



Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 11

Sayı / Issue: 21

Sayfalar / Pages: 85-107

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi: 02.02.2021

Kabul Tarihi: 10.03.2021

## YARI KAMUSAL MALLAR VE ASİMETRİK BİLGİ ARASINDAKİ İLİŞKİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİ\*

Arzu ÇEVİK<sup>1</sup>

Cihan YÜKSEL<sup>2</sup>

### Öz

Yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi sorunu, kamu maliyesinin iki temel piyasa başarısızlığı olarak kabul edilmektedir. Tüketiminde rekabetin olmasına karşın faydasından dışlamanın mümkün olmadığı yarı kamusal mal ve hizmetlerin en bilinen örnekleri eğitim ve sağlıktır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin tüketiminin bireylere özel fayda sağlamasından kaynaklı fiyatlandırılabilir olması nedeniyle, bu mal ve hizmetler devlet üretiminin yanında piyasa üretimine de konu olmaktadır. Bir diğer piyasa başarısızlığı ise asimetrik bilgi sorunudur. Asimetrik bilgi, işlem sırasında bir tarafın diğer tarafa göre daha çok bilgiye sahip olması durumudur. Sağlık hizmetleri, yarı kamusal mal olma özelliği nedeniyle kamusal üretimin yanında piyasa üretimine de konu olmaktadır. Ancak aynı zamanda sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi sorunu da bulunmaktadır. Sağlık hizmetini talep edenler ile arz edenler arasında simetrik bilgi olmaması, sunulan hizmetin gerçek piyasa fiyatının oluşması önünde bir engel teşkil edebilmektedir. Bu çalışmada, yarı kamusal mallar ile asimetrik bilgi arasındaki ilişki sağlık sektörü örneği üzerinden açıklanmaktadır. İki ayrı piyasa başarısızlığını ifade eden yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi konusu kavramsal ve kuramsal çerçevede açıklanmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin bir örneğini oluşturan sağlık ekonomisi hakkında bilgi verilmekte ve sağlık ekonomisinde yoğun bir şekilde yaşanan asimetrik bilgi sorunu açıklanmaktadır. Davranışsal iktisat perspektifinden değerlendirmelerin yapıldığı çalışmada, sağlık hizmetlerinin kamusal üretiminin önemi vurgulanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yarı Kamusal Mallar, Asimetrik Bilgi, Sağlık Ekonomisi.

**Jel Kodları:** H31, H44, I18.

\* Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalında kabul edilen "Yarı Kamusal Mallar ve Asimetrik Bilgi Arasındaki İlişki: Sağlık Sektörü Örneği" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiş ve International Euroasia Congress on Scientific Researches and Recent Trends - VII'de bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Yüksek Lisans Öğrencisi, Mersin Üniversitesi SBE Maliye Anabilim Dalı, E-posta: [arzucevik1@gmail.com](mailto:arzucevik1@gmail.com), ORCID: 0000-0002-2377-7192.

<sup>2</sup>Doç. Dr., Mersin Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü, E-posta: [cihanyuksel@mersin.edu.tr](mailto:cihanyuksel@mersin.edu.tr), ORCID: 0000-0003-1959-1245.

### Atıf/Citation

Çevik, A. ve Yüksel, C. (2021), "Yarı Kamusal Mallar ve Asimetrik Bilgi Arasındaki İlişki Bağlamında Sağlık Hizmetleri", *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), s.85-107.

## HEALTH SERVICES IN THE CONTEXT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SEMI-PUBLIC GOODS AND ASYMMETRIC INFORMATION

### *Abstract*

Semi-public goods and the problem of asymmetric information are considered as the two main market failures in public finance. Education and health are the best-known examples of semi-public goods and services that cannot be excluded from their benefits, although there is competition in their consumption. Due to the fact that the consumption of semi-public goods and services provides private benefit to individuals and can be priced, these goods and services are also produced by market as well as state. Another market failure is the asymmetric information problem. Asymmetric information is when one party has more information than the other during the transaction. Health services are exposed to market production besides public production due to their property of semi-public good. However, there is also an asymmetric information problem in health services. The lack of symmetrical information between those demanding and supplying health services may prevent the real market price of the service provided. In this study, the relationship between semi-public goods and asymmetric information is explained through the health sector example. Semi-public goods and asymmetric knowledge, expressing two market failures, are explained in a conceptual and theoretical framework. Health economics, which is an example of semi-public goods and services, and the asymmetric information problem, which is intensely experienced in the health economics, are explained. The study, in which evaluations are made from the behavioural economics perspective, aims to emphasize the importance of public production of health services.

**Key Words:** Semi-Public Goods, Asymmetric Information, Health Economics

**Jel Codes:** H31, H44, I18

### **GİRİŞ**

Kamu maliyesi literatüründe kamusal malların üretimi ve sunumu her zaman için tartışma konusu olmuştur. Kamusal mallar teorisi alanında inceleme yapan ekonomistler bu malları sınıflandırırken belirli özelliklere dikkat çekerek, bu mal ve hizmetlerin sunumunda görev paylaşımının yapılmasını savunmuşlardır. Kamusal mallar teorisinin bilinen klasik tanımı, 1954 yılında Samuelson tarafından yapılmıştır. İlk yapılan tanımda tüketim üzerine odaklanılmış, tüketiminde rekabet olmama ve faydasından dışlanamama özellikleri vurgulanmıştır. Toplumdaki bireylerin kamusal mal ve hizmetlerden birbirinin tüketimini engellemeden faydalanması, bu malların üretiminin devlet tarafından sunulmasını gerektirmektedir. Bu mal ve hizmetleri devletin sunması, toplumdaki bütün bireylerin kapsanmasını sağlamaktadır.

Kamusal mallar teorisi; tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar ve erdemli mallar gibi alt tanımlamalara konu olmuştur. Tüketiminde rekabet olmama ve faydasından dışlanamama özelliklerinden herhangi birinin sağlanmadığı durumda yarı kamusal mallar teorisinin tanımı oluşmaktadır. Üretilen mal ve hizmetin faydasından dışlanmanın veya tüketiminde rekabetin olması halinde, ülkedeki bütün bireylerin eşit bir şekilde yararlanmaması noktasında yarı

kamusal mal ve hizmet kavramı oluşmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin en bilinen örnekleri eğitim ve sağlıktır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin tüketiminin bireylere özel fayda sağlamasından kaynaklı fiyatlandırılabilir olması dikkat çekmektedir. Bu özellikleri nedeniyle yarı kamusal mallar devlet üretiminin yanında piyasa üretimine de konu olmaktadır.

Bir diğer piyasa başarısızlığı ise asimetrik bilgi sorunudur. Asimetrik bilgi, işlem sırasında bir tarafın diğer tarafa göre daha çok bilgiye sahip olması durumudur. Asimetrik bilgi, 1974 yılında Akerlof tarafından ikinci el araba piyasası örneği ile literatüre kazandırılmış bir kamu maliyesi terimidir. Geleneksel yaklaşımda bütün aktörlerin tam bilgiye sahip olduğu varsayımı hâkim iken, Akerlof'un Amerikan ikinci el araba piyasası üzerine yaptığı çalışmasında araba satan kişinin, arabayı satın alan kişiye göre daha fazla bilgiye sahip olması konunun çıkış noktasını oluşturmuştur.

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal ve hizmet olarak kabul edilmesi, devlet üretiminin yanında piyasa üretimini de karşımıza çıkarmaktadır. Piyasa ekonomisinde asıl amacın "karlılık" olması, sağlık hizmetlerinin asimetrik bilgi altında üretimini sorunlu kılmaktadır. Özel sağlık kurumlarının, karlılıklarını artırmak adına asimetrik bilgiyi kullanmaları kaçınılmazdır. Böylece hastaların, sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olmayışı özel sağlık kurumlarının durumu kötüye kullanmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa ekonomisine bırakılmasının sosyo-ekonomik etkileri ve sonuçları, çalışmamızın ortaya çıkmasındaki ana düşünceyi oluşturmaktadır. Bu nedenle de, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin tartışılması önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sadece bir yarı kamusal mal olmaması, aynı zamanda asimetrik bilgi sorununa da sahip olması gerçeği, bu hizmetlerin devlet tarafından sunulmasının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmada öncelikle yarı kamusal mal ve hizmetler ile asimetrik bilgi konusu açıklanmaktadır. Yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi arasındaki ilişkinin sağlık hizmetleri konusu üzerinden açıklanması nedeniyle sağlık ekonomisi literatürü incelenmektedir. Çalışmanın en son bölümünde ise yarı kamusal mallar ile asimetrik bilgi sorunu arasındaki ilişki sağlık hizmetleri özelinde değerlendirilmektedir. Böylece, sağlık hizmetlerinin kamusal sunumunun gerekliliği tartışılmaktadır.

