

Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Belirleyicileri 3

Samed Gülocak¹

İbrahim Bozkurt²

Özet

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında bilgi ve iletişim açısından dengesizlik olduğunu ifade eden bir kavramdır. Bu durumda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalara göre daha fazla bilgiye ve uzmanlığa sahiptir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir. Bunlar arasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının eğitim ve deneyim farkı, hastaların sağlıkla ilgili konularda sınırlı bilgiye sahip olması, tıbbi terminolojinin karmaşıklığı ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasındaki iletişim sorunları bulunmaktadır. Bu bilgi asimetrisi, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili kararlarını etkileyebilir. Hastalar, sağlık durumlarıyla ilgili doğru bilgilere erişimde zorluk yaşayabilir, tedavi seçeneklerini tam olarak anlamayabilir ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulan bilgileri doğru bir şekilde değerlendirmekte güçlük çekebilir. Ayrıca, hastaların kendi sağlık bilgilerine erişebilmeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla aktif bir şekilde iletişim kurabilmeleri için geliştirilecek teknoloji tabanlı çözümler, hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırabilir ve bilgi asimetrisini azaltabilir.

Bu bölümde, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki bilgi asimetrisinin belirleyicisi olarak değerlendirilebilecek bazı kavramlar ve hizmetin sunumuna dair etkilerinin incelenmesine yer verilmektedir.

- 1 TezliYüksek LisansÖğrencisi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD samedgulocak@gmail.com, Orcid: 0009-0004-3943-5041
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-5446-9862

1.GİRİŞ

Canlıların ve dolayısıyla insanların, var olduğu süre boyunca sağlık ihtiyacı duyulan en önemli yaşamsal süreçlerden biridir. Kişinin doğumunda başlayan süreç ölümüne kadar sürer ve bu süre içerisinde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyar. Sağlık kavramını objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı açıdan tanımlanabilir. Subjektif olarak kişi kendini iyi hissediyorsa, herhangi bir sağlık sorunun olduğunu düşünmüyorsa ve yaşamı boyunca sadece fiziksel sağlığı kendisi için yeterli geliyorsa bu kişi subjektif olarak sağlıklı olduğu sonucuna varabilir. İnsanların görüşleri kişiden kişiye göre değişebilir ve her birey sağlık kavramını kendisi için farklı tanımlayabilir. Ancak insanların sağlığını korumak, tedavi etmek, geliştirmek gibi bilimsel yaklaşımlar söz konusu olduğunda bireylerin subjektif sağlık görüşlerine göre hareket etmek ve sonuçlar beklemek bilimsel bir yaklaşım olmayacaktır. Öte yandan, bireyin sağlığını en üst düzeye çıkartmak için bilimsel, gerçek, kanıtlanabilir ve objektif sağlık hizmetlerine uygun çalışmalar yapılmalıdır. Burada ise objektif olarak sağlık kavramından bahsetmek gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1946’da sağlık kavramını “sadece hastalık ve engellilik durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Birey WHO’nun tanımına göre sağlıklı olabilmek adına doğduğu ülke, bulunduğu toplum, ırkı gibi durumlar ne olursa olsun doğduğu andan kısa veya uzun geçecek olan yaşamının sonuna kadar sağlık ve hastalık kavramlarıyla iç içe yaşamak zorundadır (Bozkurt, 2019). Hastalık algısı bireyler ve hekimler için farklılaşmaktadır (Kocaman vd., 2007). Bireyler hastalığını hayatını olumsuz etkileyen durumlar başladığında kabullenir ancak hekimler tıbbi bilgiler doğrultusunda bireyin hasta olduğuna karar verebilir. Dolayısıyla insanlar içgüdüsel olarak varlığını devam ettirmek ve neslini sürdürebilmek için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Akdur, 2006). Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi ikame edilemiyor olmasıdır. İhtiyaç anında tüketilmek zorundadır ve bir sağlık sigortası güvencesine sahip olma gerekliliği kaçınılmazdır. (Bilgili ve Ecevit, 2008). Bireyler yaşamlarını sürdürebilmek adına sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda talep karşılanmalıdır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey kendi isteğiyle hizmeti alabilir veya kendi iradesi dışında zorunlu olarak almak durumunda kalabilir (Weisbrod, 1991). Sağlık hizmetlerindeki arz ve talep dengesinin varlığı, büyük ölçüde önem arz etmektedir. Aksi takdirde bireyler ve toplumlar risk altında kalabilir, salgın hastalıklarda korunmasız kalınabilir, genel sağlık sorunlarında ihtiyaçlar giderilemeyebilir ve bu bağlamda kaliteli bir yaşam sürdürülemez hatta hayatın devamı tehlike altına girebilir. Bireyler için sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın önemi konusundaki farkındalık,

