir yerdir. Bir mal ve hizmetin tüketicileri tarafından bedel ödenerek alınması için, bedel ödmeden alınmasının mümkün olmaması gerekir. Halbuki kamu malları bu en önemli kuralı ihlal eder görünmektedir.

İktisadi açıdan kamu malı ya da sosyal mal (Akalin, 1981), kolektif olarak tüketilen mal ve hizmetlerdir. Savunma, temiz hava, penisilinin keşfi veya ulusal sağlık istatistikleri yayınları birer kamu malı sayılabilir (Getzen, 1997). Kamu malları asgari iki temel nitelik taşırlar:

- Birincisi kamu malı bir kere üretildiği zaman ek kullanıcılar için ek maliyeti ya hiç yoktur ya da çok azdır. Diğer bir ifade ile kullanıcılar birbirine rakip değildirler, bu kamu malının tüketilemezliği düşüncesine neden olmaktadır.
- İkincisi bir bireyin kamu malını kullanması diğerinin de kullanımına engel olmaz. Normal malların tüketiminde olduğu gibi bir dışlama söz konusu değildir. Bu durum piyasada fiyatlanma problemi getirmektedir.

Bu iki özelliği taşıyan mal ve hizmetler tam kamu malı olarak sınıflanmaktadır. Fakat genellikle, ekonomide yer alan mal ve hizmetler bu özellikleri dereceli olarak taşımaktadırlar. Örneğin, eğitim hizmeti bir kere üretildiğinde ek kullanıcılar için maliyetinin düşüklüğü ile kamu malı özelliği taşımaktadır. Fakat dışlanamazlık

özelliği tam olarak gerçekleşmemektedir. Eğitim hizmetine konulmuş olan giriş sınırlılıkları, eğitim hizmetinin normal mallar gibi dışlama özelliğinin olduğunu vurgulamaktadır. Bu durum yarı kamusal malların özellikleri arasındadır.

Sağlık sektörü de yarı kamusal bir maldır. Hizmetin alımında hekimin ya da hastanenin zamanının sınırlanmış olması, tanı ya da tedavide getirilmiş olan sınırlılıklar –sağlık sigortasını yani finansmanını düşünmeden bile-sektörün yarı kamusal niteliğini göstermektedir. Çok az insanın yaşadığı bir bölgeye hastane yapıldığında ve hekim tahsis edildiğinde, bölgede yaşayanlar için bir kamu malı üretilmiş olur. Ek hastanın, hastane kapasitesini aşana kadar ek maliyeti yoktur. Hizmeti almanın bir sınırlılığı olmayacak ve bölgede yaşayan kimse hizmeti almaktan dışlanmayacaktır. Fakat kapasite aşıldığında, her ek hizmet talep edici hizmeti alanların hepsi için daha çok özel mala benzer şekilde -hekim randevuları, hastaneye yatmak için sıralar vb. gibi-sınırlılıklar yaratacaktır.

Özellikle sağlık hizmetlerinin birinci basamağı, koruyucu sağlık hizmetleri aynı zamanda pozitif dışsallıkta taşımaktadır. Piyasa fiyatlamasının gerçek maliyetleri yansıtmaması için pozitif dışsallıkların faydalananlar açısından da maliyete dönüşmesi gerekir. Örneğin, bir bulaşıcı hastalığa dönüşse herkesi etkileyecek olan grip, kızamık vb. bir hastalık aşılarda aracılığı engellendiğinde, engellemenin maliyeti sadece aşıları olanlar tarafından mı karşılanmalıdır? Eğer fiyatlandırma bu şekilde yapılırsa, yararlananların bir grubu hiçbir maliyete katlanmadıkları için aşı yaptıranların ödedikleri fiyat yüksek olacaktır. Ya fiyat yeterli sayı da insanın aşı yaptırmaya izin vermeyecek derecede yüksek olursa? Hatta sağlık hizmetleri arasında “bölünemez” ve çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bazı ihtiyaçlar vardır ki, karlı olmadığı için piyasa tarafından üretilmemektedir (ölçek ekonomisi) (Altay, 2007).

Kamu Malının Sonuçları

Sağlık hizmetinin kamusal mal nitelikleri, serbest piyasada üretimini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle de, toplumsal dışsallıkları göz önüne alınarak, kamu sektörü tarafından üretilmesi önerilmektedir. Kamu sektörü üretim tarzlarının en iyi tarafı, hem finansmanda hem de hizmetin sunumunda herkese eşit mesafe de durabilmesidir. Finansman vergiler aracılığı ile sağlanırken, hizmetinde asgari standartlarda ve eşit sunulması söz konusudur.