## **1. YARI KAMUSAL MALLAR VE ASİMETRİK BİLGİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Literatürde, yarı kamusal mal ve hizmetler ile asimetrik bilgi teorisi iki ayrı piyasa başarısızlığı olarak ifade edilmektedir. Bu iki piyasa başarısızlığı arasındaki ilişki göz ardı edilmektedir. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin piyasa tarafından sunulması durumunda var

olan asimetrik bilgi sorunu derinleşecektir. Bu doğrultuda yarı kamusal mal ve hizmetler ile asimetrik bilgi arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi, teorik olarak açıklanacak daha sonra bu iki kamu maliyesi konusu arasındaki bağlantı teorik çerçevede açıklanacaktır.

### **1.1. Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler**

Toplumda kişiler, devlet veya piyasa mekanizmasını kullanarak özel ve kamusal ihtiyaçlarını temin etmektedir. Devlet ile piyasa arasında tek bir belirgin farktan söz etmek mümkün değildir. Piyasa ve devlet, iktisadi faaliyeti koordine etmek için toplumda iki önemli mekanizmayı oluşturmaktadır (Kaul ve Mendoza, 2003: 79). Toplumun ihtiyaçlarını karşılayan mal ve hizmetler devlet veya özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Mal ve hizmetlerin tedariki ve bireyler arasında dağıtılma mekanizmaları, bir toplulukta ortaya çıkan ortaklaşa, üzerinde uzlaşmış kurumsal düzenlemeleri yansıtır (Hyman, 2010: 150).

Kamusal malların tüketimlerinin toplu olması, bu mal ve hizmetlerin sunumunda devletin rolünü ortaya koymaktadır. Kamusal mallar, tüm hanehalkı tarafından topluca tüketime konu olabilir (Myles, 1995: 257). İnsanlar, toplumsal ihtiyaçların en azından bir kısmının devlet tarafından karşılanmasını beklemektedir. İnsana yakışır bir yaşam için kamusal alanda bazı mal ve hizmetler sağlanmalı ve tüm insanların bu mal ve hizmetleri tüketmeleri gerekmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 79).

Kamusal mal kavramını iktisadi literatüre kazandıran kişi Samuelson'dur. Samuelson'a göre iki çeşit mal söz konusudur. Bunlar, toplumsal mallar ve özel mallardır (Samuelson, 1954). Samuelson, tam kamusal mal ve hizmetleri bölünmezlik özelliği ile ayırt etmiştir. Samuelson, kamusal malların yararlarının, belirli bireylerin bunları satın almak isteyip istemediğine bakılmaksızın, toplumun tüm üyelerine bölünmez bir şekilde yayıldığını iddia etmiştir (Pospisil, 2016: 445). Bunun en bilinen örnekleri arasında ulusal güvenlik ve diplomasi yer almaktadır. Kamusal mallar teorisi ile ilgili önemli katkı sağlayan bir başka isim ise Musgrave'dir. Musgrave (1958: 56)'e göre kamusal mal, kamusal gereksinimlerimiz sonrasında doğal özellikleri gereği kamu tarafından üretimi yapılan mal ve hizmetlerdir.

Toplumsal mallar ile özel mallar arasındaki ayırım kolayca yapılabilirken karma sunum niteliğine sahip yarı toplumsal malların ayırımını yapmak pek kolay değildir. Politik, sosyal, teknik ve ahlaki koşullara bağlı olarak devletin üretim alanı dışında piyasa tarafından üretilebilecek mal ve hizmetlerin bazıları kamusal alan içerisinde üretilecektir (Nadaroğlu,

2000: 65). Yarı kamusal mal ve hizmetlere örnek verilebilecek en belirgin mal ve hizmet, eğitim ve sağlık hizmetleridir. Bu mal ve hizmetleri kimin üreteceği konusunda sorun olmayacak şekilde hem piyasa hem de devlet görev üstlenmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 85). Çünkü bu mal ve hizmetler özellikleri gereği karma sunuma olanak sağlamaktadır. Yarı kamusal malların piyasa tarafından üretilebilmesi, devletin tamamen üretimden çekilmesini gerektirmemektedir. Yarı toplumsal nitelikteki bir mal veya hizmetin tamamen veya kısmen piyasa kesimine bırakılması, devletin tamamıyla saf dışı kalmasını gerektirmez (Nadaroğlu, 2000: 66).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin karma sunuma konu olması iki özellik ile ifade edilebilir. Birincisi, eğitim ve sağlık hizmetleri tüketime konu olan kişilere içsel fayda sağlamaktadır. İkincisi ise, tüketime konu olan bu mal ve hizmetler nedeniyle toplumsal faydada artışlar meydana gelmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 85). Toplumda içsel ve dışsal faydaların meydana gelmesi, bu mal ve hizmetlerin sunumunda görev paylaşımına neden olmaktadır.

Yarı kamusal mal ve hizmetler niteliği gereği hem piyasa kesimi hem de devlet kesimi tarafından sunulabilen ve pazarlanabilen mal ve hizmetlerdir. Sağlık ve eğitim gibi yarı kamusal hizmetlere olan isteklerini kişiler bireysel talep yolu ile dile getirmektedir (Pehlivan, 2012: 42). Bu hizmetlere yönelik kişilerin taleplerini açıklamaları piyasada fiyatlandırılabilmelerine olanak tanımaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetler, faydasından dışlamanın mümkün olduğu ve faydası bölünebilen mal ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Piyasa tarafından oldukça iyi temin edilebilen ancak birçok hükümetin vatandaşlarının bir kısmına veya tamamına ücretsiz ya da düşük maliyetle karşılamayı tercih ettiği mal ve hizmetler de vardır (Orchard ve Stretton, 2016: 54) ve yarı kamusal mallar bunun örneğini oluşturmaktadır.

Yarı kamusal mallar konusunda toplum ve bireylerin faydasında ortaya çıkan etkiler marjinal fayda teorisi ile açıklanmaktadır. Bireylerin sağladığı fayda marjinal özel faydaya karşılık gelirken, toplumda meydana gelen fayda ise marjinal sosyal faydaya karşılık gelmektedir. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin, yararlanan kişilere sağladığı marjinal özel faydanın marjinal sosyal faydadan az olması durumunda fiyatlandırılabilen kısmın az olması nedeniyle etkin ve yeterli üretim piyasa tarafından sağlanamayacaktır (Nadaroğlu, 2000: 56-57). Böyle bir durumda firma üretim miktarını hesaplarken sadece bedelini tahsil edebileceği kadarını yani sadece fiyatlandırabildiği özel faydanın karşılığını üretecektir. Geriye kalan sosyal fayda ise fiyatlandırılmaz kısmı oluşturmaktadır. Bu nedenle üretilmesi gerekenden az üretilen bir yarı kamusal mal ve hizmet toplumsal açıdan istenmeyen sonuçlar meydana getirecektir.

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunumundaki sorunlardan bir tanesi de sıkışıklık olgusudur. Hane halkı tarafından kamusal mal arzının kullanımı arttıkça, sıkışıklık, kamusal malın her kullanıcıya verdiği getiride azalmaya neden olur (Myles, 1995: 259). Bireylerin faydalarında azalmaların meydana gelmesinin nedeni sıkışıklık maliyetidir. Sıkışıklık noktasına ulaşıldıktan sonra ilave bir tüketicinin marjinal maliyeti sıfır değildir (Hyman, 2010: 151). Hizmetten yararlanan kişi sayısının artması ile birlikte yarı kamusal mal ve hizmetlere ulaşmada sorunlar meydana gelecek ve hizmetten gerektiği gibi yararlanılamayacaktır. Doğal olarak sıkışıklık, tüm hane halkının kamusal mallardan yararlanmalarından elde ettikleri faydaları azaltır (Myles, 1995: 262).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin klasik örneklerinden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetleri günümüzde kamusal ve özel olarak sunulmaktadır. Ancak bazı sağlık hizmetleri vardır ki bu hizmetler tamamen devlet tarafından sunulmaktadır. Genel sağlık hizmetleri piyasadan para ile satın alınabilen mal ve hizmetlerden sayılmaması nedeniyle kamusal üretim alanı içinde yer almaktadır (Şener, 2007: 385). Sağlıklı insan olma, ihtiyaçtan ziyade bir haktır. Devletin halkına anayasal olarak tanıdığı yaşama hakkı hastalığın ortaya çıkması halinde tedaviyi de içermektedir (Bulutoğlu, 2003: 266).

