

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/345604710>

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ: DIŞSALLIKLAR, KATASTROFİ VE ASİMETRİ BAĞLAMINDA BİR DEĞERLENDİRME

Chapter · August 2020

CITATIONS

0

READS

219

2 authors, including:



Ferdi Celikay

Eskisehir Osmangazi University

36 PUBLICATIONS 80 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Tax Behaviour [View project](#)



Reforms and supervisory organizations: Lessons from history of the İstanbul bourse [View project](#)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ: DIŞSALLIKLAR, KATASTROFİ VE ASİMETRİ BAĞLAMINDA BİR DEĞERLENDİRME

Ferdi ÇELİKAY*
Durdane KÜÇÜKAYCAN**

Giriş

Birlikte yaşamının gereği olarak mevcut kaynakların kullanımında hangi mal ve hizmetlerin, hangi yöntemlerle ve kimin için üretileceğine sürekli yanıt aranmaktadır. Günlük yaşamda her alanda bu kapsamda pek çok tercih gerçekleştirilir. Ekonomi bilimi de bu tercihlerin arkasında yatan gerçekliklerin anlaşılmasına yardımcı olur. Kıt kaynaklar ile ihtiyaçların karşılanması sürecinde yapılan tercihler genel olarak üç önemli soruna odaklanılmasını beraberinde getirir.

Bu sorunlardan ilki mevcut kıt kaynakların tümünden yararlanabilmesi yani tam kullanımın sağlanmasıdır. Buradaki temel amaç tabiatı gereği kıt olan kaynakların atıl durmasının engellenmesi, kapasitesi dâhilinde en yüksek performans ile yararlanılabilmesidir. Kaynakların tam kullanımı problemi yanında kurgulanacak üretim tekniği ile üretim kapasitesinin geliştirilmesi de arzulanmaktadır. Ayrıca sahip olunan ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanması kıtlık ve tercihler bağlamında odaklanılan bir diğer sorundur. Bu sorun ise bünyesinde dört önemli başlığa yanıt aramaktadır. Belirli zaman diliminde ve belirli bir mekânda; ne, nasıl, kim için üretilecek ve dağılım nasıl olacaktır? Bu soruların yanıtları ekonomik sistemin kendi iç dinamiklerince verilmektedir.

Sağlık ekonomisi açısından ise son iki sorunun daha fazla ön plana çıktığı ileri sürülebilir. Zira bu iki soru sisteme devletin müdahalesini de bera-

* Doç. Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, fcelikay@ogu.edu.tr

** Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, durdane@ogu.edu.tr

berinde getirmektedir. Özellikle sağlık hizmetinin nasıl ve ne kadar sunulacağı piyasa mekanizmasıyla kararlaştırılabilecek iken, kimin için üretileceği noktasında ise belirsizlikler vardır. Nihayetinde sağlık hizmetlerine olan talep ve tüketici birimlerin rasyonel karar alma sürecinin bu ürünler için gerçekleştirip gerçekleştirilmeyeceği tartışmalı bir husustur. Sağlık hizmetlerini talep eden ekonomik birimlerin asimetrik bilgi sahibi olması buradaki en önemli belirleyicidir. Yine dağıtımın nasıl yapılacağı da piyasanın hür serbestisine bırakılamayacaktır. Nedeni ise günümüzde temel insan haklarından biri olarak değerlendirilen “sağlıklı olma”nın toplumdaki tüm bireylere hizmet sunumunu zorunlu kılmasıdır. Bu iki husus sağlık hizmetlerinin üretim sürecine devlet müdahalesini kaçınılmaz hale gerektirmektedir.

Oluşturduğu dışsal fayda ya da maliyetler nedeniyle sadece bireyi değil toplumun diğer fertlerini de ilgilendiren sağlık hizmetleri, yararlanılma sürecinde bireyler üzerinde ağır mali yük oluşturabilmektedir. Mali yükün azaltılması, böylece bireylerin sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının sağlanması için kurgulanan finansman modelleri ise asimetrik bilginin varlığı nedeniyle etkin işlememektedir. İşte bu çalışmada dışsallıklar, katastrofi ve asimetrik bilgi bağlamında sağlık hizmetleri piyasasının genel özellikleri ele alınmakta ve kamu müdahalesinin gerekçeleri irdelenmektedir.

Beş bölümden oluşan çalışmanın ilk başlığında sağlık hizmetleri piyasasının genel özelliklerine değinilmektedir. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinin oluşturduğu dışsal fayda ve maliyetler ele alınmaktadır. Üçüncü bölümde sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecine bireylerin karşı karşıya kaldıkları katastrofik mali yük perspektifinden bakılmaktadır. Dördüncü bölümde bireyleri mali külfetten kurtarma amacıyla kurgulanan finansman modellerinde karşı karşıya kalınan asimetrik bilgi sorunsalı incelenmektedir. Beşinci ve son bölümde ise bahsedilen problemler çerçevesinde sağlık hizmetleri piyasasına kamu müdahalesinin gerekçeleri tartışılarak genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Genel Özellikleri

Sağlık sistemi, sağlık arz ve talebinin sağlık hizmetleri piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılaştığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır (Filiz, 2010, s. 29). Bu mekanizma, mevcut koşullarda sağlık hizmetlerine olan talebi, ihtiyacı karşılamak amacıyla piyasaya sürülmüş olan çeşitli sağlık hizmetleri üretimini, bu hizmetlerin fiyatlarının oluşumunu ve finansman biçimlerini inşa etmektedir.

Sağlık hizmetleri sistemi ise bir toplumun sağlık hizmetleri üretimi, tüketimi ve dağıtımını konusunda ilgili tercihleri yaptığı ve kararlarını verdiği örgütsel düzenlemeler ve süreçleri içermektedir. Bu sistem bünyesindeki temel unsurlardan biri kişisel ögedir. Kişisel öge, kısaca sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişileri ifade etmektedir. Nüfusun sadece hasta olan kesimi olarak kişisel ögeyi ifade etmek her zaman doğru olmayabilir. Sağlık hizmetlerinin tanımından sağlık sisteminin hasta olmayan gruplar için de bir şeyler yapabilme potansiyelinin olup olmadığı önem arz etmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sağlığı yükseltme ve sağlık eğitimi gibi türleri aslında sadece nüfusun hasta kesimini değil, hasta olmayanlar da dâhil tüm topluma yönelik faaliyetleri içermektedir (Çelik, 2016, ss. 130-131).

Ayrıca sağlık, özellikle beşeri sermaye kavramının temel unsuru olması nedeniyle toplumsal refah üzerinde de son derece etkilidir. Sağlık ile toplumsal refah düzeyi arasında, karşılıklı ve doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır. Bir üretim faktörü olan emeğin niceliksel ve niteliksel bağlamda üretim sürecindeki etkisi, üretim sürecini ve bu süreç sonunda ortaya çıkan değerlerin toplumsal refaha katkısını doğrudan etkilemektedir. Bununla beraber nüfus ve toplumun sağlık düzeyi, mal ve hizmet üretimindeki değişmelere bağlı olarak toplumsal refah üzerinde de dolaylı etkileri yaratmaktadır. Netice itibarıyla sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktalarından birisini; sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin doğrudan veya dolaylı şekilde toplumsal refah üzerinde etkide bulunması oluşturmaktadır (Çoban, 2019, s. 6). Bir mal ya da hizmete kamusal niteliği veren temel gerekçelerin içerisinde de bu olgu bulunmaktadır.

Akdemir ve Karakurt (2017, s. 223), literatürde sağlık hizmetlerinin tam kamusal niteliğinin tartışılmalı olduğunu ve tam kamusal sağlık hizmetlerine çok az örnek verildiğini ifade etmektedirler. Nitekim sağlık hizmeti yalnızca o hizmeti kullanan bireye fayda sağlıyorsa tam özel mal niteliğinde, eğer faydası toplum bireyleri arasında eşit paylaşılıyorsa da tam kamusal mal mahiyetinde olacaktır. Örneğin çevre kirliliği ile mücadele, acil sağlık hizmeti ve tüm toplumu solunum yolu ile taşınabilen bir hastalıktan korumaya çalışmak tam kamusal sağlık hizmetleri iken baş ağrısı için alınan aspirin ise tam özel sağlık mallarına iyi bir örnektir. Dolayısıyla birçok sağlık hizmeti karma niteliktedir. Tüketiciler tam özel fayda elde ederken bir yandan da toplumun diğer bireyleri kişinin bu hizmeti tüketmesinden fayda elde etmektedir. Bu hususa bir kişinin aşı olmasıyla kişinin özel fayda elde edeceği, ancak diğer bireylerin de bulaşıcı hastalıklardan korunabileceği durumu örnek olarak

verilebilir. Sağlık hizmetlerinin karma niteliği, bu hizmetlerden birçoğunun piyasadan alınabilir olmalarını sağlarken, dışsallık olgusu ise kamu kesiminin üretilmelerini zorunlu kılmaktadır.