Hizmetin kamu tarafından sunulmasının kötü tarafı ise, piyasa mekanizmasının yerine merkezi planlamanın geçmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Piyasa mekanizması, herhangi bir üreticiye hangi malın, ne kadar üretilmesi gerektiğini, insanların nelere talebinin (ihtiyacının) olduğunu söyler. Bu mekanizmanın yerine merkezi otorite geçince bu bilgi de yok olur. Dolayısıyla, merkezi otorite sağlık hizmetlerinin ne kadar üretilmesi gerektiği, ne nitelikte talep edildiği konularında bilgiden yoksundur. Sağlık, kamu hizmeti olarak üretildiği zaman temel sorunda bu olacaktır. Üretilen hizmetin niteliklerinin ve çeşitlerinin, talep edilenden az olması çok mümkündür.

Diğer sorun, vergiler aracılığı ile finansmandan kaynaklanmaktadır. Vergi verenlerle hizmeti alanlar arasındaki bağ koştugu için, hizmet bedava olarak algılanmaktadır. Böylece vergi versin vermesin bir vatandaşlık hakkı gibi algılanan hizmet için aşırı talep oluşmaktadır. Vergi vermeden hizmetten yararlanılabilmesi “bedavacılık (free-rider) problemine”, ödeme yapanların da gönülsüzleşmesine (Getzen, 1997) giderek, sağlık sektörünün finansmanının sorun haline gelmesine de neden olacaktır. Talep artarken, ödeme arzusu düşmektedir.

3 Asimetrik Bilgi Altında Sağlık

Ekonomi teorisi, bir mal ve hizmet alım satımı sırasında tarafların bilgisinin tam olduğunu varsaymaktadır. Tam bilgi her iki tarafın her konuda bilgisinin olması demek değildir. Sadece her iki taraf için bilgiye ulaşmanın bir zorluğunun olmadığı ve sözleşmeyi etkileyen tesadüfî olaylar konusunda iki tarafın da aynı konumda olduğu bir durumu tanımlamaktadır (Macho-Stadler ve Perez-Castrillo, 2001). Fakat sağlık sektörü, doğası gereği belirsizliklerin olduğu bir yapıya sahiptir. Ama bu belirsizlikler konusunda tüm taraflar eşit mesafede değildir. Öncelikle, piyasanın tüm tarafları hastalığın doğası gereği maliyet ve zamanlama konusunda tam bilgiye sahip değildirler (Dolan ve Olsen, 2002). Diğer bir ifade ile bireyler ne zaman hasta olacaklarını, ne zaman bu harcamayı yapmalarının gerekeceğini, doktor da ne zaman gelir elde edeceğini bilemez. Bu durum sigorta sektörü için temel varlık nedenidir. Bu nedenle sağlık piyasası için harcama planlaması yapmak neredeyse imkânsızdır.

İkinci olarak hasta ve hekim arasındaki ilişkide de bilgi açısından farklılık vardır. Bir kere hastalandıktan sonra, taraflar açısından tedavinin muhtemel etkisi (iyileşme sadece tedaviye bağlı olmadığı için, hasta açısından alınacak bakımın kalitesi) de belirsizdir (Dolan ve Olsen, 2002). Sağlığın iadesi (hizmet alış verişinin sonucu) tedavinin etrafını çevreleyen belirsizlik yüzünden, sağlık bakımının (hekimin çabasının) tam bir sonucu değildir. Sağlık bakımı yanı sıra, pek çok diğer faktör hasta sağlığını etkilemiş olabilir (McGuire, Henderson, ve Mooney, 1988). Örneğin, hastanın beslenme tarzı iyileşmeye neden olmuş ya da engel olmuş olabilir. Ek olarak, sağlığın düzeltilmesinde tüm bu faktörlerin hangisinin daha etkili olduğunu ölçmek de zordur. Bu durumda, hasta hekime hangi göstergeleri dikkate alarak bir ödeme yapacaktır?

İki tarafın eşit bilgiye sahip olmadan yaptığı sözleşmeler ekonomi teorisinde asimetrik bilgi başlığı altında değerlendirilmektedir. Asimetrik bilginin en önemli sonucu, mal ve hizmetin fiyatlanması sorunudur.

Eğer hastalığın tedavi edilmesine göre fiyatlandırma yapılsaydı, sadece iyileşme halinde ücret ödenebilirdi. İnsanlık tarihinin başlangıcındaki şaman hekimler için, ya da ülkemizde hala bulunan, genellikle ortopedik rahatsızlık için başvuru alternatif tedavi ediciler için, sonuca göre ödeme yapıldığını söylenilebilir. Ödemenin hizmetin sonucunu temel aldığı bu durumlar özel ve azınlıktır ve bu durumda hekim çıktının belirsizliği riskini üstlenmiştir.