Toplumda sağlık hizmetlerinden bazı kesimlerin yoksun kalması diğer sağlıklı kesimi tamamen olumsuz etkileyecektir. Aynı şekilde toplumda genel sağlık taramalarının genişletilmesi toplumun genel sağlık düzeyini yükseltecektir. Genel sağlık hizmetleri etkin bir şekilde üretilmez ve finanse edilmezse, özel sağlık hizmetlerinin maliyeti ve tedavi masrafları kendiliğinden artacaktır (Şener, 2007: 385). Genel sağlık hizmetleri asgari ölçüde bütün toplumu kapsayacak şekilde sunulmalıdır. Sunulmadığı takdirde piyasada sağlık hizmetini özel olarak finanse eden kişilerin bu mal ve hizmetlere yaptığı maliyetlerde artış görülecektir.

## 1.2. Asimetrik Bilgi Sorunu

Ekonomide var olan aktörlerin piyasada tam bilgiye sahip bir şekilde hareket ettikleri varsayılmaktadır. Ancak gerçekte piyasa işleyişi içerisinde ekonomik aktörlerin tam bilgiye ve birbirleriyle simetrik bir bilgiye sahip olması söz konusu değildir. Piyasa işleyişi içinde bilginin tam olmaması ve ortaya çıkacak sonuçlar ile kişisel yetenek ve nitelikler arasında doğrudan bir bağlantı kurulamaması nedeniyle belirsizlik söz konusudur (Öztürk, 2004: 96). Piyasadaki bütün aktörlerin tam bilgiye sahip olmamaları nedeniyle etkileşim halinde olan iki taraftan birisi aleyhine bilgi asimetrisi yaşanmaktadır. Ekonomi teorisinde, bir işlemin

tarafının diğer tarafa göre daha fazla bilgi sahibi olması asimetrik bilgi durumunu yansıtır (Aldea ve Marin, 2007: 22).

Ekonomide belirsizlik içerisinde yaşanan bilgi sorunları bir takım kavramsal açıklamaları beraberinde getirmiştir. Davranış bilimleri, insanların ve algılarının farklı olduğunu bize hatırlatır (Schmid, 2005: 409-410). Davranışsal özellikler asimetrik bilgi sorununu etkilemektedir. Belirsizlik altında karar verilirken kişilerin bireysel riskliliği önem taşımakta ve kişilerin riskliliği ile olumsuz sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilecek nitelikte olduğu bilinmelidir (Chiappori, Gandhi, Salanie ve Salanie, 2009). Asimetrik bilgiyi davranışsal olarak açıklanmak mümkündür. Asimetrik bilgi, aslında piyasadaki üretici ve tüketicilerin davranış belirsizlikleri olarak adlandırılabilir (Çoban, 2005: 142). Alıcı ve satıcının davranışsal özellikleri asimetrik bilginin ortaya çıkmasında ve büyüklüğünü belirlemede etkili olmaktadır.

Bilgiden kaynaklı belirsizlik sorununun çözümü üzerine iki alternatif yaklaşım vardır. Bunlar, bilgi sorununun belirsizliği azalttığı veya arttırdığı yönünde çıkarımda bulunan Kartezyen-Öklidyen kapalı düşünce ile Babilyen açık düşünce sistemidir. Kartezyen-Öklidyen yaklaşımda kişiler her konu hakkında bilgiyi elde edebilirler ve bu durum belirsizliği azaltır. Babilyen düşüncede ise tersi durum mevcuttur. Yani ekonomideki karar birimlerinin bilgi seviyeleri arttıkça ekonomideki belirsizlik de artmaktadır (Akalın ve Dilek, 2007: 47).

Bilgi kavramı, hem ekonomi hem de sosyal yaşantıda büyük bir öneme sahiptir. Bilgi kavramı üzerine felsefe, sosyoloji ve psikoloji üzerine yapılan çalışmalar çok eskiye dayansa da ekonomi teorisinde bilginin tartışılmaya başlanması 20. yüzyılda olmuştur (Fidan, 2013: 95). Bilginin bir sistematik içerisinde açıklanması zaman almıştır. Birçok ekonomist bilgi sorunları hakkında çıkarımlar yapmış ancak bu sorunları ekonomi içerisinde mantıksal çerçeveye oturtmamışlardır (Alp, 2010: 176). Bu sürecin başlangıcı 18. yüzyıla rastlamakta ve Smith, Sismondi, Weber, Marshall, Mill gibi iktisatçılar eksik bilgi sorununa değinmiştir. Ancak, bilgi sorunu belirli bir sistematik dâhilinde açıklanmamıştır. Örneğin Smith, piyasadaki firmaların faiz oranlarında herhangi bir artışa gittiklerinde iyi borçluların piyasadaki çekilme yönündeki hareketlerini tespit etmiş ve borç verenlerin borçluların riskliliğini bilmeleri durumunda riskliliğe göre farklı risk primi sunacaklarını açıklamıştır (Alp, 2010: 176).

Bilgi teorisine katkı sağlayan önemli iktisatçılardan birisi F. A. Hayek'tir. Hayek, bilginin toplum ile birbirine bağlı olduğunu ifade etmektedir. Hayek, piyasadaki aktörlerin tam bilgiye sahip olmadığını söyleyerek diğer liberal iktisatçılardan ayrılmaktadır. Bilginin toplum içerisinde dağınık olduğunu, keşif ve mübadele yolu ile bir kişiden diğer kişiye aktarıldığını

ifade eden Hayek, bu tür bir bilgi alışverişinin merkezi planlamaya konu olamayacağını ifade etmiştir (Baştürk, 2010: 267). Hayek'e göre bilgi toplum içinde keşfedilmeyi beklemektedir. Kar ve rekabet unsuru toplum içindeki bilginin ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Bilgi teorisi konusunda önemli açıklamalar yapan Hayek, piyasada bilginin asimetrik dağıldığını kabul etmez, ona göre bilgi dağınıktır. Ayrıca ona göre tam bilgi durumu söz konusu değildir. Bir insanın tamamıyla bir bilgiye sahip olması oldukça güçtür. Hayek'e göre hiçbir insan bütünüyle bilgiye sahip olamaz ve bilgi insanlara bağlı olarak zaman ve mekân gibi şartlara göre değişebileceği için kesin bir sonuca ulaşmak mümkün olmayacaktır (Baştürk, 2010: 268).

Asimetrik bilgi kavramı, piyasada mal ve hizmetlerin üretim ve sunum sürecinde karşılıklı işlem yapan kişilerden birinin, diğerine göre daha çok bilgi sahibi olması sonucu ortaya çıkan bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Asimetrik bilgi sorununu modern anlamda tartışmaya açan kişi George Akerlof'tur. 1970 yılında yazdığı makalesinde piyasa mekanizması içerisinde kalite ve belirsizlikleri anlatabilmek amacıyla ikinci el araba piyasasında limon diye tabir edilen kötü arabalar üzerinden açıklamıştır. Amerikan ikinci el araba piyasasında işlem gören kötü arabalar limon diye tabir edilmektedir. İkinci el araba piyasasında alıcı ve satıcı arasında, satışa çıkan arabanın özellikleri konusunda bilgi asimetrisi yaşanmaktadır, sonuçta arabayı uzun yıllar kullanan satıcı, alıcıya göre daha çok bilgi sahibidir (Akerlof, 1970: 489). Piyasada iyi ve kötü arabalar vardır. Ve hepsi için aynı değer üzerinden fiyat verilmektedir. Kötü arabaların (limonların) da aynı fiyattan satılması, piyasadaki iyi arabaların piyasadan çekilmesine neden olacak ve kötü kaliteye sahip olan limonlar piyasada dolaşacaktır. Yapılan çalışmada, kalite ve belirsizlik arasındaki ilişki ortaya koyulmuş, dürüstlük olmadan ekonomik maliyetlerin genel yapısı belirlenmeye çalışılmıştır (Şimşek ve Karakaş, 2007: 22).