Dışsallık özelliğinin bir mal veya hizmette bulunması çoğu kez üretim sürecinde piyasa ve kamu ekonomisi kesiminin ortak hareket etmesini beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri de sahip olduğu dışsallıklar nedeniyle en klasik kamusal mal ve hizmetlerden biridir. Gerek önleyici gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel fayda yanında çok önemli ölçüde dışsallık söz konusudur. Toplumdaki bir kişinin dahi tedavi edilerek sağlığına kavuşturulması ya da hastalığın önlenmesi, en azından üretim sürecini olumlu etkileyecektir (Aktan ve Işık, 2007). Sağlık hizmetlerinin kamusal açılarından barındırdığı özellikler, devletin müdahale alanlarını da buna göre şekillendirmektedir (Akdoğan, 2011, s. 51).

Tüketici açısından fiyat, bir mala sahip olabilmek için gelirinden ne kadar fedakârlık etmesi gerektiğini belirleyen bir faktör iken, üretici açısından ise tüketicilerin mala attettikleri değer için gösterge oluşturan bir değerdir (Çoban, 2019, s. 16). Piyasanın temelini oluşturan fiyat mekanizması, herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın arz ve talep dengesinin sağlamaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık hizmetlerinin sahip olduğu belirsizlik, katastrofi, asimetrik bilgi ve dışsallık gibi niteliklerden dolayı yalnızca piyasa mekanizmasının dağıtım, bölüşüm ve değişim konularında optimaliteyi sağlaması mümkün olmamaktadır. Piyasanın bünyesinde barındırdığı bu özellikler sebebiyle devlet, başta sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olmak üzere ilgili tüm alanlarda müdahalede bulunmakta ve aksaklıkları gidermeye çalışmaktadır (Çoban, 2009, s. 20).

2. Sağlık Hizmetleri ve Dışsallık

Ekonomik olayların temeli, özel ve toplumsal ihtiyaçların varlığına dayanmaktadır. Ekonomik birimlerin fayda ve/veya maliyetine bizzat katlandığı özel mal ve hizmetler piyasa ekonomisi içinde sunulurken, tüm toplumun yararlandığı kamusal malların üretimi ise kamu ekonomisinde karşılanmaktadır. Ancak bazı kamusal mal ve hizmetlerin zaman içinde “pazarlanabilme”, “fiyatlandırılabilme” ve “faydasının bölünebilme” özelliklerini kazanması yarı kamusal mal ve hizmet kavramını ortaya çıkarmıştır. Hem özel hem de kamu sektöründe üretilen yarı kamusal malların en önemli özelliği dışsallık yaymalarıdır (Armağan, 2003, s. 1).

Dışsallık, bir bireyin üretim veya tüketim faaliyetinin başkalarının refah düzeyini olumlu ya da olumsuz biçimde piyasa dışı yollardan etkilemesidir. Piyasa açısından üretimde ve kaynak dağılımında etkinsizliğe neden olan bu durumun rekabetçi piyasa içerisinde çözülmesi mümkün değildir (Çoban, 2009, s. 27). Dışsal ekonomiler, gerçek ya da tüzel kişilerin üretim veya tüketiminden diğer kişi veya kuruluşların fayda ve maliyetlerini olumlu/olumsuz etkilenmesi ile ortaya çıkmaktadır.

Piyasa ekonomisinde, pozitif dışsallık yayan mal ve hizmetlerin toplum için gerekli düzeyin altında; negatif dışsallık yayan mal ve hizmetlerin de gerekli miktarın üzerinde üretildiği bilinmektedir. Bu gibi durumlarda da etkin kaynak kullanımı, gelir dağılımı ve istikrar amaçları olumsuz yönde etkilendiği için devlet tarafından piyasa mekanizmasına müdahale ile dışsallıklar içselleştirilmeye çalışılmaktadır (Armağan, 2003, s. 1).

Edizdoğan, Çetinkaya ve Gümüş (2018, s. 30) “üçüncü kişi etkileri” adını da verdikleri dışsallığı, “toplumun belirli bir üyesi tarafından yapılan üretim ve tüketim sonucu doğan fayda ve maliyetlerin toplumun diğer üyelerine yayılması” olarak ifade etmişlerdir. Genellikle topluma önemli derecede dışsal faydalar yayan mal ve hizmetin üretimi piyasa ekonomisinde üstlenilmemekte ve bu durumda da kamu sektörü devreye girmektedir. Dışsal faydası fazla olan mallar için devletin müdahalesi ile üretimin devamlılığı sağlanmaktadır. Üretim ya da tüketimi topluma önemli düzeyde maliyetler yükleyen mal ya da hizmetlerde ise üretimin kısıtlanması ya da yasaklaması söz konusu olabilmektedir (Edizdoğan vd., 2018, s. 33).

Sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sunulmasının gerekçelerinden biri, bünyesinde barındırdığı “dışsallık” özelliğidir. Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler vb. gibi negatif dışsallıklar nedeniyle devlet sağlık hizmetleri sunumunu üstlenebilir. Zorunlu aşılama, karantina, halk sağlığını koruyucu hizmetler, genel sağlık taramaları vb. bu kapsamda değerlendirilmektedir (Altay, 2007, s. 39).

Özellikle sağlık hizmetlerine ilişkin olarak belirgin biçimde ortaya çıkan pozitif dışsallıklar, başta sağlık hizmetlerinin sunumu olmak üzere sağlık sektörünün tümüne devletin müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Sağlıklı bireylerin sosyal faydalarına ilişkin katkılarının oldukça yüksek olması, toplumsal sağlığı koruyucu hizmetlerin, devlet tarafından sunulmasını gerektirmektedir (Altay, 2007, ss. 35-36).

Ekonomik karar vericilerin eylemlerinin diğer birimlere fayda sağlaması ve bu faydayı elde edenlerin eylemi gerçekleştirene bir ödemede bulunmaması sonucu ortaya çıkan duruma “pozitif dışsallık” denilmektedir.

Gerek üretim ve gerek tüketim sonucu ortaya çıkan pozitif dışsallıklar durumunda ekonomide oluşan sosyal fayda piyasada oluşan özel fayda fonksiyonundan daha yüksektir. Bu durumda mal veya hizmetlerin piyasa fiyatı üreticiler için sosyal dengenin altında oluşurken tüketiciler için bu fiyat yüksek olmaktadır. Nitekim tüberkülozlu bir hastanın tedavi edilmesi bu hastalığın toplum genelinde hastalığın yayılmasını önleyecektir. Dolayısıyla tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetine sadece hasta katlanırken, onun dışındakilerin sağlığının korunması pozitif dışsallığı oluşturmaktadır (Armağan, 2003, s. 9). Negatif dışsallıklar ise, ekonomik karar birimlerinin faaliyetinin, diğer ekonomik birimlerin faaliyetlerinde bir zarara neden olurken, bu eylemden doğan zararı karşılamak için ödeme yapmadıkları durumlarda oluşmaktadır (Uzgören ve Yücel, 1999, ss. 101-102).

Sağlık hizmetleri piyasada alım-satıma konu olmasına karşılık dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir “kamusal hizmet”tir. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum oluşturma en önemli aracıdır. Ayrıca devlet, “tedavi hizmetleri” alanında da faaliyet göstermektedir. Buradaki amaç ise söz konusu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkıda bulunmaktır (Altay, 2007, s. 39). Sağlık hizmetleri arasında “bölünemeyen” ve çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bir takım ihtiyaçlar vardır ki, yeterince karlı olmadığı için piyasa tarafından üretilmemektedirler. Bu nedenle özellikle çevre kirliliği, salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ve etkin aşılama vb. gibi sağlıkla ilgili ihtiyaçların tatminine yönelmiş sağlık hizmetleri üretiminin sunucusu kamu sektörü olmaktadır (Altay, 2007, s. 35).

Bireyler çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları zaman sadece kendileri için tehlike yaratmamakta, aynı zamanda akrabaları, aileleri, arkadaşları, komşuları ve ilişkide bulundukları herkes için hastalık riskini yükseltmektedirler. Dolayısıyla bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığı takdirde sadece kendileri fayda sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda etrafındakilere ve genel olarak toplumdaki diğer bireylere de fayda sağlamaktadırlar (Mutlu ve Işık, 2012, ss. 49-50).

Sağlık hizmetlerindeki pozitif ve negatif dışsallıkların varlığı devlet müdahalesini adeta zorunlu kılmaktadır. Nihayetinde bu hizmetler şahsa

özel fayda sağlamasının yanında beşeri sermaye birikiminin ve toplum sağlığının da önemli bir bileşenidir. Sağlık hizmetlerinde devletin rolü sağlık hizmetlerinin türüne bağlı olarak değişmekle beraber dışsallığın etki alanıyla da yakından ilişkilidir.

3. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Katastrofik Özelliği

Bireyin sağlığını yitirmesi sonrasında tekrar eski günlerine kavuşabilmek için katlanacağı sağlık harcamaları yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre mikro ölçekte yapılan sağlık harcamaları hane halkının gelir ve harcama kapasitesini zora sokabilme, diğer gereksinimlerini erteleme ve mali durumlarının bozulmasına neden olma gibi potansiyel tehditlere sahiptir (Xu vd., 2003, ss. 111-112; Xu vd., 2007, ss. 973-974; Yardım, Çilingiroğlu ve Yardım, 2010, ss. 26-30). Bu durum teorik olarak “katastrofi” terimine karşılık gelmekte olup, “katastrofik sağlık harcamaları” ise hane halkı nezdinde bahse konu harcama kalemlerinin oluşturduğu yüksek mali yükü ifade etmektedir. Bu bağlamda katastrofik sağlık harcaması “belirli bir zaman aralığında yapılan ödemelerin birey ya da hane halkının aynı dönemde elde ettikleri gelir ya da harcamalar içerisindeki yğunluğu” ile ölçülmektedir.

Katastrofik sağlık harcamalarının ortaya çıkmasındaki en önemli etken, sağlık hizmetlerine olan talebin bireyin “iyi olma” halinde “normal ya da lüks” bir mal veya hizmet şeklinde değerlendirilirken, hastalık sonrasında ise bir “zorunluluk” olarak konumlanmasından kaynaklanmaktadır. Nihayetinde bireyin tekrar iyi olabilmesi, fiyatı ne olursa olsun sağlık hizmetini almasına bağlıdır. Böylesi bir durumda bireysel sağlık hizmeti talebi fiyata karşı duyarsızlaşmakta hatta sıfır esnek hale gelmektedir.

Sağlık sistemi genel olarak koruyucu, önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetlerinin bileşiminden oluşmakta ve hizmetlerin koordinasyonu ile işlemektedir. Bireyin salt satın alma ya da ödeme gücüyle “hizmet talep eden” şeklinde rol aldığı bir sağlık sisteminde, bahsedilen hizmetlerin maliyetini ya da piyasada oluşan bedelini bireyler cepten yapacakları ödemeler ile karşılayacaktır. Sağlık hizmetlerinde mali katastrofi de tam olarak burada ortaya çıkmaktadır. Bireyin bahsedilen sağlık hizmetlerine oluşturacağı talep bir hastalık nedeniyle önlenemez hale geldiğinde, bu hizmetlerin tedariki ek mali kaynağı zorunlu kılacaktır (Gotsadze, Zoidze ve Rukhadze, 2009; Li vd., 2012, ss. 665-666).

Şayet bireyin ekstra mali kaynak oluşturma imkânı yoksa diğer mal ve hizmetlere olan talebini kısması ve/veya borçlanması gerekmektedir. Dolayısıyla ortaya çıkan hastalık sonrasında gereksinim duyulan sağlık hizmeti, bireyin hayat standardını muazzam ölçüde düşürecek, temel ihtiyaçlarını karşılamasını engelleyecek ve hatta bireyi yoksul hale getirecektir (Wagstaff, 2002, ss. 340-350; Flores vd., 2008; Yereli, Köktaş ve Selçuk, 2014, ss. 273-295; Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018, ss. 59-78). Hastalanmanın öngörülemez ve belirsiz olması yanında sağlık hizmetleri sunumundaki yüksek maliyetler ve fahiş fiyatlar ile karşı karşıya kalınması da mali katastrofinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır.

Sağlık harcamalarında mali katastrofinin çıkma süreci;

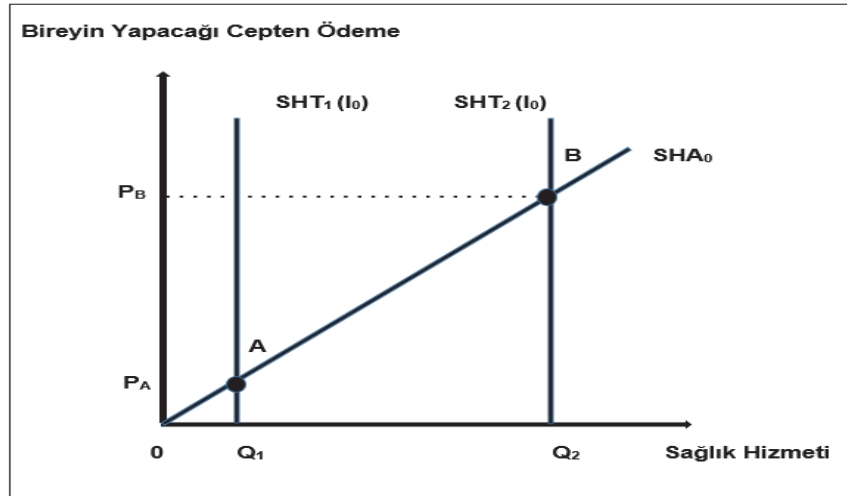
$$\text{“Harcamalar} = \text{Gelir} = (\text{Sağlık Hizmetleri} \times \text{SHFiyat}) + (\text{Diğer Mal ve Hizmetler} \times \text{DMFiyat})\text{”}$$

formülü aracılığıyla gözlemlenebilir. Bir birey ya da hane halkının tüm gelirini harcadığı varsayımı altında, bireyin geliri ya da gerçekleştirdiği harcamalar sağlık hizmetleri ile diğer mal ve hizmetlere tahsis edilmiş olmaktadır. Ancak bireyin hastalanması durumunda sağlık hizmetlerine olan gereksinimi artacak ve fiyatların değişmediği bir ortamda daha fazla sağlık hizmetinden yararlanılması zorunlu hale gelecektir. Bu durumda yukarıdaki eşitliğin korunması için gelirin artırılması, buna bağlı olarak ekstra sağlık hizmeti gereksiniminin finanse edilmesi gerekir. Eğer gelir artırılamıyor ve yeni ödeme gücü oluşturulamıyorsa, bu durumda diğer mal ve hizmetlere olan talebin kısılarak sağlık hizmetleri için telafi edici kaynak oluşturulması şarttır. Örnekten yola çıkılarak sağlık hizmetlerinde mali katastrofi ölçütü, yapılan sağlık harcamalarının (sağlık hizmeti x piyasa fiyatı) gelire oranlanması ile elde edilmektedir.

Tabii ki birey ya da hane halkının geliri ile harcamalarının birbirine eşit olacağı varsayımı günlük yaşam için çok gerçekçi değildir. Nihayetinde bireyler tasarruf edebileceği gibi, borçlanma suretiyle de harcamalarına ek kaynak sağlayabilirler. Bir diğer olasılık geçmiş dönemlerdeki borçların ödenerek, gelirin sadece değinilen iki mal ve hizmet grubu arasında tahsis edilmeyecek olmasıdır. Tüm bu gerekçeler ile katastrofik sağlık harcamalarının hesaplanabilmesinin bir diğer ölçütü ise sağlık harcamalarının toplam harcamalara oranlanması ile elde edilmektedir. Literatürdeki çalışmalara göre birey ya da hane halkınca gerçekleştirilen sağlık harcamalarının katastrofik bir hüviyete kavuşabilmesi için belir-

li sınırları aşması gerekir. Örneğin Xu vd. (2003, s. 111), sağlık harcamaları ödeme gücünün (gelir ya da harcama) %40'ını aşıyorsa katastrofik bir özellik arz ettiğini, yani birey ya da hane halkının üstesinden gelemeyeceği boyutlara ulaştığını ileri sürmüştür.

Şekil 1: Cepten Yapılan Harcamalar ve Sağlık Harcamalarında Mali Katastrofi



Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Sağlık harcamalarındaki mali katastrofinin ortaya çıkma süreci Şekil 1'de ele alınmaktadır. Sağlık harcamalarını kendi cebinden yapacağı ödemelerle finanse eden A kişinin I_0 kadar geliri olduğu ve başlangıçta (hasta değil iken) sağlık hizmetleri piyasasından Q_1 kadar hizmet talep ettiği varsayılmaktadır. Sağlık Hizmetleri Arzı (SHA_0) ile bireyin Sağlık Hizmeti Talebinin (SHT_1)'in kesiştiği A noktasında denge oluşacak, birey P_A fiyatından sağlık hizmetinden yararlanacaktır.

Ancak bireyin ani bir hastalığa yakalandığı ve bu rahatsızlığı sonrasında piyasadan Q_2 kadar sağlık hizmeti talep etmek zorunda kaldığını varsaydığımızda ise sağlık hizmeti talebi eğrisi SHT_2 şeklinde konumlanacak ve denge noktası SHA_0 ile SHT_2 'nin kesiştiği B noktasında oluşacaktır. A kişinin hastalık öncesinde katlanacağı mali yük $(P_A \times Q_1)/I_0$ iken, hastalık sonrasında ise $(P_B \times Q_2)/I_0$ kadar olacaktır. Dolayısıyla bireyin hastalık nedeniyle katlanacağı hizmet maliyeti ciddi anlamda artış sergileyecek ve sağlık harcamalarının gelir içerisindeki payı da diğer mal ve hizmetlere olan talebi dışlayacak şekilde genişleyecektir.

Sağlık harcamalarında mali katastrofi, sağlık hizmetleri piyasasında bireyin hizmet için cepten yapacağı ödemeler sonrasında doğmaktadır. Günümüzde farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinde hizmet bedelinin sadece birey tarafından ödenmesi ise söz konusu değildir. Her şeyden önce vatandaşlarına asgari bir yaşam standardını sağlamak isteyen devlet, bireyleri yoksulluk sınırının altına düşürebilecek mahiyetteki sağlık harcamalarından koruyabilmek amacıyla sağlık sigortası sistemi inşa etmekte ya da bahse konu harcamaları vergiler ile finanse etme yolunu seçmektedir. Bunun yanında özel sağlık sigortası birimleri de devletlerin oluşturduğu kamusal sistemi telafi ya da ikame edici mahiyette sigorta hizmeti sunmaktadır.