Aksine, pek çok durumda, özellikle de modern tıpta, sağlık hizmeti üreticileri riskten sakıncıdır (Tepecik, 2008) ve onlar hastaların veya üçüncü taraf ödeyicilerin (sigorta fonları) riski üstlenmesini beklerler. Burada ödeme tarzı iyileşme sonucu olmaksızın hizmetin hacmine dayanmaktadır. Diğer bir ifade ile hekim, ücreti hak edebilmek için hastasını iyileştirmek zorunda değildir, ödeme için sadece çaba göstermek zorundadır. Hatta çaba içindeymiş gibi görünmek zorundadır.

Asimetrik Bilginin Sonuçları

Bu konudaki ilk çalışmalar, Arrow'un (1963) piyasa başarısızlığını (rekabetçi piyasaların başarısız olması) bilgi eksikliğine dayandırdığı çalışmasına kadar götürülebilir. Arrow'un çalışmasına göre, taraflar eşit bilgiye sahip değilse, piyasa en iyi sonucu verecek şekilde çalışmamaktadır. Bir piyasa asimetrik bilgiden muzdaripse, piyasada oluşan fiyata, üretim miktarına ve hizmetin kalitesine kamu müdahalesi yani regülasyon gerekecektir.

Asimetrik bilgiden kaynaklanan diğer problemler ise, ahlaki tehlike (moral hazard) ve ters seçim (adverse selection)'dir. Asimetrik bilginin görüldüğü sektörlerden olan bankacılık, kredi verirken kredi talep edenlerin arasında şüpheli durumu olanları ayıklamaya çalışmaktadır. Ya da sigorta sektörü sigortalıların kendisini dolandırıp dolandırmadığından emin olmayı hedeflemektedir. Sigortacılık sektörü bireylerin sigorta yaptırdıktan sonra daha az dikkatli olmalarından (ahlaki tehlike) ya da sigortacının gerçekliğini kontrol edemeyeceği durumlarda sigortadan gereksiz tazminat talep edebileceklerinden (ters seçim) daima endişelidir. Asimetrik bilginin olduğu piyasalarda çaba ve sonucun gözlenebilme, kanıtlanabilme oranlarına göre farklı sözleşmeler oluşmaktadır (Tepecik, 2008).

Asimetrik bilginin diğer bir sonucu da az ve niteliksiz mal ve hizmet üretimidir (Akerlof, 2003). Yüksek nitelikli mal ve hizmetin elde edilme bedeli de yüksek olacaktır. Fakat yüksek nitelikli ürünlerle düşük niteliklileri birbirinden ayırmak bilgi problemi yüzünden mümkün olmadığı için, düşük nitelikli ürünlerde yüksek fiyattan arz edilecektir. Ürünleri talep eden bireyler kandırılma ihtimallerini göz önünde tutarak ortalama bir fiyat önerince, sadece düşük nitelikli ürünleri, yüksek fiyattan değil, ama gene de olması gerekenin üstünde bir fiyattan almış olacaktırlar. Ortalama fiyat yüksek nitelikli ürünlerin piyasada olmasına engel olacak bir mekanizma oluşturmaktadır.

Sağlık sektörü için bu durumu yorumlarsak, asimetrik bilgi sunulan hizmete ödenen bedelin daima yüksek ve alınan hizmetin kalitesinin daima düşük olduğu düşüncesine neden olacaktır. Hastanın ya da hasta gibi bilgisi eksik olan diğer tarafların sorunlarının çözümünü, temelde bilgi sorununu çözmelerine bağlıdır. Hizmet alıcılar, doğru hizmeti aldıklarından asla emin olmadıkları için, bilgiyi ya da bilgi yerine geçen göstergeleri arayacaklardır. Kurumlar açısından bilgi toplamak daha kolay olmasına rağmen, hasta açısından da bilgi yerine geçen hareketler söz konusudur. Mesela, bir hekimin diğerinin teşhisini teyit etmesi (Fama, 1980) ya da bunun yerine bazen sevimli bir yüz, bazen çok tahlil yapılması, bazen çok ilaç yazılması, eksik bilgisi olan tarafın göstergeleri olabilecektir.

Asimetrik bilgi, bilgisi olan tarafa sözleşmeyi kendi lehine yönlendirme şansı vermektedir. Hatta hekime, basit bir şekilde yalnızca hizmet temin edilmesinden farklı olarak, aynı zamanda hizmetin koşullarının belirlenmesinde, hatta kimin ne kadar hizmet alacağını belirlenmesi konusunda bir yetki vermektedir (Hillier, 2001).