Piyasada bilginin simetrik dağılmaması neticesinde ekonomide daha çok bilgiye sahip olanın daha çok rant sağlaması söz konusudur. Asimetrik bilgi nedeniyle herhangi bir tarafın maddi ya da manevi bir kazanç sağlaması asimetrik bilgi rantı olarak tanımlanabilir (Şimşek ve Karakaş, 2007: 24). Rantın olduğu bir piyasada belirli sorunlar yaşanacaktır. Asimetrik bilginin olduğu piyasalarda en önemli sorunlardan birisi piyasadaki malların ortalama kalitesidir. Piyasadaki malların ortalama kalitesi, piyasa büyüklüğünü azaltacaktır (Auronen, 2003: 7). Malların ortalama kalitesi nedeniyle piyasanın küçülmeye başlaması sürecin devamında daha kötü bir hal alacaktır. Akerlof (1970), bu sorunu şu şekilde açıklamıştır.



Piyasada kötü arabalar, iyi arabalar gibi işlem görürse belirli bir süreden sonra piyasadan iyi arabalar çekilecek, dolaylı olarak piyasa büyüklüğü azalacaktır (Akerlof, 1970: 489-499). Bilginin tam olmayışı piyasada sorunlara neden olacaktır. Alıcıların eksik bilgileri piyasa başarısızlığına neden olmakta ve hatta piyasayı yok edebilecek duruma getirmektedir (Izquierdo ve Izquierdo, 2007: 860). Piyasada alıcının asimetrik bilgi nedeniyle malın gerçek değerini bilmesi mümkün değildir. Akerlof, bu durumu açıklarken Gresham Yasası ile ortak yanından bahsetmiştir. Gresham'ın örneğinde kötü para iyi parayı piyasadan dışlar, Akerlof'un örneğinde ise kötü araba iyi arabayı piyasadan dışlar. Ancak ilk durumda alıcı ve satıcı, iyi para ve kötü para arasındaki farkı söyleyebilmektedir (Akerlof, 1970: 490).

Gerçek piyasa düzeni içerisinde tek bir sektörde asimetrik bilgi sorunu yaşanmamakta ve aynı sektörde eş zamanlı olarak birden fazla asimetrik bilgi sorunu yer almaktadır. Akerlof limon modeli ile dışsal özelliklere sahip tek bir sözleşme ve tek bir piyasayı ele almakta, bu da sözleşme şartlarını etkileyen politikaların etkisini göz önünde bulundurmaya imkânsız kılmaktadır (Azevedo ve Gottlieb, 2017: 68). Ayrıca asimetrik bilgi sorunu karşılıklı olarak da yaşanabilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetleri alanında hastaların hastalık ve tedavisi hakkında tam bilgiye sahip olmayışı, yani doktorun uygulayacağı tedavinin bilinmemesi bir asimetrik bilgi durumunu yansıtmaktadır. Diğer asimetrik bilgi durumu ise hastanın doktoru yanlış yönlendirebilecek olmasıdır. Hastalığın teşhisi açısından hastalar doktoru yanlış yönlendirebilmektedir. Örnekte görüldüğü üzere asimetrik bilgi sorunu hem eş zamanlı hem de karşılıklı olabilmektedir.

Asimetrik bilgi sorunu iki ayrı sonuç meydana getirmektedir. Bunlar "ters seçim" ve "ahlaki tehlike" sorunlarıdır (Akerlof, 1970: 493). Bu iki sorundan dolayı piyasada işleyiş bozuklukları süreklilik arz etmektedir. Akerlof'un ters seçim sorununu açıklamak için verdiği örnek sigorta piyasası ile ilgilidir. Yaşlı insanların riskli grubu oluşturması nedeniyle özel sigorta faaliyetlerinden yararlanmaları zorlaşmakta ve riski daha az olan gruplara bu riski dağıtmak adına tıpkı ikinci el araba piyasasında olduğu gibi ortalama fiyattan sigorta işlemi yapılmaktadır (Akerlof, 1970: 492-494). Ahlaki tehlike durumunda ise durum farklılaşmaktadır. Ahlaki tehlike, sigorta şirketlerinin sigortalama faaliyeti sonrasında dürüst davranmayan kişiler nedeniyle uğradıkları zararı ifade etmektedir (Aldea ve Marin, 2007: 23). Görüldüğü üzere ters seçim ve ahlaki tehlike arasında önemli farklılıklar vardır. Ters seçim, riskli bireyin seçtiği kapsamın ne kadar büyük olduğu anlamına gelse de; ahlaki tehlike, politika sahibinin önleyici çaba seviyesinin en düşük seviyesini seçtiği anlamına gelmektedir (Matiş ve Matiş, 2013: 198). Ters seçim ve ahlaki tehlike sorununun kaynakları farklıdır. Ters

seçim, sigortacının zarar riskini doğru bir şekilde derecelendirememesinden kaynaklanırken, ahlaki tehlike ise sigortalıların kayıp riskini artıran gizli eylemlerinden kaynaklanmaktadır (Makki ve Somwaru, 2001: 2).

Herhangi bir piyasada asimetrik bilgi nedeniyle ürün, mal veya hizmetin kalitesinin belirlenememesi etkin kaynak tahsisinin sağlanamamasına neden olacak ve devletin piyasaya müdahalesini gerektirecektir. Devlet kurumsal düzenlemeler ile tüketiciyi koruma amaçlı ürünlerin kalitesi hakkında gözlemlenebilir bilgiler ortaya koymalı, kalite standartları koyup firmaları denetlemeli ve piyasayı Pareto optimaliteye yaklaştırmalıdır (Çoban, 2005: 149).

### **1.3. İki Piyasa Başarısızlığı Arasındaki İlişki**

Çalışmanın konusunu oluşturan yarı kamusal mal ve hizmetler ile asimetrik bilgi ayrı ayrı bir piyasa başarısızlığı olarak ifade edilirken, sağlık ve eğitim hizmetleri gibi bir yarı kamusal hizmetin içerisinde asimetrik bilgi de yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunumunda kar amaçlı yapıların oluşması, asimetrik bilgiyi barındırması ile birlikte piyasayı etkinlikten uzaklaştıracaktır.

Yarı kamusal mal ve hizmetleri tanımlayan en önemli özelliklerden birisi faydanın bölünebilir olmasıdır. Bazı mal ve hizmetler yapısı gereği tamamen piyasaya bırakılabilse de eğitim ve sağlık gibi kamusal hizmetler bu kategoriye girmemektedir. Bu mal ve hizmetlerin özel sektöre bırakılması halinde kar güdüsü ile hareket eden piyasadaki aktörlerin bu malların fiyatlarında artışa gitmesi veya kalitesiz sunum nedeniyle, devletin de üretime katılması söz konusu olmaktadır. Yarı kamusal mallar hem piyasa hem de devlet destekli sunulabilmektedir. Bu mal ve hizmetlerin hangi sektör ağırlıklı sunulduğu, ülkelerin yönetim anlayışına ve toplumsal yapılara göre değişiklik gösterebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin bazıları vardır ki bunlar tam kamusal mal ve hizmet olarak atfedilmekte ve tamamen devlet tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı ve koruyucu hizmetleri tam kamusal mal olarak sayılmaktadır ve bu nedenle devlet tarafından finanse edilmesi gerekir (Şener, 2007: 386). Devlet tarafından sunulmasının bir diğer nedeni de sağlık hizmetlerinin aynı zamanda asimetrik bilgiyi barındırmasıdır. Sağlık ve eğitim sektörünün bir yarı kamusal mal oluşunun yanı sıra asimetrik bilgiyi barındırması toplumda önemli sorunlara neden olmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerde temel amacın toplumsal faydayı artırmak olması gerekmektedir. Sağlığın koruyucu hizmetlerinde bütün toplumun faydalanması asıl amacı oluştururken, ikincil amacı ise, kişinin doğrudan yararlanmasıdır (Bulutoğlu, 2003:

263). Çünkü kişiler var olan asimetrik bilgi nedeniyle bu mal ve hizmetlere bireysel taleplerini çoğu zaman açıklayamazlar.