Gerek kamusal gerekse özel sağlık sigortası sistemlerindeki amaç bireyin hasta olma durumu sonrasında karşılaşacağı yüksek hizmet bedellerinin üstesinden gelerek finansal anlamda katastrofik bir problem ile karşılaşmasını engelleyebilmektir. Ne var ki birey ya da hane halklarını mali katastrofiden kurtarma güdüsüyle kurgulanan sistemler de bünyelerinde asimetrik bilgiye dayalı çeşitli aksaklıklar barındırmaktadır. Bir sonraki bölümde sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye dayalı aksaklıklara değinilmektedir.

4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Yapısal Bir Aksaklık: Asimetrik Bilginin Varlığı

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını, hastalık ya da rahatsızlık durumlarının olmayışı yanında bireyin bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde yaşaması olarak tanımlanmaktadır. Bireyi odak noktasına alan iyilik halinin ise çevresel, kalıtsal ve yaşam tarzı gibi doğrudan ya da dolaylı pek çok belirleyeni vardır. Sağlık stokunun ve bahsedilen iyilik halinin muhafazası, bireysel çaba (egzersiz, beslenme alışkanlığı, farkındalık vb.) yanında sunulan sağlık hizmetleri ile de ilgilidir (Blane, 1995, ss. 903-905; Wilkinson, 1997, ss. 591-594; Marmot, 2005, ss. 1099-1104).

Sağlık hizmetleri özellikle bireyin kendi kontrolü dışında karşı karşıya kaldığı ya da kalması muhtemel hastalık veya rahatsızlıklardan kurtulması, böylece iyilik halini sürdürmesi için talep görmektedir. Dolayısıyla bireyin sağlık hizmetlerine olan talebi herhangi bir nedenle sağlığının bozulmasına bağlı olarak zorunluluk ile ortaya çıkabileceği gibi, mevcut sağlık stokunu koruma ya da geliştirme gibi tamamen ihtiyari bir ihtiyaç olarak da ortaya çıkabilir.

Rutin kontroller ile mevcut sağlık stokunun korunması ve geliştirilmesi bağlamında gerçekleştirilen sağlık hizmetleri talebinde bir düzensizlik ya da

belirsizlik söz konusu değildir. Kişiyeye göre farklılık arz etse de mikro bazda bireyin geliri, eğitim seviyesi, yaşam koşulları, sigorta mevcudiyeti ve sağlık hizmetlerinin fiyatı gibi faktörler esas alındığında bu talep türü öngörülebilir niteliktedir. Oysa ki afet, salgın ve çevresel problemler gibi toplumun belirli bir kısmını etkileyen ya da kaza, enfeksiyon, ani hastalık gibi sadece bireyi etkisi altına alan durumlar ise sağlık hizmetlerine ani talep oluşumunu tetikleyebilmektedir (Mishel, 1988, ss. 225-232; McCormick, 2002, ss. 127-131). Bu kapsamda bir yandan bireylerin farklı karakteristik yapıları ve yaşam koşulları, diğer yandan beklenmedik olaylar sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz bir yapıya kavuşmasına neden olmaktadır.

Piyasa mekanizmasının etkin şekilde işleyebilmesi için en önemli varsayımlardan biri, birbirlerini etkilemeyecek kadar çok sayıda olan üretici ve tüketicinin piyasa ve/veya alım-satım söz konusu olan ürün ya da hizmet gibi konularda tam bilgiye sahip olmasıdır. Sağlıklı olmanın doğasından kaynaklanan belirsizlikler ise sağlık hizmetlerine olan talep ve arzı doğrudan etkilemekte, piyasa mekanizmasının çözüm üretememesine neden olmaktadır. Nihayetinde alım satım konu olan sağlık hizmetinin birey tarafından ne zaman ve ne ölçüde gereksinim duyulacağı tam olarak bilinmemektedir (Çalışkan, 2008, ss. 29-50; Zuiderent-Jerak, 2009, ss. 765-792). Ayrıca sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda bilgi edinmenin yüksek maliyeti veya üretici ya da tüketicinin ilgisizliği ise sağlık hizmetleri piyasasında fiyat oluşumunun aksamasına sebebiyet vermektedir. Bu gibi durumlarda ekonomik birimler doğru tercihler yapamamakta ya da piyasa salt kendi özellikleri ile etkinliği sağlamaktan uzaklaşmaktadır.

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerine talep oluşturan bireyler ile hizmeti tedarik eden birimler arasında özellikle hizmetin gerekçesi, içeriği, kalitesi ve önemi gibi ciddi bir asimetrik bilgi bulunduğu görülmektedir. Nihayetinde bir tarafta rutin kontroller ya da ani bir takım gelişmeler sonrasında sağlık stoku azalan birey/ler, diğer tarafta ise tıbbi bilgiye ve yetkiye sahip, bireyin rahatsızlığına çare olacak hizmetin detaylarına karar verici pozisyonundaki hekim/ler bulunmaktadır (Blomqvist, 1991, ss. 411-432; Rhodes vd., 2001, ss. 31-46; Bloom, Standing ve Lloyd, 2008, ss. 2076-2087). Bu kapsamda bireyin ihtiyacı olan hizmetin gerekçe, içerik, kalite ve önemini tayin edecek doktor, hastanın başvurusu sonrasında talebi tek taraflı bir şekilde belirlemektedir.

Ekonomide bir mal ya da hizmetin talep edilen miktarı pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Söz konusu faktörler ürünün fiyatı ve diğer fak-

törler olmak üzere iki ana grupta irdelenir. Fiyatta değişiklik olmaz iken diğer faktörlerde meydana gelecek gelişmeler talebi farklılaştıracaktır. Genel olarak talebi etkileyen fiyat dışı faktörler; tercihler, ilgili diğer ürünler, gelir düzeyi, tüketici sayısı ve beklentiler şeklinde beş ana başlık altında gruplandırılabilir. Aynı genelleme sağlık hizmetleri talebi için de geçerlidir. Ancak hasta birey ve hekim arasındaki asimetrik bilginin de hizmet talebi üzerinde mutlak bir etkisi bulunmaktadır. Nihayetinde hangi hizmetin, ne kadar, hangi sıklıkla ve nasıl alınacağına hizmeti arz eden hekim karar vermektedir. Dolayısıyla bu durum aşağıdaki fonksiyonel ilişki ile özetlenebilir.

$$Talep_{SH} = f(Fiyat_{SH}, Diğer Faktörler, Hekim Kararı) \quad (1)$$

Bu fonksiyonel ilişkinin önemi, sağlık hizmetlerine gereksinimin doğması sonrasında her ne kadar fiyat ve fiyat dışı faktörler de etkili olsa da hekim kararının sağlık hizmetleri talebi üzerinde doğrudan belirleyici olmasını göstermesinden kaynaklanmaktadır (Cote ve Tucker, 2001, ss. 54-58; Sarma, 2009, ss. 265-277; Gerfin, Kaiser ve Schmid, 2015, ss. 1164-1177)¹.

Bu kapsamda sağlık problemi nedeniyle hekime ilk başvuran bireyin ne ölçüde sağlık hizmeti alacağı asimetrik bilginin de sonucu olarak hekim kararı ile belirlenmektedir. Belirsizlik ve aksak bilginin varlığında şekillenen ve “iyi olmama halinin ortaya çıkması”, “tıbbi servis başvurusu”, “teşhis” ile “tedavi” aşamalarını kapsayan bu süreçte katastrofik sağlık harcamaları riskinin üstlenilmesi ise finansman modeli ve hekimin tutumuna göre gerçekleşecektir. Asimetrik bilgiye sahip bireyler, hastalanma ve hekim kararı ile yüksek meblağlara ulaşabilecek teşhis - tedavi masraflarına katlanma risklerine karşı kendilerini koruyabilme bağlamında sigorta sisteminden yararlanmak isteyecektir.

Sigorta sistemi, piyasa koşullarında özel firmalarca kurgulanabileceği gibi kamu kesiminin oluşturduğu sosyal sigorta ağıyla ya da karma bir yapıda da ortaya çıkabilir. Ne var ki bahsedilen riskleri telafi edebilmek için sağlık sistemi içerisinde konumlanan sigorta mekanizması da ters seçim ve ahlaki tehlike problemlerini beraberinde getirmektedir.

¹ Burada bireyin rahatsızlığı nedeniyle başvurusu ile başlayan hizmet sunumu, hekim kararı - teşhis - sonrasında tedavi süreci ile şekillenecek olup, gerek teşhis gerekse tedavi sürecinde bireyin sağlık hizmetleri fiyatını nasıl ödeyeceği ise sağlık sisteminin yapılanması ile ilgilidir. Özel ya da sosyal sigortalar ağına varlığı veya tüm sağlık harcamalarının vergiler ile devlet tarafından karşılanması gibi değişik finansman modellerine göre bireyin sağlık hizmeti için katlanacağı bedel - cepten ödeme - farklılık gösterecektir. Ancak burada önemli olan husus talep edilecek olan sağlık hizmetine asimetrik bilgi nedeniyle hekimin karar verecek olmasıdır.