4 Asil-Vekil İlişkisi

Asil-Vekil Teorisi, 1970'lerde geliştirilmiş ve 1980'lerde sağlık sektörüne uygulanmıştır. (Mc Guire, Hendersen ve Mooney, 1988; Skott ve Shiell, 1997). Sağlık sistemleri her aşamada asil-vekil ilişkisi üzerine kuruludur. En temel hali ile hasta ve hekim arasındaki ilişki asil-vekil ilişkisidir. Hekim hasta adına onun sağlığı ile ilgilenir. Sağlık sektöründe, çeşitli finans kurumları ve hastaneler aracı rolü üstlenerek farklı derecelerde asil ve vekil ilişkisi içine girmektedirler. Gelecek sağlık durumları bilinmediği için gelirlerinin bir kısmını sigorta kurumu aracılığı ile değerlendiren bireyler ile kurum arasındaki ilişki, yine asil-vekil ilişkisi içinde değerlendirilebilir. Bireyden topluma geçildiğinde, halkın sağlığı için fonların doğuşunu, şeklini ve harcama tarzını belirleyen sigorta kurumları ile bakım hizmetini sağlayan hastaneler, klinikler arasındaki ilişki yine asil-vekil ilişkisidir. Bakım hizmetini sağlayan birimlerin yönetim kurulları ile çalıştırdıkları hekim arasında ilişki, bireyler olarak hekimleri kontrol ettikleri ve ücretlendirdikleri oranda asil vekil ilişkisidir. Halk sağlığı sistemleri, ana nitelikleri itibarı ile nüfustan toplanan bir fonun vekiller aracılığı ile hizmet sağlayıcılara aktarılmasıdır ve her transfer yapısında asillerle vekilleri barındırır ve bilgi problemini taşır.

Teori gereği, “asil” ve ona vekâlet eden “vekil” ortak hedeflere sahiptir. Ve bunlar asilin hedefleridir. Vekil, bir işi görürken ya da bir mal veya hizmeti alırken ya da satarken, asil adına hareket eder. Asilin çıkarlarını kollar.

Sağlık sektöründe, tipik asil vekil ilişkisi, cebinden ödeyen hasta ile özel hekim arasındadır. Bu ilişki sağlık sigortası olmadığı bir durum için geçerlidir. Hasta sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda, profesyonel bilgisinin olmaması nedeniyle (gerekli olan bilgiyi edinmek fahiş derecede maliyetlidir), onun adına karar verecek bir vekil (hekim) ister (McGuire, Henderson, Mooney, 1988). Fakat asil ve vekilin amaçlarının ortak olmadığı rahatça iddia edilebilir. Asilin amacı hastalandığında en ucuz, en iyi bakım hizmetini almaktır. Vekilin amacı en iyi bakımı mümkün olduğunca yüksek fiyata sağlamaktır. Vekilin hedefleri, asil hedeflerine uyulup uyulmadığının kontrol edilemediği oranda asilinkilerle uyumlu olacaktır. Diğer bir ifade ile asil vekille aynı bilgiye sahip olmalıdır. Bu nedenle vekilin kontrol edilememesine yol açan, asimetrik bilgi söz konusu iken, durum biraz daha girift bir hal alır. Cebinden ödeyen hasta ve doktoru arasında hem asil vekil ilişkisi hem de asimetrik bilgi vardır.

İkinci asil ve vekil ilişkisi, genel pratisyenler ile sağlık fonları (sağlık sigorta planları) arasında tanımlanabilir. Amaçlar açısından durumu değerlendirirsek, sağlık sigorta fonlarının ya da sigorta şirketlerinin amacı mümkün olduğunca düşük maliyetle, prim ödeyenlerin bakımlarını temin etmektir. Vekil yine hekimdir.

Üçüncüsü sağlık fonları ve hastalara tıbbi bakım üreten hastaneler arasındaki ilişkide asil vekil ilişkisidir. Sağlık fonları kiralanmış hizmet için hastanelere ödeme yapar. Hastane yöneticileri (özel sektör ve kamu sektörü olarak farklılaşmakla birlikte) sigorta fonlarından daha çok pay almak için daha çok hastanın kendilerine ulaşmasını temin etmeyi hedefleyeceklerdir.

Dördüncüsü asil vekil ilişkisi hastane yöneticileri ve hastane tabanlı hekimler arasındadır. Bu işçi ve işveren ilişkisi tipik bir asil vekil ilişkisi olarak tanımlanabilir (Stiglitz, 1989). Ve hastaneler hekimlerin daha fazla hastaya bakarken, sigorta fonlarının daha çok hastane lehine kullanılmasını arzu ederler.

Aynı türde bir ilişki, ilaç firmaları ile hekim arasında söz konudur.