Sağlık ve eğitim hizmetlerinin yarı kamusal mal olmalarının yanı sıra asimetrik bilgiyi de barındırmaları piyasayı etkinlikten uzaklaştıracaktır. Sağlık hizmeti yarı kamusal mal sınıflandırmasına girdiği için rekabet koşulları altında çalışan bir piyasa sisteminde etkin kaynak tahsisini önlemekte ve belirsizlik altında asimetrik bilgilendirmeye yol açmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 44). Kar amacı ile hareket eden şirketler asimetrik bilgi altında bu mal ve hizmetler için denge fiyatının üzerinde fiyat belirleyeceklerdir. Ayrıca denge fiyatının artması ile birlikte denge miktarından uzaklaşılacaktır. Yukarıdaki anlatılan bilgiler doğrultusunda sağlık sektöründe faaliyet gösteren sağlık hizmeti sunucuları, mal ve hizmet sunabilmeleri amacıyla iyi eğitim almış, alanında uzmanlaşmış her geçen gün yeni teknoloji ile kendini yenilemeye çalışan ve bu teknolojik yenilikleri yakından takip etmesi nedeniyle toplumda diğer kişilere göre kendisine bilgi yatırımı yapan ve işi gereği bunu kullanması gereken kişilerdir. Böyle bir mal ve hizmet sağlayıcıların piyasada hizmet göstermesi asimetrik bilgi sorununa yol açar.

Yarı kamusal mal ve hizmetler genellikle bir uzmanlık alanı gerektirdiğinden, hizmeti alan ile hizmeti sunan arasında ciddi bir bilgi asimetrisi oluşmaktadır. Yarı kamusal mallar nitelikleri gereği özel sektör tarafından da üretilebildiğinden, asimetrik bilgi sorunu hizmet sunumunda etkinliği bozmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerde içsel faydanın varlığı özel sektör üretimiyle, dışsal faydanın varlığı ise kamu sektörü üretimiyle çözülebilmektedir. Ancak bu mal ve hizmetlerin aynı zamanda asimetrik bilgi sorununu da barındırıyor olması, özel sektör ve kamu sektörü arasındaki görev paylaşımını anlamsızlaştırmaktadır. Zira asimetrik bilgi sorunu altında yarı kamusal mal ve hizmetlerin özel sektör tarafından üretilmesi, ekonominin arzulanan dengeden sapmasına neden olmaktadır.

## **2. ASİMETRİK BİLGİYE SAHİP BİR YARI KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK EKONOMİSİ**

Sağlık, her toplum için sosyal ve ekonomik etkileri önemli olan bir hizmettir. Tüm toplumlar sağlık hizmetlerinin sunumu için kaynakları nasıl yönlendireceği ve bu kaynakları kullanmak isteyenler arasında nasıl tahsis edeceğine karar vermeyi amaçlamaktadır. Bu politika seçenekleri bizi sağlık ekonomisi disiplinine götürmektedir. Sağlık ekonomisinin ortaya çıkışının altında yatan temel nedenin kıt kaynaklar varsayımı olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı son dönemlerde genellikle iki şekilde olmaktadır. Bunlar; kamu ve özel finansman kaynaklarıdır. Kamu finansmanı vergiler, özel amaçla tahsis edilen vergiler ve primlerden oluşmakta, özel finansmanda ise doğrudan ödemeler, özel sağlık sigorta ve toplumsal finansman yani işçi ve işveren katkıları ile oluşan fonlar kullanılmaktadır (Ateş, 2013: 14-15).

Piyasalarda yaşanan bilgi edinme sorunu nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyeti devlet ve özel sektör arasında paylaşılmak istenilmektedir. Sağlık hizmetlerinde talep, kalite ve miktar konusunda tüketiciler bilgilendirilerek maliyet paylaşımının yapılması planlanmaktadır (Schmid vd., 2010: 742). Ülkenin ekonomik ve politik durumuna göre maliyet paylaşımının oranı değişmektedir.

Sağlık sistemi, sağlık hizmetleri gibi çok taraflı ilişkiler bütününden oluşmaktadır. Sağlık sistemi, sağlık hizmetini kullananlardan, ödeme yapanlardan, sağlayıcılardan, düzenleyicilerden ve bunlar arasındaki ilişkilerden oluşmaktadır (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002: 191). Dört temel unsur etrafında farklı politika birleşimleri ile sağlık sistemleri oluşmaktadır.

Sağlık hizmetleri genelde üç temel sınıflandırma ile ifade edilmektedir. Bu hizmetler, rehabilite edici, tedavi edici ve koruyucu olarak belirtilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri insan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla oluşturulan düzenlemeleri yansıtır (Hayran, 1998: 17). Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle hastalığın tespiti ve sonrasındaki sorunların çözümünü ifade etmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın ortaya çıkmasından sonraki süreçte oluşan tanı, teşhis ve tedavi hizmetlerini açıklayan bir süreçtir (Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012: 563). Rehabilite edici sağlık hizmetleri, insanların ruhsal veya bedensel olarak engelli kalmış olması nedeniyle çevresindeki herhangi bir kişiye bağlı kalmadan yaşamını idame ettirebilmesi için alması gereken hizmetleri kapsamaktadır (Başol, 2015: 130). Sağlık hizmetlerinin bu plan dâhilinde şekillendirilmesi ve örgütlendirilmesi sağlık sorunlarının önlenmesine, tedavi edilmesine ve sağlık maliyetlerinin en az seviyede tutulmasına yardımcı olacaktır.

Sağlık ekonomisinin konusunu, sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizi içermekte ve iki farklı yaklaşımla açıklanmaktadır: Pozitif ve normatif yaklaşım. Pozitif yaklaşım, sağlık ekonomisini anlamaya yönelik girdi, çıktı ve sonuç arasında neden-sonuç ilişkisini anlayıp aktarmaya yönelik bir yaklaşımdır. Normatif yaklaşım ise, politik bakış açısına, değer

yargılarına, hakkaniyet anlayışına göre oluşacak tercihleri yansıtmaktadır (Şenatalar, 2003: 25).

Sağlık ekonomisi çok boyutlu ilişkilerden oluşmakla beraber şu genel özelliklere sahiptir: sağlık hizmetlerinde talep esnekliği oldukça düşüktür, talep belirsiz ve tesadüfidir, hizmet kalitesi ölçülemez niteliklidir, sağlık hizmetleri ikame edilemezdir, toplumsal özellikleri çok fazla olmakla birlikte sosyal amacın ön planda olduğu bir hizmettir. Sağlık ekonomisinin en önemli özelliklerinden birisi de bu çalışmanın konusunu oluşturan asimetrik bilgi sorunudur.

Sağlık sektöründe temel unsurların insan davranışları ve bilgi unsuru olması, bu çalışma kapsamına davranışsal iktisat yazınının da alınmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık ekonomisi konusunda başat faktörün insan sermayesi olması nedeniyle hasta ve doktorların, doktor ve hastane yöneticilerinin, bürokratlar ve toplumun davranışsal farklılıklarına değinmek faydalı olacaktır.

Sağlık sorunu ile karşılaşan hastalar, bilgi edinimi, teşhis ve tedavi sürecinde verdikleri kararlarda belirleyici tarafı oluşturmaktadır. Sağlık personelleri teşhis ve tedavi hakkında bilgi vermeye hazır olsalar da hastalar birtakım endişelerle sağlık sorunları ile yüzleşmek istemeye bilirler. Herhangi bir sağlık sorunu belirtisinde maddi kaygılar olmaksızın sağlık kurumlarına gitmek istemeyebilirler. Bunun psikolojik ve davranışsal olmak üzere birçok nedeni olabilir. Kaygı bozukluğu gibi nedenlerle hastalar, önemli veya önemsiz bir sorunda doktora gidip bu sorunla yüzleşmek istemeyebilirler. Bu gibi durumlarda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeyi reddetme eğiliminde olabilirler. İnsan doğasının böyle karmaşık bir yapıda olması asimetrik bilginin yoğun olduğu sağlık hizmetlerinde sorun yaratmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde görev alan personellerin bilgi farklılıkları genellikle sağlık ekonomisi literatüründe sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde önemli sorunlardan birisi de uzman bilgiye sahip olan doktorların bu bilgi birikimini hastaların içinde buldukları durumu gözeterek düzenli ve hastaların karar vermelerine yardımcı olacak şekilde aktarmalarıdır (Duncan, 2009: 106). Bu nedenle sürekli bir bilgi akışı sağlanarak asimetrik bilginin etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır.