4.1. Sağlık Sigortası ve Ters Seçim

Ters seçim, asimetrik bilgiye sahip tarafların olduğu piyasalarda bir mal ya da hizmet için belirlenen fiyat, faiz ya da prim gibi göstergelerin etkin kaynak tahsisini sağlayamamasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki belirsizliğin sonucu bireyler, olası hastalıklara ve yaşayacakları tedavi sürecinde ortaya çıkacak maliyetlere karşı kendilerini koruyabilmek için sigorta sistemine dâhil olurlar (Alp ve Karakaş, 2008, ss. 215-230; Clement, 2009, s. 101; Liu, Nestic ve Vukina, 2012; Bilgili ve Ecevit, 2008, ss. 201-228; Tatar, 2011, ss. 103-133; Hofmann ve Browne, 2013, ss. 81-112).

Bu noktada bahsedilen risklere karşı kendini güvence altına almak isteyen birey ile bu bireyin riskini paylaşan sigorta müessesesi arasında simetrik olmayan bilgiden söz edilebilmektedir. Nitekim birey kendi yaşam koşulları, alışkanlıkları ya da geçmişte yaşadığı sağlık problemleri hakkında sigorta müessesine göre daha fazla bilgiye sahiptir (Clement, 2009; Hofmann ve Browne, 2013). Bu bilgi dengesizliği beraberinde sigorta müessesesinin etkin prim belirleyememesini getirmekte ya da riskli bireylerin ortalama maliyetin altındaki bir prim oranından sigorta yaptırabilmelerine aracı olmaktadır. Dolayısıyla asimetrik bilgi nedeniyle riske göre sigorta priminin belirlenmesi gerçekleştirilememektedir.

Her ne kadar sigorta müesseseleri prim düzeyini belirlemeden önce bireylerin risklilik durumlarını tespit edebilme bağlamında genel sağlık kontrolü yapılması gibi tedbirlere başvursa da alınacak önlemler bu kez de talebi azaltıcı işlem maliyetlerine neden olmaktadır. Buradan hareketle sigorta müesseseleri, riske karşı kendini güvence altına almak isteyen bireyin durumunu tam olarak bilemeyerek tek düzeyde prim belirlemekte ve bu primi uygulama yolunu tercih etmektedir.

Tablo 1: Örnek Yaş-Prim Dağılımı

Yaş	Prim
0-10	k ²
11-30	1,10 k
30-45	1.20 k
46 ve yukarısı	2 k

Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

² Tabloda yer verilen “k” harfi oranı ifade etmektedir.

Tablo 1’de tek bir paket uyguladığı varsayılan sigorta müessesesinin örnek yaş-prim dağılımına yer verilmiştir. Bu tabloda dikkati çeken husus X sigorta müessesesinin yaş arttıkça hastalanma riskinin de artacağını varsayarak sigorta primlerini farklılaştırmasıdır.³ Özellikle 46 yaş ve üstü bireylerde hastalanma riskinin de artacağını dikkate alan sigorta müessesesi primleri de önemli ölçüde yükseltmektedir. Peki, bu örnekte ters seçim nasıl ve ne zaman ortaya çıkacaktır?

Farazi olarak sağlık stokları haricindeki diğer koşulları aynı olan 35 yaşındaki iki kişinin (A ve B kişisi) sigorta yaptırmak için X sigorta müessesesine başvurduklarını varsayalım. Buna göre X müessesesi iki kişi için de 1,20 k düzeyinde sigorta primi belirleyecek ve bu kişilerin iyi olmama halleri nedeniyle ortaya çıkacak ekstra ödemeleri güvence altına alacaktır. Ne var ki A kişinin gerçekte herhangi bir sağlık problemi ya da şikâyeti yok iken, B kişisi ise sigorta müessesesine başvurmadan önce bazı anormallikler hissetmiştir. Ayrıca B kişisi ani gelişme karşısında herhangi bir tetkik yaptırmamış olup söz konusu anormalliklerin ciddi bir hastalığın habercisi olacağından endişelenerek yüksek sağlık harcaması ile karşı karşıya kalabileceğini düşünmüş, bu riskten sakınabilmek için öncelikle sigorta yaptırma kararı almıştır. Bu durumda B kişinin risk düzeyi A kişisine göre daha fazladır. Ancak X sigorta müessesesinin bu farklılığı tespit edecek bir mekanizmaya ya da prim tarifesine sahip olmaması, iki kişinin de aynı primden sigortalamasını sağlayacaktır. Dolayısıyla X sigorta şirketi B kişinin kendi sağlık durumuna ait basit bir bilgiyi açıklamaması nedeniyle ters bir seçim yapmış olmakta, bu kişiyi daha yüksek bir prim oranından sigortalaması gerekirken düşük bir prim uygulayarak katastrofik mali yük riskini üstlenmektedir.

Tablo 1’de yer alan 46 ve üstü yaş grubu için de farklı bir ters seçim durumu söz konusu olabilmektedir. Bu kez sigorta müessesesi ilgili gruptakilerin sağlık stokundaki yıpranmayı yani iyi olmamalarına ilişkin yüksek risk düzeyini dikkate alarak 2 k gibi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir prim oranı belirlemiştir. Farazi olarak sağlık stokları haricindeki diğer koşulları aynı olan 46 ve üstü yaş grubundaki D ve C’nin sigorta yaptırmak için X sigorta müessesesine başvurduklarını varsayalım. Genetik ve çevresel koşullar ile yaşam standartları bakımından D kişinin C kişisine göre daha riskli olduğu dikkate alınır-sa yine asimetrik bilgi nedeniyle ters seçim yapılacağı ortadadır. Ancak bu kez

³ Benzer şekilde sağlık stokunun yıpranmasına ve iyi olmama riskinin artmasına neden olan “yaş”, “genetik”, “çevre” “cinsiyet” ya da “meslek” gibi faktörler risk unsuru olarak tercih edilerek ve bu faktörlere göre farklı prim havuzlarının belirlenmesi söz konusu olabilmektedir.

C kişisi için belirlenen sigorta primi olması gerekenden daha yüksektir. Belirlenen sigorta priminin bireylerin risk düzeylerini tam olarak kavrayamaması düşük risklilerin sistemden dışlanmasına neden olmaktadır.

Sağlık sisteminde sigorta şirketleriyle bireyler arasında yapılan sözleşme esnasında ortaya çıkan ters seçim, yani riski tam olarak kavrayamayan sigorta priminin varlığı, prim oranlarının düşük riskli kişiler için yüksek, buna karşılık yüksek riskli olan bireyler için ise düşük olmasını sağlamaktadır. Bu durum ise sağlık sigortası sisteminde etkinsizliğin doğmasına sebebiyet verir. Nihayetinde sağlıklı yaşamın doğal bir hak olduğu ve hastalanma riski hayli yüksek olan yaşlılar, kronik rahatsızlık sahipleri ya da kötü yaşam koşullarında hayatlarını devam ettirenlerin böylesi bir sistemde yüksek prim ile karşı karşıya kalacakları düşünüldüğünde devletin sigorta sistemini salt piyasaya bırakması mümkün olmamaktadır. Nitekim bahsedilen bireylerin yüksek prim ödemeleri ile hastalanmaları neticesinde karşı karşıya kalacakları yüksek hizmet bedelleri aynı düzeyde olmasa da benzer katastrofik etkiyi doğuracaktır. Bu nedenle kamu kesimince toplumdaki bireylerin hastalanma riskini güvence altına alan sağlık sigortası sistemi kurulmakta ya da kamu kesimi bireylerin söz konusu riskler nedeniyle karşılaşılabilecek maliyetleri vergiler ile finanse etmektedir. Böyle bir ortamda özel sektör kamu sektörünü tamamlayıcı olarak görev üstlenmektedir. Buna karşılık yüksek gelirli kişilerin iyi olmama halinde daha iyi hizmet alabilme arzusu ise özel sigorta şirketlerine risk aktarımı için talep oluşturmalarını sağlamaktadır.