Özetle, sağlık sektöründe farklı taraflarla birkaç vekil ilişkisi yapılmıştır. İlişkinin bir çiftindeki değişme diğerlerini etkileyecektir. Her şeyden önemlisi hekimler, bilgi üstünlüğüne sahip olarak, bütün tarafların vekilidir. Hastanın en iyi hizmeti alması, ilaç firmasının ilaçlarının kullanılması, protezlerin ya da ameliyatta kullanılacak ürünlerin seçilmesi, teşhisin konulması sırasında kullanılacak teşhis materyalleri vb...

Bilginin bir tarafta toplanmış olmasından kaynaklanan bu yetki ya da güç, asillerin lehine ya da aleyhine kullanılabilir (Şengül, 2009). Sağlık sektöründe asil vekil ilişkisi aynı zamanda asimetrik bilgi altında kurulmaktadır. Çünkü asil olarak hasta kendisi için yapılması gerekeni bilemez (gizli bilgi), hekimin bilgisini ve kendisi ile gereken kadar ilgilenip ilgilenmediğini takdir edemez. Sigorta şirketi daha iyi bir konumda olmasına rağmen, benzer şekilde asimetrik bilgiden etkilenmiştir. Hekim, hastanın derdinin teşhisi ve tedavisinde neredeyse sınırsız yetkiye sahiptir. Sağlık üreticisi (hekim) hem hastaya hem de sağlık fonlarına da vekil olarak hizmet eder.

Eğer sigorta edilmiş hasta bağımsız genel pratisyenleri ziyaret ederse, hekim hem hasta hem de sağlık fonlarının vekili olacaktır. Eğer hasta hastane tabanlı bir hekimi ziyaret ederse, hekim hem hastanın, hem (de) hastanenin hem de sigorta fonlarının vekili olacaktır. Eğer sigortalı hasta hastaneye yatarsa, hastanenin, hastanın, hem de sağlık fonlarının vekili olacaktır.

Hekim ayrıca kendisi için de hedeflere sahiptir: Gelir, boş zaman, mesleki bilgisini geliştirme vb. (Şengül, 2009). Hekimin profesyonel amaçları hastalarının tedavi edilmesini gerektirir, fakat hekimin boş zaman talebi ya da daha fazla gelir talebi hasta istekleri ile çatışabilir. Vekil, asillerin bilemeyeceği, kontrol edemeyeceği bir durum söz konusu olduğunda, kendisi ve onlar için daha iyi olanın farklılaştığı bir durumda kimin için iyi olanı yapacaktır?

Sigorta şirketleri için ise, eksik bilgi durumunda, tekrarlanan veriler kullanılmaktadır. Sigorta şirketlerinin temel amacı maliyetlerini düşürmek olduğu için, hekimlerden talepleri de daha ucuz teşhis ve tedavi konusuna odaklanmaktadır. Vekilleri izleyen sağlık fonları, bilgi toplayacak ve bunu maliyeti düşürmeyi hedefleyen sözleşmelerle birleştireceklerdir.

Asimetrik bilgi altında, ters seçim ve ahlaki tehlike nasıl olabilir? Hastalar üçüncü taraf ödediği için, daha çok hekime başvuruyor olabilirler mi? Ya da hekimleri ile anlaşış sigorta dolandırıcılığı yapıyor olabilirler mi?

Asil Vekil İlişkisinin Sonuçları

Asimetrik bilgi, asil ve vekil için ortamı güvenilmez kılmaktadır. Bu nedenle bilgi eksikliğinin en önemli sonucu, yapılan sözleşme miktarındaki azalma ve yargı yoluna başvurularda artış olarak düşünülebilir. Fakat asilin gözleyemediği bir durumu mahkemede kanıtlaması da zor olacağından, bu durumun beklenen sonucu yapılan sözleşme sayısındaki düşüştür. Asimetrik bilgi, bilgi probleminin çözülmesi için ortak bir zemin oluşturulmadığı sürece, seçerek (aşırı dikkat göstererek) sözleşme yapılmasına neden olmaktadır. Yine de yargı süreci gerekirse, çok zor kanıtlayacakları bir mahkeme süreci söz konusudur.

Bu ilişkinin, toplumda genel bir güvensizlik ve tatminsizlik hissi oluşturması da bir başka sonucudur. Bireyler mal ve hizmetin kalitesine güvenmemekte, sözleşmelerinde daima kandırıldıkları ya da kandırılacakları hissi

taşımaktadırlar. Sözleşme kurulduktan sonra ise ihlalin yargıda çözümlenmesi süresi ve ihtimali de, bir başka maliyet kaynağı haline gelmektedir.