insanlarda araştırma ihtiyacı hissini doğurmaktadır (Uçak, 1997). Birey hasta olduğunu hissettiği an veya hasta olabileceğini düşündüğü an günümüzde teknolojik imkanlar dahilinde hastalığını araştırabilir veya aynı sorunları yaşayan kişilere danışabilir. Hastalığı veya sağlık durumu hakkındaki bireyin duyduğu bilgi ihtiyacı kişiyi çeşitli yollara götürebilir ve yaptığı araştırmalar sonucu birtakım bilgiler elde edebilir. Herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu yaptığı araştırmalar sonucunda öğrenebilir veya fikir edinebilir. Hekime başvurmadan önce bilgi ihtiyacını karşılamak adına hissettiği ağrı ve rahatsızlığın hangi sebeplerden dolayı oluşabileceğini araştırabilir. (Shorbaji ve Shorbaji, 2021). Dolayısıyla birey hekime başvurduğu zaman karşılıklı bir iletişim söz konusu olacaktır. Bu iletişimde güvenin payı büyüktür. Hekim hastadan daha çok bilgi sahibi olduğu için büyük oranda tedavi sürecinde karar mekanizmasıdır. Hastanın tıbbi bilgi düzeyinin hekimden az olması sebebiyle, yanlış karar vermemek ve durumun bilinmezliğinin herhangi bir soruna yol açmamasını isteyerek kontrolü hekime verecektir. Hastalarla sürekli iç içe olduğundan dolayı bir sağlık profesyoneli olarak hekimler, sağlık hizmetlerinin yapı taşı olmaları sebebiyle hastayla iletişim konusunda büyük bir öneme sahiptirler. (Ünal, 2016). Hekim tıbbi açıdan tam bir yeterlilik içerisindeyken hasta ise hastalığının ne olduğunu dahi anlamayacak düzeyde olabilir. Karar mekanizması olarak hekimler hastanın bilgi ihtiyacını karşılayabilir. Hastalığın başlangıcı, tedavisi, rehabilitasyonu vd. aşamalar ile ilgili hastayı bilgilendirebilir, güven düzeyini arttırabilir ve hastanın kafasındaki soru işaretlerini gidermeye çalışabilir (Bozkurt, 2019). Bu bağlamda hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisinin varlığını ve sonuçlarını farklı şekillerde etkileyebilecek faktörleri belirlemek ve ortaya koymak, sağlık hizmetlerinin sunumuna önemli katkılar sağlayacaktır.

2.1. BİLGİ KAVRAMI

Tarihten günümüze kadar insanlar sadece kendi yaşamlarında elde ettikleri deneyimlerle ve edindikleri bilgilerle sınırlı kalmamışlardır. Bilgi insanların ilk var olduğu günlerden itibaren nesilden nesle aktarılarak birikmiş ve hala da birikmektedir. Günlük hayatımızda her zaman iç içe olduğumuz bilgi kavramının tanımını keskin çizgilerle çizmek ve bu kavramın net bir şekilde anlaşılmasını sağlamak bir hayli zordur (Fidan, 2013).

Bilgi, bir kişi veya bir toplum tarafından öğrenilen, anlaşılabilir veya elde edilen gerçekler, veriler ve anlayışlardır. Bilgi, deneyim, gözlem, araştırma veya öğrenme yoluyla kazanılabilir. Bilgi, insanların düşünme, anlama, karar verme ve problem çözme süreçlerinde temel bir rol oynar (Bower, 1981). Bilgi, gerçeklikle uyumlu ve doğrulanabilir olmalıdır. Doğru, güvenilir ve geçerli bilgilere dayanarak bilinçli kararlar alınabilir ve hedeflere ulaşmak için

kullanılabilir. Bilgi, farklı alanlarda uzmanlık gerektirebilir ve disiplinler arası bir yaklaşım gerektirebilir (Uçak, 2010). Bilgi, insan yaşamının her alanında önemli bir role sahiptir. Eğitim, araştırma, teknoloji, sağlık, iş dünyası, iletişim ve kültür gibi birçok alanda bilgi, ilerlemeyi ve gelişmeyi sağlar. Bilgi, insanların dünyayı anlamalarına, sorunları çözmelerine ve kendilerini geliştirmelerine yardımcı olur (Topdemir, 2009).