4.2. Sağlık Sigortası ve Ahlaki Tehlike

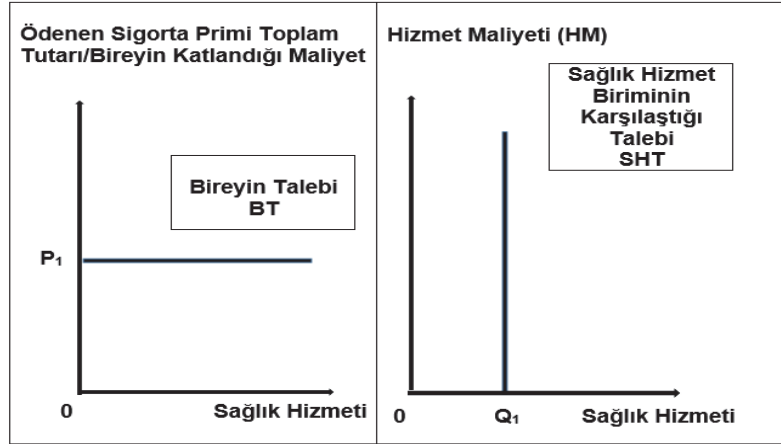
Ahlaki tehlike, iyi olmama neticesinde karşılaşılabilecek mali risklerin farkında olan birey ile bu bireyin risklerini paylaşan sigorta şirketi arasında kurulan ilişki sonrasında ortaya çıkmaktadır (Pauly, 1968, ss. 531-537; Preker ve Harding, 2000; Bilgili ve Ecevit, 2008, ss. 201-228; Einav vd., 2013, ss. 178-219). Ahlaki tehlike içerisinde olan birey, salt sağlık sisteminden yararlanma maliyetinin azalması ya da ortadan kalkması nedeniyle sağlık hizmetlerine olan talebini gereksiz ve/veya aşırıya kaçacak şekilde davranmaktadır.

Bu kapsamda öncelikle hastalık halinde yararlanmak zorunda kalacağı hizmetlerin maliyetini en aza indirmek isteyen kişi sağlık sigortası yaptırmaktadır. Ancak bu kişi, sigorta yaptırdıktan sonra sağlıklı olma gayretinde bulunmayacağı ve sağlıklı olmak için çaba sarf etmeyeceği gibi (Ehrlich ve Becker, 1972, ss. 623-648; Einav vd., 2013, ss. 178-219; Simon, Soni ve Cawley, 2017), sağlık sigortasının varlığı nedeniyle önemsiz ya da gereksiz

olarak değerlendirilebilecek durumlarda da sağlık hizmetlerine talep oluşturmaktadır (Cutler ve Zeckhauser, 1998; Born ve Sirmans, 2019). Bahsedilen iki durum da sağlık sigortası ile güvence altında olan bireylerin sigortalı olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarını beraberinde getirmektedir (Handel, 2013, ss. 2643-2682; Einav vd., 2013, ss. 178-219; Einav, Finkelstein, ve Polyakova, 2018, ss. 122-153; Courtemanche vd., 2018, ss. 660-691; Attar, Mariotti ve Salanié, 2019). Dolayısıyla ahlaki tehlikenin altında yatan ana etmen, sağlık hizmeti fiyatının sağlık hizmetine yönelen bireysel talep ile arz arasında belirlenmemesi ya da fiyatın tam olarak piyasa dengesini sağlamamasından ileri gelmektedir.

Sigorta primi ödeyen birey ilgili sigorta döneminde ödediği primin kapsadığı maliyet riski kadar hizmetten yararlanmayı kendine bahşedilmiş hak olarak görecektir. Yani birey sağlık hizmetlerine talebini gerçekleştirirken, talep ettiği hizmetin maliyetine değil kendi ödediği sigorta primine odaklanmaktadır. Bu nedenle ihtiyacı olmasa dahi ödediği sigorta priminin kapsadığı tüm hizmetlerden yararlanmak isteyebilir. Dolayısıyla iyi olmama riski olan sigortalı bireyin sağlık hizmetlerine olan talebinde fiyat duyarlılığı son derece düşük olmaktadır. Bu durumda da sağlık hizmetine aşırı talep ortaya çıkmakta, hizmet arzı talebi karşılayamamaktadır.

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Talep Farklılıkları



Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

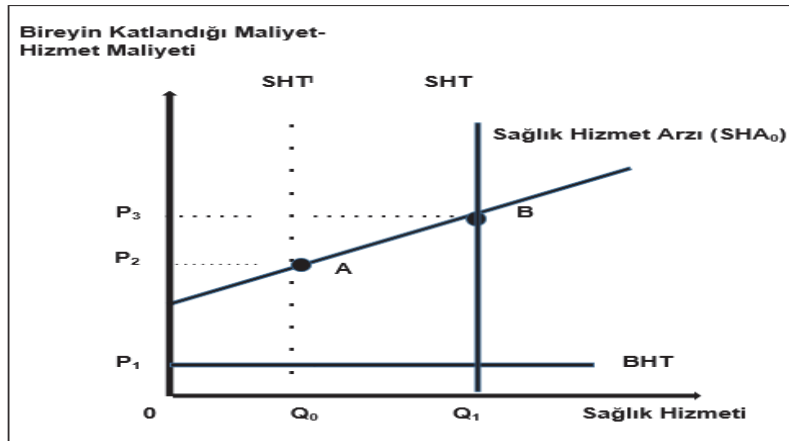
Şekil 2’de sağlık hizmetlerindeki talep farklılıklarına yer verilmiştir. Burada 35-40 yaşlarında sağlıklı bir bireyin yıllık P_1 TL prim ödeyerek sigorta yaptırdığı varsayılmıştır. Sözleşmeye istinaden sigorta şirketi belirli bir yıl içerisinde

de bireyin iyi olmama durumu sonrasında oluşacak ameliyat, refakat, yoğun bakım, doktor takibi, ilaç, tanı, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi yatarak ya da doktor muayenesi, ilaç, tanı, küçük müdahale gibi ayakta yapılacak tedaviler için doğacak masrafların tamamını üstlenecektir. Dolayısıyla söz konusu bireyin, ödediği P_1 TL karşısında bahsedilen problemler kapsamında olmak koşuluyla farazi sınırsız bir hizmet alımı gerçekleştirme fırsatı vardır (Şekil 2’de BT ile gösterilen yatay eksene paralel ve fiyata karşı “sonsuz” esnek talep eğrisidir).

Bu fırsat bir dürtüye dönüştürülerek kullanılır ise ahlaki tehlike ile karşı karşıya kalınmaktadır. Nitekim birey “tam kapsamlı sağlık sigortası olduğunu düşünerek” domates doğrarken elinde oluşacak ufak bir sıyrık için dahi sağlık hizmeti talep etme düşüncesinde olabilecektir. Zira bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda katkı payı uygulanması ya da sigorta şirketinin katlanacağı maliyetlere çeşitli sınırlar getirilmesi gibi uygulamalar ile aşırı talep oluşumu engellenebilecektir.

Sağlık hizmeti sunan birimler cephesinden bakıldığında ise fiyattan tamamen bağımsız bir şekilde hizmet talebinde bulunan bireyler ile karşı karşıya kalılabileceğini görülmektedir (Şekil 2’de SHT ile gösterilen dikey eksene paralel ve fiyata karşı “0” esnek talep eğrisidir). Nihayetinde sağlık hizmetini arz eden birim, sigortalı bireyin talebini (Q_1 kapsamındaki) karşılamakta ancak bu süreçte doğan hizmet bedelini sigorta şirketinden tahsil etmektedir. Dolayısıyla bireyin talep ettiği hizmet için doğacak maliyet hakkında kayıtsız kalması sağlık hizmeti fiyatının belirlenmesi sürecinde etkili olmamasını beraberinde getirmektedir.

Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Ahlaki Tehlike (Düşük Sigorta Primi)

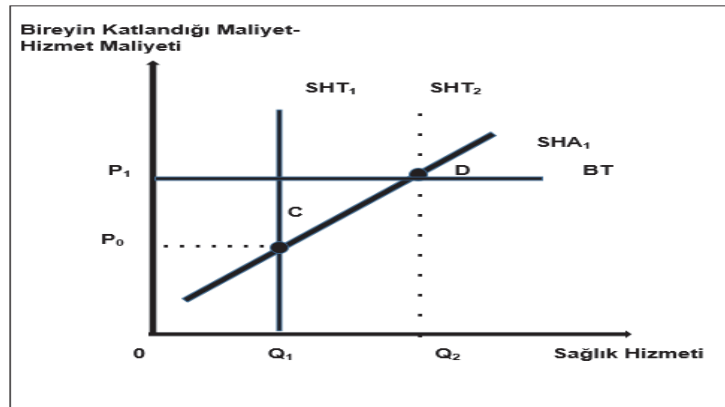


Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Şekil 3’de sağlık hizmetleri piyasasında düşük sigorta primi ödenmesi halinde ortaya çıkacak “ahlaki tehlike” sorunsalı gösterilmiştir. Şekil genel itibarıyla sağlık hizmet biriminin karşılaştığı talep (SHT) ile bireysel hizmet talebi (BT) tek bir görsel üzerinde sunmakta, hizmet fiyatının belirlenme sürecini yansıtmaktadır. Sağlık Hizmet Arzının “SHA₀” eğrisiyle gösterildiği bir ortamda normal koşullarda piyasa dengesinin arz ile sağlık hizmet talebinin kesiştiği noktada oluşması gerekir. Ancak A noktasında denge sağlık hizmeti miktarı Q₀ kadar iken denge fiyatı ise P₂ kadardır. Oysa bu fiyattan bireyin katlanacağı maliyet sigorta şirketine ödediği P₁ primi kadardır. B noktasında her ne kadar sağlık hizmeti sunucusunun belirlediği fiyat P₃ olsa da hizmeti talep eden bireyin katlanacağı maliyet yine P₁ kadar olacaktır. Dolayısıyla hizmet talep eden sigortalı bireyin önünde, hissettiği mali yük itibarıyla, P₁ fiyatından Q₀ ya da yine P₁ fiyatından Q₁ kadar hizmetten yararlanma imkânı bulunmaktadır.