Vekilin gözlenememesi ayrıca ücretin doğru oluşmamasına neden olabilir. Sağlık fonları ya da hastalar, güvensizlik yüzünden vekile eksik ödeme yapabilirler. Eğer eksik ödeme yapılırsa, vekillerin buna, daha az çaba sarf etmek, meslek tatminsizliği vb. gibi tepkileri olabilir. Hatta belki de hastayı, hastaneyi, sosyal sigorta fonlarını sömürecek ya da hastanın hediyesi gibi tamamlayıcı para elde edecek veya ilaç sektörü endüstrisinden masa altı parası gibi “karaborsa sözleşme” geliştirebilecektir.

5 Türkiye’deki Sağlık Piyasası Uygulamaları

5.1 Bedavacılık Sorunu

Türkiye’de yeni sağlık düzenlemeleri öncesi, sağlık hizmetlerini tamamen kamu hizmet alanı olarak düzenlenmişti. Kamu hizmet alanı olmasının tüm sorunlarından da muzdaripti. Hizmet kalitesinin düşüklüğü, hizmet kurumlarındaki uzun kuyruklar, kamu hastanelerinde çalışan doktorların çeşitli adlar altında aldıkları ek ücretler vb. Sosyal güvenlik hizmeti herkesi kapsamıyordu, bu nedenle de toplumsal bir iyi niyet mekanizması çalışıyordu. Mesela, hasta olan ama sigorta şemsiyesi altında olmayan bir yakınınızı doktora götürüp, ilaçlarını almasında, ameliyatını olmasında ona yardım edebilirsiniz. Tabi doktorun yardımı ve onayı ile. Doktor ve sigortalı arasındaki bu iyi niyet yarışı, sigorta şemsiyesini toplumun geneline genişletirken, sosyal güvenlik fonlarının dolandırılması sonucunu doğuruyordu. Hatta kürtaj olan beyler bulunabiliyordu. Ya da başka hastanelere sevk edilmiş hastalardan istenen ilaçlarla en az iki hastanın ihtiyaçları karşılanabiliyordu.

Sorunu çözmek için kamu otoritesi Sağlık Bakanlığı, bir reçeteye yazılacak ilaç yazısına, bir hastaya yapılabilecek tahlilin sayısına, bir yılda aynı hastaya yapılabilecek müdahale ve tahlillere sınırlılık getirmeyi denemişti. İlaçların ve ameliyatların bilgilerini toplayan bir veri tabanı oluşturmaya çalışmıştır. Bununla birlikte, veri tabanı hala iyi nitelikli değildir.

Bir adım sonra, üç sosyal güvenlik kurumunu birleştirerek, ölçek ekonomilerinden faydalanacağı bir maliyet yapısına kavuşacağını ummuştur. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üç başlı sosyal güvenlik sistemini birleştirilerek, finansman yapısı düzeltilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmeti, taşıdığı yarı kamu malı nitelikleri ve kamu sektörü üretim tarzından etkilenmektedir. Üç kurum da, bireylerin prim ödemeleri ile sermayesini oluşturursa da, asıl finans kaynağının vergiler olması, bireylere sanki sıfır maliyetli bir hizmet alıyormuş hissi vermektedir.

Üç kurumun birleşmesinden sonra da maliyet artışları devam etmiştir. Bu nedenle, bazı hizmetlerin, bazı ilaçların, bazı teşhis yöntemlerinin sosyal güvenlik şemsiyesi dışına çıkarılmasına rağmen maliyet artışı devam etmiştir. Hatta doktor ile sigortalı arasındaki iyi niyet birlikteliğinin bozulması için, şemsiyenin tüm toplumu kapsamaması için çalışılmıştır. Aşırı kullanım sorununu çözmek için, doktora giden sigortalılardan katkı payı alınmıştır.

5.2 Asimetrik Bilgi ve Asil Vekil İlişkisi Problemi

Asil vekil ilişkisi ve bilgi problemi, sağlık sektörünün en büyük hastalığıdır. Sorun bilgi eksikliğinden kaynaklandığı için bilgi açığını tamamlayan mekanizmalar hizmetin alınmasını kolaylaştırmakta ve etkinliğini artırmaktadır.