2.1.1. Bilginin Tanımı ve Kapsamı

Bilgi konusunda insanların ilk yoğun çalışmasının felsefe alanında olduğunu görmekteyiz. İlk çağlardan itibaren bilgi kavramı, bilgiyi tanımlama ihtiyacı ve insanların bilgiye nasıl ulaştığı, filozoflar tarafından sıkça üzerinde durulmuştur. Bilginin doğuştan varlığı konusu veya tam tersi bir düşünce olan John Locke'un Tabula Rasa'sı yani doğuştan bilgi sahibi olmama; zihnimizde doğuştan gelen bir fikrin ve bilginin olmayışı savunan çalışması bilgi hakkında üzerinde durulan çalışmalardandır. Freud'un psikanaliz çalışmalarından biri olan Totem ve Tabu kitabında düşüncelerin, bilginin ve eylemin üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda ilkel insan ile nevrotik kişi arasındaki ayrım şu şekilde yapılmıştır: "Nevrotik kişi özellikle de eyleme geçmek konusunda ketlenmiştir, düşünce tamamen eylemin yerine geçmiştir. İkel insan ise ketlenmemiştir, düşünce eyleme dönüşüverir, denebilir ki, eylem onda düşüncenin yerini almıştır; bu nedenle vardığım kararın doğru olduğu iddiasında bulunmadan, tartıştığımız konu bağlamında şunu varsayabileceğimiz görüşümdedir: Başlangıçta eylem vardır." (Freud, 2021). Bilgi kavramının yönü oldukça geniştir. Bu kavramı açıklarken felsefeyi temel almak araştırmanın ruhuna aykırı olmayacaktır çünkü bilgi felsefeden doğmuştur. Freud'un psikanaliz araştırmaları felsefe ve psikoloji alanında büyük önem arz etmektedir. Freud çalışmasında; nevrotik kişilik bozukluğu olan kişilerin düşüncelerini yani bilgilerini eyleme geçiremeyeşinden ancak ilkel insanların eylemleri sonucu bilginin ve düşüncenin ortaya çıkmasından bahsetmektedir. Ve her şeyden önce eylemin olduğu sonucuna varmıştır. Yani bilgi kavramının ortaya çıkmasında eylem birinci harekettir. Bilgi, eylem sonucu oluşmaya başlamıştır (Freud, 2021). Bilgi kavramı sadece felsefi açıdan değil birçok farklı açıdan da ele alınmıştır. Dolayısıyla bilgi bazı sınıflandırmalara tabi tutulmuştur.

2.1.2. Bilginin Sınıflandırılması

Bilgi bir bütün oluşturabilir. Yani düzenlenmiş bilgiler topluluğuna bilim diyebiliriz. (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000). Bilim, belirli bir alandaki bilgilerin bütünüdür. Bilgi olmadan bilimin varlığından bahsetmemiz pek doğru olmayacaktır. Ekonomik bilgi, tıbbi bilgi gibi birçok bilgiyi içeren

bütüne bilim diyebiliriz. Anlaşılacağı üzere bilgi alana ve bakış açlarına göre değişiklik göstermektedir. (Uçak, 2010). Felsefede, genel anlamıyla bilginin bütünü ile uğraşan bilim dalına epistemoloji adı verilmektedir. Platon bilgi konusunu ikiye ayırmaktadır. İlk temel soru insanın bilgiyi nasıl bildiğidir, diğer soru ise bilgi türlerinin neler olduğudur (Güzel, 2003).

Klein (1998) bilgiyi genel hatlarıyla ikiye ayırmıştır:

- **Propositional Knowledge (Bildirimsel Bilgi):**

Tanımlayıcı bilgi olarak da geçen bildirimsel veya önergesel bilgiler bilimsel gerçeklere dayanan bilgilerdir. Örneğin $2+2=4$ bir önerme bilgisidir.