Bu durumda birey normal koşullarda Q₀ kadar hizmet ile gereksinimini giderebilecek iken, salt sigortalı olmasının sağladığı avantajlardan yararlanabilmek için Q₁ kadar hizmeti tüketmeye meyledecek ya da güdülenecektir. Kaldı ki sağlık hizmeti sunucusunun maliyetleri daha fazla şişirerek hizmeti farklılaştırması halinde SHA₀ eğrisinin yukarı doğru kayması da söz konusu olabilecektir. Bu durumda kişinin yararlandığı hizmet düzeyi - Q₀ ya da Q₁ - ile katlandığı maliyet - P₁ - değişmez iken sigorta şirketinin üstleneceği hizmet maliyeti ya da fiyat daha da artacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise kişinin sigortalı olmaması durumunda ancak A noktasında piyasanın dengeye geleceğidir. Sigorta mekanizmasının varlığında ise sağlık hizmetini talep eden bireyler fiyat ile hizmet arasındaki ilişkiyi kurmamakta sadece yararlanabilecekleri hizmet miktarına odaklanmaktadır.

Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Ahlaki Tehlike (Yüksek Sigorta Primi)



Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Ahlaki tehlike başlığında bir diğer soru “talep edilen hizmetin maliyeti katlanılan sigorta maliyetinin aşağısında ise ne olur?” şeklindedir. Şekil 4’te sağlık hizmetleri piyasasında yüksek sigorta primi ödenmesi halinde ortaya çıkacak ahlaki tehlike sorunsal resmedilmiştir. Şekil 4’e göre P_1 sigorta primi ödeyerek iyi olmama riskini sigorta şirketi ile paylaşan birey yatay eksene paralel yani sonsuz esnek bir bireysel talep eğrisine sahip iken ilgili döneme ilişkin sağlık hizmeti talebi ise dikey eksene paralel yani sıfır esnek olan SHT_1 ile gösterilmektedir.

Piyasa ilk aşamada SHT_1 ile sağlık hizmeti arzı SHA_1 ’in kesiştiği C noktasında dengeye gelecektir. C noktasında hizmet fiyatı P_0 iken hizmet miktarı ise Q_1 kadardır. Ne var ki burada bireyin katlandığı sigorta primi P_1 kadar olup, birey ilgili dönemde P_1-P_0 kadar fazladan külfete katlanmış olduğunu düşünebilir. Dolayısıyla en azında katlanılan külfeti telafi edebilme ya da haktan yararlanabilme bağlamında sağlık hizmetleri talebi paralel şekilde sağa doğru kayacak ve SHT_2 konumuna gelecektir. Böylece D noktasında denge miktarı Q_2 ’ye, denge fiyatı ise ödenen prim tutarına eşit olan P_1 ’e yükselecektir. Burada birey, kendi katlandığı sigorta külfetini minimize etmek, hatta pozitif üstünlük elde edebilmek doğrultusunda sağlık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin talebi sürecinde ahlaki tehlike sorunsalı sigortalı bireylerin sunulan sağlık hizmetlerine aşırı ve gereksiz talep oluşturabileceğini göstermektedir. Bu kapsamda bireyin hizmetlerden yararlanma maliyetini engelleyecek idari ve parasal tedbirlerin alınması ise kaçınılmaz olmaktadır.

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kendi Talebini İnşa Eden Arz

Ters seçim ve ahlaki tehlike olguları genel itibariye sağlık sigortası sistemi kapsamında ve birey ile sigorta hizmeti sağlayan birimler arasında ortaya çıkarken, “kendi talebini inşa eden arz” olgusu ise hasta birey ile sağlık hizmetini arz eden birim arasında yaşanmaktadır. İyi olma arzusundaki birey ile bireye sağlık hizmeti sunan doktor referans alındığında iki taraf arasında somut bir bilgi dengesizliği olduğu açıktır. Nihayetinde alanında uzman doktor, iyi olma hali sekteye uğramış bireyin başvurusunu takip eden süreçte, hastalığın teşhisi ve tedavisi için gerekli olan işlemler için karar verici mercidir.

Bu kapsamda doktor, hasta kişi için alınacak tedbirleri belirleyen sağlık vekilidir. Hasta birey ise süreci başlatan yani sağlık hizmetini arz eden birime iyi olmama hali nedeniyle başvuran taraftır (Evans, 1974, ss. 162-173; Gaynor ve Vogt, 2000; Erdem ve Yıldırım, 2003, ss. 3-26; Barker, Gout ve Crowe, 2011, ss. 514-527; Van Dijk vd., 2013, ss. 340-352; Fichera, Gray

“Kendi talebini inşa eden arz” olgusu Şekil 5 aracılığıyla açıklanmaktadır. Burada A kişinin bir sigorta şirketiyle tam kapsamlı sağlık sigortası sözleşmesi imzaladığı varsayılmaktadır. Bu sözleşmenin de vermiş olduğu güvence ile A kişisi karşılaştığı bir sağlık problemi nedeniyle sağlık hizmet birimine başvuracaktır. Sağlık hizmeti sunucusu yaptığı ön muayene sonucunda bu kişinin Q_1 kadar sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu belirleyerek tedavi uygulayacaktır. Bu durumda sunulan hizmetin fiyatı sağlık hizmeti arzı ile sağlık hizmeti talebi (SHT_A)’nın kesiştiği A noktasında belirlenecek ve P_A kadar olacaktır. Bu kişinin hizmetten yararlanma bedeli olan P_A tam kapsamlı güvenceye sahip olduğu için sigorta şirketince ödenecektir. Ne var ki A kişisi için sağlık hizmet birimine ödenen fiyatın bir önemi yoktur. Nihayetinde A kişinin sigorta şirketine ödeyeceği prim tutarı, P_A ya da P_B fiyatında değişmeyecektir.

Böyle bir ortamda hizmeti arz eden cephenin söz konusu kayıtsızlığı ya da ilgisizliği kullanarak normal koşullarda Q_1 kadar olan sağlık hizmeti ihtiyacını Q_2 olarak gösterebilecektir. Dolayısıyla teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunumu sürecinde hizmeti arz eden doktorun, A’nın ilgisizliği ve/veya bilgisizliğini kullanarak gereksiz hizmetleri gerekli gibi göstermesi sağlık hizmeti talep eğrisinin SHT_A^1 ’de konumlanmasını sağlamaktadır. Bu durumda SHT_A^1 ile SHA_0 eğrilerinin kesiştiği B noktasında denge oluşacak ve ilgili hizmetin fiyatı P_B olarak belirlenecektir. Buradaki can alıcı nokta P_B fiyatında da A kişinin katlanacağı maliyetin değişmeyeceğidir. Dolayısıyla aşırı ya da gereksiz olarak nitelendirilen talep sonrasında ortaya çıkan maliyeti sigorta şirketi yüklenmiş olacaktır.

Konunun anlaşılabilir kılınması için Şekil 5’de varsayılan durumun uç (ekstrem) bir örnek olarak kurgulandığı unutulmamalıdır. Burada önemli olan husus sağlık hizmetleri piyasasında Q_1 ya da Q_2 gibi iyi olma arzusu olan bireylerin oluşturacakları sağlık hizmetleri talebini asimetrik bilgi nedeniyle sağlık hizmetini sunan birimlerin belirliyor olmasıdır. Nihayetinde birey gerçekte kendi gereksiniminin Q_1 ya da Q_2 kadar olduğunu eksik bilgisi nedeniyle hiçbir zaman bilemeyecektir. Bu durum iyi olma arzusu olan birey cephesinden değerlendirildiğinde gerçek bir risk olarak ortaya çıkmaktadır. Nihayetinde P_A ya da P_B gibi bir fiyat kişinin geliri içerisinde çok ciddi bir paya sahip olabilir. Zaten bu nedenle de rasyonel davrandığı varsayılan birey sigorta şirketiyle risk paylaşımına girmektedir. Risk paylaşımı sonrasında ise fiyat kontrol mekanizmasının çalışma olasılığı iyice ortadan kalkmaktadır. Nihayetinde cepten yapılan sağlık harcamaları ne kadar azalırsa birey, sunulacak sağlık hizmetine karşı o kadar kayıtsız kalacaktır.

Sonuç

Huzur içerisinde yaşama arzusunda olan her birey sağlıklı bir düzen arayışındadır. Dünya Sağlık Örgütü (1981) sağlığı; bireyin, hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması yanında, ruhi, bedeni ve sosyal yönden huzur içerisinde hayatını idame ettirmesi olarak tanımlamaktadır. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı şekilde sürdürmeleri sosyal refah açısından da önemlidir. Sağlıklı bireylerden oluşan toplum, beşeri sermaye birikiminin katkısıyla daha yüksek büyüme ve kalkınma ivmesi yakalayacaktır.