İnsanların fizyolojik yapısı nedeniyle sağlık sorununun ne zaman ortaya çıkacağı belirli değildir. Sağlık kamusal malı, doğası gereği tüm taraflar açısından eşit olmayan bilgi ve belirsizlik koşulları altında hizmet vermektedir (Tepecik ve Yazıcı, 2012: 383). Hasta ve doktorların belirsiz koşullarda bulunmaları nedeniyle, hastalar hastalık hakkında zamanlama

ve maliyet unsurları açısından tam bilgi sahibi olamayacaklardır. Bu gibi nedenlerle sağlık harcamalarının maliyetleri belirlenememektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında ücret veya kar isteği ile hareket edecek olan görevlilerle karşılaşmak mümkündür. Doktorlar var olan bilgi asimetrisinden yararlanarak hastayı yanlış bilgilerle yönlendirip, hastanın tedavinin gerçekte olduğundan daha yüksek kaliteli ve maliyetli olduğu düşüncesine kapılmasına neden olabilir (Frank, 2004: 11). Çoğu zaman bu durum karşısında özel sağlık sigortası alanında hizmet veren kurumlar, sigorta kapsamının daraltılması veya o tedavinin masraflarını karşılamama gibi önlemler alabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde doktor ve hasta arasında yaşanan asimetric bilgi sorununun iki temel sonucu vardır. Bu sorunlardan birincisi, hastanın kendi kararlarını verebilme yeteneğinin azalması iken, ikincisi hastanın kendisi için karar verecek olan doktora bağımlı hale gelmesidir (Mooney, 2003: 23). Hastalar sınırlı bilgiden kaynaklı doktorların kendilerini bilgilendirdikleri kadarıyla hastalığın tanı ve tedavisine dâhil olmaktadır.

Hizmet sunucuları ne kadar işinde uzmanlaşmış ve tecrübe kazanmışsa aradaki bilgi farklılığı hizmet sunan lehine o kadar artacaktır. Bu durumda bilgi asimetrisi; hizmet talep edicileri, hizmeti sunan kişilere yani talebi arza bağımlı kılmakta ve hizmet talep edenlerin hizmetin asıl maliyetini bilmesini engelleyip seçenekler arası karşılaştırma olanağını ortadan kaldırmaktadır (Sargutan, 2005: 431). Sağlık hizmetlerinde bilgili tarafın arz cephesi olması piyasa koşullarında bu durumun kullanılmasını beraberinde getirecektir. Sağlık arz edenler karı artırmak için kaliteyi düşürmeye çalışırlar ve asimetric bilgiden kaynaklı sağlık hizmetinden faydalanan kişiler kalite düşüşünü önleyemezler (Cookson vd., 2005: 141). Tedavi altında tutulan hastaların bilgi düzeyi oldukça sınırlı olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde tüketiciler ile üreticiler arasında var olan ilişkinin doğası gereği, aradaki iletişim asimetric bilgilerle çarpıtılır (Nolan, 2004: 7).

Asimetric bilgi sorunlarının tekrarlı alımlarla çözüleceği ifade edilmektedir. İnsanlar tecrübe ile bilgi sorunlarını azaltmayı hedeflemektedir. Ancak sağlık sektöründe bilgi ediniminin tecrübe edinmekle öğrenilmesi gibi bir durum söz konusu olmamakta, çünkü her bir sağlık sorununun niteliği ve çözümü farklılaşmakta, her hastalığın kendine has yanlarının bulunması nedeniyle asimetric bilgi sorunu her yeni hasta-doktor ilişkisinde tekrarlanan bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Nolan, 2004: 7). Sağlık hizmetlerinde, asimetric bilgi sorunu tecrübe veya tekrarlı alımlarla önlenemez niteliktedir. Asimetric bilgiden kaynaklı sorunların

önlenmesi için sürekli bilgi paylaşımı, gıda gibi tekrarlı alım-satımlarda etkili olurken, sağlık ve bireysel emeklilik yönetimi gibi sınırlı ve kontrol mekanizmasının elimizde olmadığı alanlarda bilgi paylaşımı asimetrik bilgi sorununu çoğu zaman çözüme kavuşturmamaktadır (Huffman, 2009: 1).

Asimetrik bilgi olgusunun insan davranışlarını sınırlandıran bir yapısı olduğu bilinmektedir. Sağlık sektöründe karşılaşılan sorunların büyük bir bölümünün insanların davranış şekillerine göre oluştuğu bilinmektedir. Asimetrik bilgi olgusunun iki olumsuz sonucu olan ters seçim ve ahlaki tehlike sorunları insan davranışlarının yansımaları oluşturmaktadır. Bu noktada insanların rasyonel seçimlerini etkileyen ve engelleyen davranışsal iktisat yazınına da değinmek gerekmektedir. Piyasa ekonomisinde temel çıkış noktalarından birisi insanların rasyonel karar aldıkları yönündedir. Ancak davranışsal iktisat tam olarak rasyonelliğin olmadığını, bunun yerine sınırlı bir rasyonelliğin olduğunu ifade etmektedir. Davranışsal iktisat, insanların "sınırlı rasyonellik", "sınırlı irade" ve "sınırlı kişisel çıkar" varsayımları lehine, rasyonel tercih memnuniyetini en üst düzeye çıkardıkları varsayımını reddeder (Posner, 1997: 1553).

Davranışsal iktisat, sağlık ekonomisi özelinde sağlık sektöründeki ters seçimleri açıklamaya çalışmıştır. Ters seçim sorunu, risk grubu yüksek kişilerin belirlenemeyip bunların daha az sigorta maliyetine katılmalarına izin vermektedir. Bu tanımlama ters seçim sorununun ortaya çıktığı ilk alanı oluşturmuştur. Özel sektörde faaliyet gösteren ve özel hasta bakım hizmeti sunan kurum ve kuruluşların sağlık personeli seçimi ters seçimlerle sonuçlanabilmektedir. Sağlık hizmeti talep eden tüketicilerin ters seçim nedeniyle bilgi birikimi ve deneyimi olmayan doktoru seçmesi sonucu hizmeti sunan doktorun bilgisini sorgulama olanağı bulunmamaktadır (Şimşek ve Karakaş, 2007: 24).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda doktorun hastaya göre daha çok bilgi sahibi olması, davranışsal iktisat çerçevesinde ahlaki tehlike sorununun da meydana gelmesine zemin hazırlar. Ahlaki tehlike sorununun yaşanmasında temel neden insan davranışlarının farklılığıdır. Yapılan araştırmalardan örnek vermek gerekirse, özel sektörde faaliyette bulunan doktorların hasta havuzlarından en ilginç vakaları seçmek için fiyatlarını kasıtlı olarak piyasa denge düzeyinin altında ayarlamaya gayret ettiklerini ortaya koymuştur (Frank, 2004: 6). Piyasaya bırakılan sağlık hizmetinin doktor davranışlarının belirsizliği altında sorunlar yaratma potansiyeli oldukça yüksektir. Asimetrik bilgi altında, doktorlar kar güdüsüyle hareket ederse ahlaki tehlikenin yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Doktorlar eksik bilgilendirilmiş hastalar için tam bilgiye sahip olmaları sebebiyle mesleklerini suiistimal

ederek kendi hizmetleri için talep yaratmaya çalışmaktadırlar (Frank, 2004: 6-7). Bunların yanı sıra, sağlık hizmeti veren sağlık çalışanları ve bunların özelinde doktorlar, yüksek riskli hastalıkların ölümle sonuçlanacağı varsayımından hareketle bu hastaları tedavi etme girişiminde bulunmamaktadır. Bu ahlaki yozlaşmanın asıl nedeni ise piyasada faaliyet gösteren hastanelerin ölümle sonuçlanan hasta tedavilerinin olumsuz bir verimlilik göstergesi olarak kullanılmasıdır.

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Yarı kamusal mal olan sağlık hizmetlerinin aynı zamanda asimetric bilgiyi de içerisinde barındırması bu konuyu araştırmada çıkış noktamız olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kişiye özel fayda sağlaması ile birlikte piyasada üretilebileceği ifade edilmiştir. Karma finansmana konu olan sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması durumunda karlılık amacının devreye girmesi ile birlikte, piyasadaki aktörler asimetric bilgi ile karşı karşıya gelmektedir.