Her şeyden önce vekil sözleşmeyi arzu ediyorsa, asilin kendi nitelikleri hakkında emin olmasını sağlamaya çalışacaktır. İş başvurularında diplomaların veya sertifikaların asili vekilin nitelikleri konusunda bilgilendirmek gibi bir fonksiyonu vardır. Ya da ürünlerin kalite ve üretim standartlarının bilgi sunma işlevi de, aynı amaca hizmet etmektedir. Hekimlerin, daha önceki müşterilere sundukları hizmetin yarattığı “olumlu şöret” de benzer şekilde bilgilendirme etkisi yaratacaktır. Sisteme olumsuz etkisi olan ama “şöhret” içinde değerlendirebileceğimiz bir başka uygulama da kurum hekimlerini önce muayene hanelerinde ziyaret etmek olarak düşünülebilir. Doktorların hastaları önce muayenehanelerinde kabul etmeleri, sonra hastanenin olanaklarını kullanma imkânı vermeleri, yani tedaviye kabul için sınırlılık getirmeleri, asilin amaçları ile vekilin amaçlarının benzer olmadığını da göstermektedir. Asiller vekillerin kaliteli bakımını temin edebilmek için, onlara -bir tür teşvik primi diyebileceğimiz- özel muayene ücreti, bıçak parası adı altında çeşitli ödemeler yapmaktadırlar. Ya da aynı hediyeler vermektedirler.

Fakat asimetrik bilginin hizmetin alınmasına en büyük etkisi, vekil olan bireyin çabasının ödüllendirildiği sözleşme türlerine gereksinim duyulması şeklinde görülebilir. Modern hekimlerin riski sevmeyen yapıları, vekilin sabit ücret talebi karşılandıktan sonra, çabasını düşürmemesi için, ayrıca ödüllendirildiği sözleşmeler düzenlemek gerektiğini düşündürmektedir. Bu tip sözleşmelerde, vekil daha iyi çalıştığında bazen ek bir sabit ödülle, bazen elde edilen sonucun bir yüzdesi ile ödüllendirilmektedir. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı, çalışanlarına benzer bir sözleşme ile bir teşvik mekanizması kullanmaktadır. Performans aracılığı ile kurumlarını ve sağlık sisteminde çalışanlarını birebir ödüllendirmektedir. Performans kriterleri [doktor için performans hesabı = (çalışılan merkezin performans puanı x kadro unvan katsayısı x çalışan gün sayısı x serbest çalışma) + (ek puan x gün sayısı x serbest çalışma) + (mesai dışı çalışma)] (www.saglik.gov.tr), Bakanlık’ın ikinci bir

kurumda çalışmamayı önemseydiğini de göstermektedir. Fakat henüz hasta memnuniyeti ile ilgili bir kriter geliştirilmemiştir. Bu nedenle de taleplerin hasta tatminine bir katkısı olmayacaktır.

Bir başka sonuç, düşük çaba veya ters seçim durumunda cezalandırma mekanizması olabilir ki, adalet sisteminin sorunları çözme yeteneğiyle yakından ilişkilidir. Özellikle hizmet sözleşmelerinde yetersiz çabayı ya da ihmali kanıtlamak oldukça zordur. Doktorun hastası için yeterince çabalamadığını ya da hastanın doktorun kusuru nedeniyle ciddi bir zarar gördüğünü kanıtlamak, ancak yine bir doktorun bilgisi ya da zararın gözle görünür olması ile mümkün olabilir (Bu konuda Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin kararlarına bakılabilir. Örnek olarak: 7.10.2008 tarihli E: 2008/11477, K:2008/11825). Ayrıca tüm doktorlar tarafından kabul edilmiş genel geçer bazı asgari hizmet değer yargılarının oturtulmasını da gerektirir ki, meslek odaları burada ciddi bir görev yüklenmektedir.

Ters seçim ve ahlaki tehlike problemlerinin çözümü birbiriyle ters çözümler önermektedir. Ters seçim için teoride önerilen çözüm, hizmetin kamu otoritesi tarafından verilmesidir. Ahlaki tehlike için öneri ise, kullanıcıların yararlandıkları hizmetin bedelini ödemeleridir (Dolan ve Olsen, 2002). Bakanlığın uygulamalarında alınan belli bir miktar katılım payı, hem hizmetin kamu hizmeti olmaya devam etmesini, hem de piyasa koşullarında imiş gibi etki yapmasını sağlamak için uygun gibi görülmektedir (SUT, 2008). Fakat katılım payının yüksek olması, hizmetin doğru kişilere ulaşmasına engel olabileceği konusunda eleştirilmektedir.

Bu konuda, asillerden biri olan sağlık fonlarının bakış açısından maliyetleri düşürmek hayati öneme sahip görünmektedir.

Yakalamak ve gelişmelere uzaktan bakmak mümkün görünmektedir. SGK ve Bakanlık, sağlık piyasası taraflarından birini oluşturmaktadır ve sağlık fonu yöneticilerinin temel problemine sahipler: Maliyetleri düşürmek istiyorlar. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT 2008), sigorta fonları ile neyin karşılanacağını ve neyin karşılanmayacağını açıkça ifade etmektedir.