- **Non-propositional Knowledge (Bildirimsel Olmayan Bilgi)**

Literatürde “Know- How” terimi olarak geçen bu bilgi türü pratik yetenekler veya bir beceri bilgisini ifade eden bilgilerdir. Örneğin nasıl bisiklet sürüleceğini bilmek, nasıl yüzmeyi bilmek gibi teknik bilgiler olarak sıralayabiliriz.

“Bilgi, sosyal olgularda karşımıza çıkan davranış ve olayları anlamamıza yardım eden işaret ve kavrayışlardır” (Bozkurt, 2019). Bilgi genel olarak gözlemlenebilen, ölçülebilen veya hesaplanabilen davranışlara ait değerlerdir. Bilgi belirli bir süreçten geçmiş ve işlenmiş bilgiler yani veriler olarak tanımlanabilir. (Dura ve Atik, 2002).

Martensson (2000)’a göre bilginin sahip olduğu temel özellikler şunlardır (Aktan ve Vural, 2019);

- Kolaylıkla biriktirilip saklanamaz.
- Çoğunlukla depo edilemez, kodlanamaz veya istiflenemez.
- Bilgi, insan zihni ile enformasyonun işlenmesi, oluşturulması, düzenlenmesi veya kullanılmasıdır. Deneyim, açıklama ve içinde bulunulan koşulları bünyesinde barındıran enformasyondur.
- Kullanılmadığı zaman herhangi bir mana ifade etmez.
- Karar vermeye ve harekete geçmeye hazır yüksek kıymete sahip enformasyondur.

Bilgi çok kapsamlı ve geniş bir alana sahiptir. Bilgiyi sadece bilimsel bilgi olarak sınıflandırmak pek doğru olmayacaktır. Gündelik bilgiler, teknik bilgiler, sanat bilgisi, dini bilgiler ve felsefi bilgiler olarak sıralayabiliriz. Her bilgi türünün kendine has özellikleri tutumları vardır. Örneğin bilimsel bilgi subjektif olamaz, akılcı ve tarafsız olmalıdır. Bilimsel bilginin özelliklerini sıralamak gerekirse; (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000).

- Bilim mantıklıdır
- Bilim gerekircidir
- Bilim geneldir
- Bilim tutumludur
- Bilim kesindir
- Bilim deneysel olarak doğrulanabilir
- Bilim nesneldir
- Bilim değişime açıktır.

Bilgi türlerini Türk Bilişim Derneği (2006) şu şekilde sıralamıştır; işaretli bilgi, deneysel bilgi, girişimci bilgi, kurumsal bilgi, idealist bilgi, pragmatik bilgi ve otomatik bilgi.

Bilgi türleri kapsamına tam bilgi ve asimetric bilgi kavramlarını da ekleyebiliriz. Ekonomi alanında sıklıkla kullanılan bu bilgi türleri sağlık sektöründe de mevcut olan kavramlardır.

2.2. BİLGİ ASİMETRİSİ KAVRAMI

Bilgi asimetrisi kavramını tanımlamadan önce, simetrik ve asimetric bilgi kavramlarına değinmek yerinde olacaktır. Simetrik bilgi, konuyla alakalı ilgili tüm bilgilerin tarafların hepsi tarafından bilindiği bir durumu ifade etmektedir. Asimetric bilgi ya da diğer bir ifade ile bilgi asimetrisi, bir konudaki tarafların birbirinden farklı bilgi derecesine sahip olduğu durumları ifade etmektedir. (Afzal et al., 2008). Bilgi asimetrisi kavramını ilk kez George A. Akerlof kullanmıştır. “The Market for Lemons: Quality, Uncertainty, and The Market Mechanism” isimli makalesinde 1970 yılında kullanmıştır. (Temel ve Aydın, 2018).

İktisatta alıcı ve satıcıların pazar hakkında, sağıkta hastanın ve hekimin tıbbi boyutta aynı düzeyde bilgiye sahip olmaları gerçek hayatta mümkün görülmemektedir. Bunun aksine tarafların birbirinden farklı boyutta bilgiye sahip olduğu, bir tarafın diğer taraftan daha fazla bilgili olduğu görülmektedir. (Sarıkaya, 2002).