Sağlık hizmeti talep edenler, bilgi asimetrisi nedeniyle piyasada zayıf tarafı oluşturmaktadır. Aslında ifade edildiği gibi bir serbest piyasa olmamakla birlikte, serbest piyasa söyleminin sağlık hizmetleri açısından kuramsal çerçevede kaldığı görülmektedir. Sağlık hizmeti sunanların ise, piyasada esas hâkim taraf olması nedeniyle aslında talep yönlendirici özelliklerinin olduğu görülmüştür. Bu durum serbest piyasa koşullarındaki sağlık sektöründe arz-talep dengesinin kendiliğinden oluşmadığının bir kanıtıdır.

Fiyatlandırılabilir olan mal ve hizmetlerin piyasa üretimine bırakılması gerektiği ifade edilir. Ancak sağlık kamusal malına olan talep olağanüstü bir durum olmadığı sürece önceden belirlenemez niteliktedir. Ayrıca sağlık hizmetleri stoklanamadığı için birey, sağlık talebini açıkladığında yeterli sağlık hizmeti bulamayabilir. Bilgisizlik ve gelir azlığı nedeniyle kişiler sağlık hizmetlerine taleplerini açıklamaya da bilir. Talep açıklanmadığı için de piyasa koşullarında denge sağlanmayabilir, eksik üretim söz konusu olabilir. Açıklanan talepler doğrultusunda bile sağlık hizmetleri piyasada eşitsiz dağılıma konu olabilmektedir.

Bilgi asimetrisi nedeniyle ortaya çıkan ahlaki tehlike ve ters seçim sorunu kamu sağlığının bozulmasına neden olmakta ve toplumun en küçük hücresine kadar zarar vermektedir. Piyasaya bırakılan mal ve hizmetlerin bütününe bakıldığında sağlık mal ve hizmetinin, diğer mal ve hizmetlerden birçok üstünlüğü vardır. Sağlık malının ikamesinin olmaması, sağlık hizmetinin stoklanamaması, sağlık sorununun ne zaman ortaya çıkacağına belirli olmaması,



sağlık taleplerinin tam olarak iletilmemesine neden olmaktadır. Böylelikle piyasada arz ve talep dengesi oluşmamaktadır.

Sağlık ekonomisinde, doktorun ve hastane yönetiminin asimetrik bilgi durumunda sergileyecekleri tutum farklı olmaktadır. Hastane yönetiminin veya sahiplerinin ticari bir iş olarak girmiş oldukları sağlık sektöründeki asıl hedefi para kazanmaktır. Bu doğrultuda doktor ve hastaları yönlendirerek asimetrik bilgi altında hastalığın teşhis ve tedavi aşamasında karlılığı artırma eğiliminde olmaları kaçınılmazdır. Özel sağlık kurum yöneticileri genellikle ekonomi alanında bilgisi olan kişilerdir. Ekonomi alanında eğitim gören bu kişiler sağlık harcamalarını, girdi-çıktı, etkinlik, verimlilik ve fayda-maliyet olarak değerlendirmek isteyip en az girdi ile en yüksek çıktıyı sağlamayı hedeflemektedir. Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinin bir hak olarak görülmesinden çok, ücret karşılığı satın alınan bir hizmete dönüşmesi söz konusu olacaktır. Sağlık alanında son dönemlerde ortaya çıkan iyi yönetim, müşteri memnuniyeti, kalite gibi söylemlerin nedeni ekonomik karlılığı etkileyen ana faktörler olmasıdır.

Verimli bir sağlık hizmeti politikasının temel amacı sağlık harcamalarından tasarruf sağlamak değil, toplumdaki vatandaşların daha uzun ve sağlıklı yaşam sürdürebilmesi için hastalıkları önlemek veya sağlık hizmetlerini iyileştirerek kaliteli sağlık üretmektir (Annemans, 2008: 2). Bu nedenle sağlık kamusal malı, toplumdaki bütün vatandaşlara yayılmalıdır.

Özel sağlık sektöründeki aktörlerin amacı, mal ve hizmet sunumlarının etkin ve verimli olması için çalışmaktır. Ayrıca maliyetleri minimum düzeyde tutmaya çalışmak temel hedefleri olacaktır. Fiyat mekanizmasının işlerliği için sağlık kamusal malı sadece ücretini ödeyebilene sunulacak ve ödeyemeyenler için hizmetten dışlama söz konusu olacaktır. Burada etkinliği sağlamaya dönük fiyatlandırma, gelir dağılımının adaletsiz olduğu ülkelerde gelir elde edemeyen kişilerin sağlık haklarını sektöre uğrattıkları, dolaylı olarak yaşama haklarını engelleyici nitelik taşıyacaktır.

Sağlık sektöründe, rekabet edilen unsurun fiyat olmaması gerekmektedir. Bunun yerine, hizmet kalitesi, hastanın tedavisinin yapılması, hastaların hastalık, tedavi ve sonraki aşamalarında bilgilendirilme rekabetinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin rekabete açılmasında esas olarak iki tartışma ortaya çıkmaktadır. Birincisi sağlığın yaşamın sürekliliği için gerekli olan bir hak olması, ikincisi ise sağlık hizmetinin sunumunda verimlilik, kalite ve etkinlik gibi unsurlara karlılık adına önem verilmesidir. Birinci görüşe göre insanın hakkı olan bir şeyi rekabete açarak tüketim yapacak olanlar arasında ayırım yapılması, rekabetin gerekli olmadığı görüşünü ortaya çıkarmaktadır. Ancak ikinci görüşe

göre, sağlık hizmetinin bir maliyetinin olması bu hizmetin sunumunda rekabetin gerekli olduğunu ifade etmektedir.

Rekabet ve kalite konusundaki test edilebilirlik oldukça kısıtlıdır. Fiyat düşüşleri veya kalite artışları sağlık hizmetleri piyasasında net bir şekilde ölçülememektedir. Bu ölçümün gerçekleşmemesindeki en büyük etken ise asimetrik bilgidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda asimetrik bilginin azaltılması amacıyla sağlık hizmetleri yararlanıcılarını eğitmek, sağlık çalışanlarına güven duymalarını sağlamak, kültürel ve sosyoekonomik koşulların gerektirdiği değişik hastalıklara ve tedavilere karşı hazırlamak ve onların sağlık okuryazarlığını teşvik etmek gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlananların kalite kaygılarını dikkate alarak, sağlık hizmetlerine olan ilgiyi ve kullanılabilirliğini artırmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini tüketen kişilerin sağlık hizmetleri alanında yapılan düzenleme ve yeni sağlık hizmeti oluşumlarında yer almaları sağlanmalı ve konu hakkındaki önerileri dikkate alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin bu derece ticarileştiği bir dönemde, 2019 yılının sonlarına doğru Çin’de grip kökenli bir virüs (Covid-19) ortaya çıkmıştır. Bir süre saklanan bu durumun Çinli bir doktor tarafından açıklanması, sağlık hizmetlerinde hükümet yetkililerinin asimetrik bilgi durumunu kullandıklarını göstermiştir. Salgının hızlı bir şekilde yayılmasının nedenlerinden bir tanesi de bilgilerin kamuoyu ile zamanında şeffaf bir şekilde paylaşılmamasıdır. Küreselleşme nedeniyle mal ve hizmet hareketliliğinin yanı sıra insan hareketliliğinin de üst düzeyde olması hastalığın kısa sürede salgına dönmesine neden olmuştur. Özelleştirilen sağlık sistemlerinin bu salgın konusunda yeterli gelip gelmeyeceği tartışılmaya başlanmıştır. Çoğu ülke ilk başta salgınla baş edebilecek makine, teçhizat ve personelin olduğunu ifade etse de, salgının her geçen gün hızlı bir şekilde yayılması sağlık sistemlerini zor bir duruma sokmuştur. Ülkelerin çoğunda sağlık sistemlerinin piyasalaşması, Covid-19 sağlık krizine hazırlıksız yakalanılmasına neden olmuştur. İtalya örneğinde olduğu gibi, çoğu hastaneler hastalara cevap veremez olmuş ve hasta seçimlerine başlanmıştır. İspanya’da özel sağlık kuruluşları kısa bir sürede devletleştirilmiş ve salgın hastanelerine dönüştürülmüştür. Hastalık hakkında doktorların da tam bilgiye sahip olmayışı, hastalığın teşhisini zorlaştırmış ve tedavi sürecini geciktirmiştir. Sağlık hizmetlerinde talebin arza göre daha fazla olduğu ve talebin belirsizliği çalışmamızda vurgulanmıştır. Hastalığın aniden ortaya çıkması, sağlık sistemlerinin hazırlıksız yakalanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmeti arz edenlerin sayıca

az oluşu ve bu hastalığı asimetrik bilgi nedeniyle teşhis edememeleri sağlık personellerinin de hastalığa yakalanmalarına neden olmuştur. Hükümetler, vatandaşlarına karşı salgın sürecinde şeffaf bilgi akışını sağlamakta çekimser kalmıştır.