Fakat önceki düzenlemelerden farklı olarak, kurum bilgi açığını kapamaya yönelik bir atakla bilgisayar teknolojisini kullanmaktadır. Doktorları, onların gördükleri hastaları, hastalara verilen ilaçları, yapılan tetkikleri kaydetmektedirler. Bu durum kuruma kontrol gücü vermektedir.

5.3 Hasta Bakış Açısından Durum

Sağlık piyasasının, hizmet sunmak istediği bireylerin bakış açısından, bilgi açığını kapatmanın imkânı henüz görünmemektedir. Fakat ulusal medyada yer alan gerek bilgilendirme reklamları, gerek doktorların özel olarak konuk edildikleri programlar sıradan insanların da bilgi seviyesini artırma yönünde dolaylı bir işleve sahiptir. Bununla birlikte, bilgi asimetrisinin yarattığı güvensizlik sorunları, sektörde bazı hizmetler özelleştirilince daha görünür hale gelmiştir. Örneğin, sanki televizyon dışında hekimlerin iletişim yetenekleri ya da iletişime verdikleri önem az olduğu için bazı problemler oluşmaktadır. Saldırıya uğrayan hekimler haberlerinde olduğu gibi.

6 Sonuç

Sağlık piyasası tarafların asimetric bilgiden yoğun bir şekilde etkilendiği kamu hizmet alanı olarak önemli problemleri bünyesinde barındırmaktadır. Çözümler için başlangıç noktası bilgiyi toplamaktan, işlemekten ve kullanmaktan geçmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık piyasasının ekonomi teorisi anlamında etkin çalışabilmesi için, tarafların bilgi açığını kapatacak şekilde bir danışma hizmeti vermesi pek çok maliyet probleminin düzenlenmesinde faydalı olacaktır.

Günümüzde pek çok ülke farklı farklı nedenlerden sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. Gelişmekte olan ülkelere de genel olarak hizmetin kalitesinin yükselmesi için, hizmetin bazı alanlarının özel sektöre açılması önerilmektedir. Fakat Türkiye'deki uygulamasında sektörün özel girişimcilere açılması, asimetric bilgi ve asil vekil ilişkilerinin şeffaflaşmasına neden olmaktadır. Bu durum, örneğin sektörün çalışanlarının asimetric bilgi kaynaklı, meslek haysiyeti ve itibari problemleri ile yüzleşmeleri ile sonuçlanabilmektedir. Ya da herkesin vekili olan hekimin bunu aynı veya nakdi ranta dökebileceğini düşündüren izler görülebilmektedir. Henüz Türkiye uygulamasında alınan tedbirler ve atılan adımlar sonlanmamıştır. Dönüşüm, sistem içerisindeki tüm bireylerin oyun teorisinde olduğu gibi karşılıklı hamleleri ile devam etmektedir.

Kaynakça

- Akalın, 1981. **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akerlof, 1970. "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, **84**, s.488.
- Altay, 2007. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, **64**, s.33.
- Arrow, 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, **53**, s.941.

- Dolan ve Olsen, 2002. **Distributing Health Care-Economic and Ethical Issues**, Oxford University Press, Oxford.
- Fama, 1980. "Agency Problems and the Theory of the Firm", *Journal of Political Economics*, **88**, s.288.
- Gale ve Stiglitz, 1989. "A Simple Proof That Futures Markets are Almost Always Informationally Inefficient," *NBER Working Papers* 3209, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Getzen, 1997. **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds**, John Wiley & Sons, Inc: New York.
- Leape, 1989. "Unnecessary Surgery", *Health Services Research*, **24**, s.351.
- Macho-Stadler ve Perez-Castrillo, 2001. **An Introduction to the Economics of Information- Incentives and Contracts**, Oxford University Press, Oxford.
- McGuire, Henderson ve Mooney, 1988. **The Economics of Health Care: an Introductory Text**, Routledge & Keegan Paul: London, UK.
- Resmî Gazete, **2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**, 29 Eylül 2008 Pazartesi, Sayı: 27012 (Mükerrer), Ankara.
- Skott ve Shiell, 1997. "Health outcomes are about choices and values: an economic perspective on the health outcomes movement", *Health policy*, **39**, s.5.
- Şengül, 2009. "Kamu ve Özel Sektör Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Klinisyen Hekimlerin İş Doyumları Arasındaki Farklılıkların Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma", *Ege Akademik Bakış*, **9**, s.1127.
- Tepecik, 2008. "Ekonomi Teorisi ve Sözleşme", *Güncel Hukuk*, **8**, s.31.
- Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, 2008. E: 2008/11477, K: 2008/11825 www.kazanci.com/KHO2/ibb/files/13hd-2008-11477.htm.