Bilgi asimetrisi, bir veya daha fazla tarafın diğer tarafın sahip olduğu bilgiden daha az bilgiye sahip olması durumudur. Bu durum, ekonomi, finans, sağık hizmetleri, eğitim gibi çeşitli alanlarda karşılaşılabilen bir kavramdır. Tarafların tam bilgiye sahip olmadığı, bir alan hakkındaki bilgilerin toplumun geneline eşit olarak ulaşmamasından dolayı tarafların bilginin bir kısmına ulaştığı belirtilmektedir. (Hayek, 1937). Piyasa

başarısızlığına sebep olan eksik bilgi ve belirsizlik Arrow, (1959)'a göre bu durumun sebeplerindendir.

Literatüre göre tam bilgi kuramının karşısında yer alan tarafların birbirinden farklı bilgiye sahip olduğu durumları ifade eden kavram bilgi asimetrisidir (Şahin, 2022). Kalıpcı Çağırın (2019) da bilgi asimetrisi kavramına yönelik; bilginin pek çok alanda asimetrik olarak bireylerin karşısına çıktığını belirtmiştir. En basit haliyle, alışverişte bulunan iki tarafın birinin diğerinden daha çok bilgiye sahip olması durumunda bilgi asimetrisinin mevcut olduğunu belirtmiştir.

Tam bilgi, bilgilerin her iki tarafta da bilinmesi durumu iken, asimetrik bilgi kavramı tarafların birbirinden farklı açılarda bilgiye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Bilgi çok yönlüdür ve her bireyin tüm alanlarda eşit bilgiye sahip olması, bilim dallarında tam bilgiye erişmesi mümkün değildir. Bu bağlamda bilgi asimetrisi insan doğasında vazgeçilmez bir gerçektir. Tarafların tümünün tam bilgiye sahip olması ütöpik bir dünyada düşünülebilir. Ancak böyle bir durumda da insanlar kendi becerilerinin yettiği tüm konularda yardım almaksızın her şeyin üstesinden gelebilir. Ancak böyle bir durum gerçek dünya için ulaşılamaz bir gerçektir (Temel ve Aydın, 2018).

Asimetrik bilginin oluşmasında bilginin üretildikten sonra paylaşılması konusunda sorunların yaşanması durumu mevcuttur. Bunlar bilginin denetlenmesinden, saklanması, kısıtlanmasından ve çarpıtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumlar asimetrik bilginin temel sebeplerindendir (Karakaş ve Şimşek, 2007).

Bilgi asimetrisi piyasa çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Bilgi kümelerinin taraflar arasında aynı olmamasından kaynaklı oluşan bilgi asimetrisi durumu ekonomik olarak ortaya çıkmış bir kavram olsa da her türlü bilgi akışının mevcut olduğu ortamlarda meydana gelen bir durumdur. Bilgi asimetrisinin yol açtığı piyasa bozukluğu, ters seçim (adverse selection), ahlaki tehlike (moral hazard) ve vekalet sorunu (agency problem) gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bozkurt, 2019).

2.2.1. Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Problemler

2.2.1.1. Ters Seçim

Bilgi asimetrisinin yol açtığı sorunlar arasında önemli bir etmen olan ters seçim, bir bireyin diğer bir bireyden herhangi bir ürün özellikleri açısından daha fazla bilgiye sahip olması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Gerekli ölçüde bilgisi olmayan müşterilerin, iyi olmayan kalitede bir malı

normalinden daha yüksek fiyatlara satın alma riskiyle karşı karşıya kaldığı ve yanlış seçim yapma durumları ters seçim olarak adlandırılmaktadır (Mishkin, 1996).

Akerlof, 1970 yılında limon piyasalar üzerine yaptığı çalışmada ters seçim kavramını literatüre kazandırırken ters seçimi ikinci el otomobil piyasası üzerinden örneklendirmiştir. İkinci el otomobil piyasasında satıcılar ve alıcılar arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle, ortalama fiyattan daha yüksek olan limon yani kötü otomobillerin daha fazla talep görmesi ve iyi otomobillerin satışının sınırlanması örneğinde, düşük kaliteli arabalar yüksek kaliteli arabaları piyasadan dışlamaktadır (Şahin, 2022).