Vatandaşlarına asgari bir yaşam standardını bahşetmeyi amaç edinen günümüz devleti ise bireylerin sağlık ile ilgili karşılaştıkları problemlerin giderilmesi ve daha sağlıklı olmalarının temini açısından iktisadi hayatta farklı mahiyetlerde rol ya da roller üstlenmektedir. Yine sağlık sisteminde ortaya çıkan piyasa aksaklıkları, bireylerin sağlıklı olabilmek için yaptıkları harcamaların yaşam standartlarını ve hatta gelir dağılımını olumsuz etkilemesi, sağlık hizmetlerinin pozitif ya da negatif dışsallıkları bünyesinde barındırması, sağlığın kamusal karakteristiğe bürünmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla spesifik olarak “sağlık” bireyi doğrudan etkileyen bir kavram iken, bireylerin sağlık stokunu artırmayı amaç edinen “sağlık hizmetleri” ise özellikle katastrofi, asimetrik bilgi ve içerdği dışsallıklar nedeniyle kamusal özelliklere haiz bir kavramdır.

Günümüzde her birey en azından asgari bir yaşam standardında yaşamayı hak etmektedir. Bu hakkın tesisi için çaba sarf eden devlet ise özellikle karşılaşılan sağlık problemlerinin giderilmesi ve daha sağlıklı bir hayatın güvence altına alınması için sosyo-ekonomik hayatta farklı roller üstlenmektedir. Sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olmasının ötesinde sağlık hizmetleri piyasasında yaşanan aksaklıklar da kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır. Nihayetinde salt piyasa mekanizmasının etkinliği sağlayamadığı sağlık sisteminde, gerek üretilen sağlık hizmetlerinde optimal ölçeğe ulaşılması gerekse bireylerin sistemden rahatlıkla yararlanabilmeleri bu müdahalelere bağlıdır.

Kaynakça

- Akdemir, T. ve Karakurt, B. (2017). Sağlık hizmetlerinde devletin değişen rolü ve özel sağlık kurumlarını düzenleyici görevler. http://www.maliyesempozyumu.org/wp-content/uploads/2017/10/Maliye-Sempozyumu_24_221_260.pdf (15.08.2019).
- Akdoğan, A. (2011). *Kamu maliyesi*. (14. b.) Ankara: Gazi Kitabevi Yayınları.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (15.08.2019).
- Alp, S. ve Karakaş, A. (2008). Asimetrik bilgi teorisi karşısında Hayek'in ekonomik yaklaşımları: Karşılaştırmalı bir analiz. *Liberal Düşünce*, (51-52), 215-230.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Armağan, R. (2003). Kamu ekonomisinde dışsallıklar ve dışsallıkların içselleştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-20.
- Attar, A., Mariotti, T. ve Salanié, F. (2019). *Regulating insurance markets: Multiple contracting and adverse selection*. Toulouse School of Economics (TSE), Working Papers, No. 1033.
- Barker, L., Gout, B. ve Crowe, T. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 514-527.
- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Blane, D. (1995). Social determinants of health-socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health*, 85(7), 903-905.
- Blomqvist, A. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10(4), 411-432.
- Bloom, G., Standing, H. ve Lloyd, R. (2008). Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine*, 66(10), 2076-2087.
- Born, P. H. ve Sirmans, E. T. (2019). Restrictive rating and adverse selection in health insurance. *The Journal of Risk and Insurance*, <https://doi.org/10.1111/jori.12282>
- Carlsen, F., Grytten, J. (1998). More physicians: Improved availability or induced demand? *Health Economics*, 7, 495– 508.
- Clement, O. N. (2009). Asymmetry information problem of moral hazard and adverse selection in a national health insurance: The case of Ghana national health insurance. *Management Science and Engineering*, 3(3), 101.

- Cote, M. J. ve Tucker, S. L. (2001). Four methodologies to improve healthcare demand forecasting. *Healthcare Financial Management*, 55(5), 54-58.
- Courtemanche, C., Marton, J., Ukert, B., Yelowitz, A. ve Zapata, D. (2018). Early effects of the Affordable Care Act on health care access, risky health behaviors, and self-assessed health. *Southern Economic Journal*, 84(3), 660-691.
- Cutler, D. M. ve Zeckhauser, R. J. (1998). Adverse selection in health insurance. *Forum for Health Economics & Policy*, 1(1), 1558-9544.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. (3. b.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir.
- Çoban, H. (2019). Sağlık ekonomisi ve devletin sağlık hizmetlerine müdahale gerekçeleri, *BİLTÜRK Ekonomi ve İlişkili Çalışmalar Dergisi*, 1(1), 4-27.
- Edizdoğan, N., Çetinkaya, Ö. ve Gümüş, E. (2018). *Kamu maliyesi* (9. b.) Bursa: Ekin Yayınevi.
- Ehrlich, I. ve Becker, G. S. (1972). Market insurance, self-insurance, and self-protection. *Journal of Political Economy*, 80(4), 623-648.
- Einav, L., Finkelstein, A. ve Polyakova, M. (2018). Private provision of social insurance: drug-specific price elasticities and cost sharing in Medicare Part D. *American Economic Journal: Economic Policy*, 10(3), 122-53.
- Einav, L., Finkelstein, A., Ryan, S. P., Schrimpf, P. ve Cullen, M. R. (2013). Selection on moral hazard in health insurance. *American Economic Review*, 103(1), 178-219.
- Erdem, R. ve Yıldırım, H. H. (2003). Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi ve arzın talep yaratması problemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2), 3-26.
- Evans, R. G. (1974). Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. Perlman, M. (Ed.). *The economics of health and medical care* (162-173). London: Macmillan.
- Fichera, E., Gray, E. ve Sutton, M. (2016). How do individuals’ health behaviours respond to an increase in the supply of health care? Evidence from a natural experiment. *Social Science & Medicine*, 159, 170-179.
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Ankara.
- Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O. ve Van Doorslaer, E. (2008). Coping with health-care costs: Implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health economics*, 17(12), 1393-1412.

- Gaynor, M. ve Vogt, W. (2000). Antitrust and competition in healthcare markets. *Handbook of Health Economics*, 1(B), 1405-1487.
- Gerfin, M., Kaiser, B. ve Schmid, C. (2015). Healthcare demand in the presence of discrete price changes. *Health economics*, 24(9), 1164-1177.
- Gotsadze, G., Zoidze, A. ve Rukhadze, N. (2009). Household catastrophic health expenditure: Evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research*, 9(1), 69.
- Handel, B. R. (2013). Adverse selection and inertia in health insurance markets: When nudging hurts. *American Economic Review*, 103(7), 2643-82.
- Hofmann, A., ve Browne, M. (2013). One-sided commitment in dynamic insurance contracts: Evidence from private health insurance in Germany. *Journal of Risk and Uncertainty*, 46(1), 81-112.
- Li, Y., Wu, Q., Xu, L., Legge, D., Hao, Y., Gao, L., Wan, G. (2012). Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: Policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 664-671.
- Liu, X., Nestic, D. ve Vukina, T. (2012). Estimating adverse selection and moral hazard effects with hospital invoices data in a government-controlled healthcare system. *Health economics*, 21(8), 883-901.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 127-131.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş* (3. b.) Bursa: Ekin Yayınevi.
- Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review*, 58(3), 531-537.
- Preker, A. S. v Harding, A. (2000). *The economics of public and private roles in health care: Insights from institutional economics and organizational theory*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Rhodes, G., Zebrowitz, L. A., Clark, A., Kalick, S. M., Hightower, A. ve McKay, R. (2001). Do facial averageness and symmetry signal health? *Evolution and Human Behavior*, 22(1), 31-46.
- Sarma, S. (2009). Demand for outpatient healthcare. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(4), 265-277.

- Simon, K., Soni, A. ve Cawley, J. (2017). The impact of health insurance on preventive care and health behaviors: Evidence from the first two years of the ACA Medicaid expansions. *Journal of Policy Analysis and Management*, 36(2), 390-417.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tokatlıoğlu, Y. ve Tokatlıoğlu, İ. (2018). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları ve bu harcamaları belirleyen faktörler: 2002-2014 dönemi. *Sosyoekonomi*, 26 59-78.
- Uzgören, E. ve Yücel, Ö. (1999). Çevre Sorunları bağlamında dışsal ekonomiler ve ekonomik etkilerinin analizi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3, 97-110.
- Van Dijk, C. E., Van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P. ve De Bakker, D. H. (2013). Moral hazard and supplier-induced demand: Empirical evidence in general practice. *Health Economics*, 22(3), 340-352.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- World Health Organization (1981). *Global strategy for health all by the year 2000*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf> (10.12.2008).
- Wilkinson, R. G. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: Relative or absolute material standards? *Bmj*, 314(7080), 591-595.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P. ve Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972-983.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramding, R., Klavus, J. ve Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yardim, M. S., Cilingiroglu, N., & Yardim, N. (2010). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health policy*, 94(1), 26-33.
- Yereli, A. B., Köktaş, A. M. ve Selçuk, I. Ş. (2014). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *Sosyoekonomi*, 22(2), 273-295.
- Zuiderent-Jerak, T. (2009). Competition in the wild: Reconfiguring healthcare markets. *Social Studies of Science*, 39(5), 765-792.