Çalışmamızda sağlık yarı kamusal malının piyasa koşullarında belirsizlik ve asimetrik bilgi nedeniyle etkin ve verimli olarak kullanılmadığı sonucuna varılmıştır. Piyasada sağlık hizmeti talep edenler asimetrik bilgi nedeniyle sağlık hizmetinin kalitesini ve maliyetini bilemedikleri için piyasanın işlerliğini sağlayan arz-talep dengesini engellemektedir.

Yarı kamusal mal olan sağlık hizmetinin piyasaya bırakılma gerekçeleri, kamunun başarısızlığı ve söz konusu hizmetin fiyatlandırılabilirdiği ölçüde piyasada daha etkin sunulacağı varsayımdır. Piyasada herhangi bir sorun (çalışmamızın özelinde asimetrik bilgi sorunu) durumunda ise devletin denetim ve kontrol yoluyla sorunu çözmesi amaçlanır. Ancak sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özelliklerin oluşu, devletin kısmi müdahaleleri ile çözülemeyecek kadar önemli sorunların varlığını korur. Bu noktada teknik olarak piyasada sunulabilmesine karşın, sağlık hizmetlerinin tamamının devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti yaşam hakkının gereği olarak devlet tarafından, toplumdaki herkese eşit bir mesafeyle, adil ve ihtiyaca karşılık verecek şekilde sağlanmalıdır.

**KAYNAKÇA**

- Akalın, G. ve Dilek, S. (2007), “Belirsizlik Altında Firma Kararlarının İncelenmesi”, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(2), s. 45-61.
- Akerlof, G. A. (1970), “The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism”, *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), p. 488-500.
- Aldea, A. and Marin, D. (2007), “Asymmetric Information - Adverse Selection Problem”, *Economics and Applied Informatics*, 1, p. 21-28.
- Alp, S. (2010), “Avusturya Okulu Bilgi Teorileri ve E-ticaret Çerçevesinde Akerlof’un Limon Piyasa Modelinin Değerlendirilmesi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1), s. 175-190.
- Annemans, L. (2008), *Ekonomist Olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi*, Belçika: Acedemia Press.
- Ateş, M. (2013), *Sağlık Sistemleri*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Auronen, L. (2003), “Asymmetric Information: Theory and Applications”, *Seminar in Strategy and International Business*, Tu-91.167, p. 1-35.
- Azevedo, E. M. and Gottlieb, D. (2017), “Perfect Competition in Markets with Adverse Selection”, *Econometrica*, 85(1), p. 67-105.
- Başol, E. (2015), “Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri”, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), s. 128-140.
- Baştürk, E. (2010), “Avusturya Politik-İktisadını Anlamak”, *Liberal Düşünce*, 15(59-60), s. 263-272.
- Bulutoğlu, K. (2003), *Kamu Ekonomisine Giriş Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı*, İstanbul: YKY.
- Chiappori, P. A., Gandhi, A., Salanié, B. and Salanié, F. (2009), “Identifying Preferences Under Risk from Discrete Choices”, *American Economic Review*, 99(2), p. 356-362.
- Cookson, R., Goddard, M. and Gravelle, H. (2005), “Regulating Health Care Markets”, C. P. Smith, M. Sculpher and L. Ginnelly (Eds). In *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges* (pp. 121-147). New York: Open University Press.

- Çoban, O. (2005), “Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Piyasa Başarısızlığının Giderilmesinde Kamunun Rolü”, *Amme İdaresi Dergisi*, 38(2), s. 135-151.
- Duncan, P. (2009), *Values, Ethics and Health Care*, Londra: Sage Publications.
- Fidan, H. (2013), “İktisadi Açından Bilgi Kavramı ve Bilgi Kavramına Yaklaşımlar Üzerine Bir İnceleme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(9), s. 94-104.
- Frank, G. R. (2004), “Behavioral Economics and Health Economics”, *National Bureau of Economic Research*, (Nber) Working Paper No. 10881, p. 1-39.
- Huffman, W. E. (2009), “Does Information Change Behavior?”, *Working Paper - Department of Economics, Iowa State University*, (No. 1043-2016-85347), p. 1-9.
- Hyman, D. N. (2010), *Public Finance: A Contemporary Application of Theory to Policy*, Kanada: Nelson Education.
- Izquierdo, S. S. and Izquierdo, L. R. (2007), “The Impact of Quality Uncertainty without Asymmetric Information on Market Efficiency”, *Journal of Business Research*, 60(8), p. 858-867.
- Kaul, I. and Mendoza, R. U. (2003), “Advancing the Concept of Public Goods”, I. Kaul, P. Conceição, K. Le Goulvenand and R. U. Mendoza (Eds.), In *Providing Global Public Goods: Managing Globalization* (p. 78-111), New York, Oxford: Oxford University Press.
- Makki, S. S. and Somwaru, A. (2001), *Asymmetric Information in the Market for Yield and Revenue Insurance Products*, Washington: Economic Research Service.
- Matiş, C. and Matiş, E. (2013), “Asymmetric Information in Insurance Field: Some General Considerations”, *Annales Universitatis Apulensis - Series Oeconomica*, 15(1), p. 194-204.
- McPake, B., Kumaranayake, L. and Normand, C. (2002), *Health Economics: An International Perspective*, London: Routledge.
- Mooney, G. H. (2003), *Economics, Medicine and Health Care*, İngiltere: Pearson Education.
- Musgrave R. A. (1958), *Kamu Maliyesi Teorisi Kamu Ekonomisi Alanında Bir İnceleme*, (Çev. O. Şener ve Y. Mehtibay), Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2005), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Yayınları.
- Myles, G. D. (1995), *Public Economics*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Nadaroğlu, H. (2000), *Kamu Maliyesi Teorisi*, İstanbul: Beta.
- Nolan, A. (2017), “Health: Funding Access and Efficiency”, *The Economy of Ireland: Policy-Making in a Global Context*, 6(1), p. 356.
- Orchard, L. and Stretton, H. (2016), *Public Goods, Public Enterprise, Public Choice: Theoretical Foundations of The Contemporary Attack on Government*, New York: Springer.
- Öztürk, F. (2004), “Hayek'in Düşüncesinde Rekabet”, *Ekonomik Yaklaşım*, 15(51), s. 93-108.
- Pehlivan, O. (2012), *Kamu Maliyesi*, Trabzon: Murathan Yayınevi.
- Posner, R. A. (1998), “Rational Choice, Behavioral Economics, and the Law”, *Stanford Law Review*, 50(5), p. 1551-1575.
- Pospíšil, R. (2016), “The Macroeconomic Analysis of Public Goods and Their Influence in the Region of Czech Republic”, *Audit Financiar*, 14(136), p. 444-454.
- Samuelson, A. P. (1954), “The Pure Theory of Public Expenditure”, *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), p. 387-389.
- Sargutan, A. E. (2005), “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), s. 430-457.
- Schmid, A. A. (2005), “Economic Analysis and Efficiency in Public Expenditure”, J. G. Backhaus and R. E. Wagner (Eds.), In *Handbook of Public Finance* (p. 407-439), Boston: Springer.
- Schmid, A., Cacace, M., Gotze, R. and Rothgang, H. (2010), “Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), p. 455-486.
- Şenatalar, B. (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), s. 25-30.
- Şener, O. (2007), *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi*, İstanbul: Beta.
- Şimşek, S. ve Karakaş, A. (2007), “Asimetrik Bilgi - İktidar ve Kurumsal Düzenleme Üzerine”, *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20(4-5), s. 21-27.

- Tepecik, F. ve Yazıcı, A. (2012), “Sağlık Sektöründeki Etik Problemlerinin Nedenleri”, In *Proceedings of International Conference of Eurasian Economies 2012*, s. 382-388.
- Uz, H. (1998), “Sağlık Ekonomisi”, O. Hayran ve H. Sur (Eds.), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* içinde (s. 63-90), İstanbul: Yüce Yayım.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012), “Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma”, *Ege Akademik Bakış*, 12(4), s. 563-573.