2.2.1.2. Ahlaki Tehlike (*Adverse Selection*)

Herhangi bir anlaşma sonrasında, iktisadî işlemin taraflarından birinin yalnızca kendi çıkarlarına hizmet edecek ahlak dışı faaliyetlerde bulunması durumunda, işlemin karşı tarafı zarara uğratma tehlikesi vardır (Bozkurt, 2019). Bu tehlike bilgi asimetrisi kapsamı içerisinde ahlaki tehlike problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faaliyetler ahlaki olmayan bir yapıya sahiptir ve taraflardan yalnızca birinin menfaatini sağlama tehlikesine sahiptir. Ahlaki tehlike ile ters seçim arasında bir karşılaştırma yapılacak olursak, gizli bilgi ters bir karara yol açarken gizli eylem ahlaki tehlikeye yol açabilmektedir. Daha açıkça söylemek gerekirse, ahlaki tehlike taraflardan birinin anlaşma yapıldıktan sonra gerçekleştirdiği eylemin diğer taraf tarafından saklanması ile ortaya çıkmaktadır (Stiglitz, 2001).

Ahlaki tehlike durumunu, üst kademe yöneticilerinin kendi çıkarlarını şirket çıkarlarından daha fazla önemsemesi ve sigorta yaptıran bir kişinin otomobilini daha az dikkatli sürmesi gibi örneklerde görmek mümkündür (Sarıkaya, 2002).

2.2.1.3. Vekalet Problemi (*Agency Problem*)

Şirketlerin büyümesinin getirdiği karmaşıklık ve uzmanlaşma, şirket sahiplerinin her alanda bilgi sahibi olmalarını zorlaştırmıştır. Bu nedenle, şirket sahipleri profesyonel yöneticiler istihdam etme yoluna gitmişlerdir. Bu yaklaşım, karmaşıklaşan örgütsel görevleri yönetmek için etkili bir çözüm sunarken, istihdam edilen yöneticilerin kişisel davranışları ile şirket sahiplerinin asıl hedefleri arasında bir farklılık yaratmıştır (Meydan ve Çetin, 2012). Bu nedenle Vekâlet Teorisi, organizasyon sahipleri ile yöneticiler arasında ortaya çıkabilecek beklenti, niyet ve bilgi farklılıklarını ortadan kaldırmak için kontrol mekanizmaları geliştirmeyi amaçlamaktadır (Ürek ve Erigüç, 2018). Temsilcilik problemini, ahlaki tehlikeden ayıran özellik

yapılan sözleşmedir. Bu nedenle, bir tarafın diğer tarafa iş yaptırmasını içeren sözleşmeler temsilcilik sorunudur. (Jensen ve Mechling, 1976).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki bilgiye erişimde ve paylaşımında ortaya çıkan dengesizlik veya farklılıktır. Bu durum, sağlık sektöründe birçok soruna neden olabilir ve etkileyebilir.

Birincil olarak, sağlık hizmeti sunucuları (doktorlar, hemşireler, uzmanlar) genellikle tıbbi bilgiye sahiptirler ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde uzmandırlar. Ancak, hastalar bu bilgiye genellikle sınırlı erişimle sahiptirler ve genellikle tıbbi terimleri, teşhisleri veya tedavi seçeneklerini tam olarak anlamazlar (Beyaztaş ve Demirkan, 2001).

Bilgi asimetrisi ayrıca sağlık hizmeti sunucuları arasında da ortaya çıkabilir. Örneğin, bir doktor başka bir doktordan daha fazla uzmanlığa veya deneyime sahip olabilir ve bu durumda hasta, daha az deneyime sahip bir doktordan sağlık hizmeti alırken, karar verme sürecinde bilgi açısından eksik kalabilir (Bloom vd., 2008).

Bilgi asimetrisi, hasta-doktor ilişkisinde de sorunlara yol açabilir. Hasta, doktorun önerilerini veya teşhislerini sorgulama veya anlama fırsatına sahip olmadığında, kararlarını tam bilgiye dayandırmakta zorlanabilir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları bazen hastalara tam bir bilgi vermek yerine, bilgileri sınırlı bir şekilde sunabilir veya daha fazla bilgi paylaşmaktan kaçınabilirler (Ama J Ethics, 2016).

Sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici amaçlı her türlü işlemin yer aldığı mal ve hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler, bu hizmetleri alabilmek için belirli bir zaman ve para harcamak zorunda kalarak sağlık hizmeti piyasasını oluşturur. Sağlık hizmetleri piyasasında talep, arz ve finansman şekilleri sağlık hizmetlerinin doğası gereği sahip olduğu özellikler nedeniyle diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin temel çıkış noktası hasta-hekim arasındaki ilişkiler, sağlık sigortacılığı, sağlık ile ilgili tüm bilgiler ve iletilerdir. Bu alanlarda oluşturulan bilgiler hasta tarafından tam olarak bilinmemektedir. Bu bağlamda hasta-hekim arasında asimetric bilgi oluşmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017). Çağımızda yaygınlaşan internet kullanımı, sosyal medya kullanımı, teknolojinin her alanda etkin bir şekilde kullanımı ve son zamanlarda artan yapay zeka kullanımı ile birlikte bilgiye

ulaşmak epeyce kolaylaşmıştır. Ancak bilgiye ulaşmak, doğru bilgiye ulaşmak değildir. Artan teknoloji kullanımı bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmasının yanı sıra kirli bilgilere ulaşma şansını da yükseltmiştir. Çok hızlı bir şekilde yayılan viral videolar, iletiler, açıklamalar, asparagas haberler, internet sitelerinde kazanç sağlamak için oluşturulan yanlış bilgi içeren reklam kutucukları, tıklanma sayısını arttırmak için oluşturulan clickbait (tık tuzağı) içerikler bilgiye doğru bir şekilde ulaşmayı engelleyen faktörlerdir. Bu bağlamda kişilerin hekime başvurmadan önce yapmış oldukları ön araştırma kişiyi yanlış bilgilere götürebilir ve bu doğru olmayan bilgileri yayma konusunda girişimlerde bulunabilir. Hastalarda ve hasta yakınlarında oluşan bu bilgi ihtiyacı doğru kaynaklardan, doğru verilerden elde edilmelidir. Teknolojinin yaygın kullanımı her ne kadar bireylere ve toplumlara kolaylık sağlasa da bu faktörden zararlı bir şekilde etkilenmek de bilinçsiz kullanıcılar için kaçınılmaz olacaktır.

Medyanın toplum üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu tür sağlık bilgilerinin eksik, yanlış ya da yanıltıcı olarak dağıtılması toplumsal sağlığını tehlikeye atacak durumlar oluşturabilir (Bozkurt, 2019). Bilgi asimetrisi aynı zamanda sağlık hizmetlerinin mali boyutunda da etkili olabilir. Sağlık sigortası şirketleri veya devlet sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgiye sahip iken, hastalar genellikle sağlık sisteminden ve sağlık hizmeti maliyetlerinden habersiz olabilirler. Bu durum, hastaların sağlık hizmetlerinin fiyatını ve maliyetini tam olarak anlamamalarını ve karar verirken bilinçli seçimler yapmalarını engelleyebilir (Gökkaya ve Erdem, 2017).

Bilgi asimetrisini azaltmak için bazı adımlar atılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, hastalara daha iyi bir şekilde bilgi sunmaya çalışarak bilgi asimetrisini azaltabilirler. Hasta eğitimi ve bilinçlendirme, hastaların sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları arasında daha iyi iletişim ve bilgi paylaşımı da bilgi asimetrisini azaltmaya yarayan faktörler arasında sayılabilir (Bozkurt, 2019).

Sağlık hizmeti sunmak için tek bir davranış modeli yoktur, bu nedenle her bir doktorun tedavi ve hizmet sunma şekli farklı olabilir. Herhangi bir neden olmadan hekim kendi uygun gördüğü ve beklentileri doğrultusunda bir tedavi önerebilir. Bu durum hekimin testlerden ve işlemlerden sonra gereksiz tedavi uygulamasına yol açabilir (Krupat vd., 2000). Bazı durumlarda ise tedavi gibi işlemler gerekmediği halde sağlık hizmeti talebi artabilir ve kaynakların boşa kullanımına yol açabilir (Schneider, 2004). Bu nedenle bilgi asimetrisinin varlığı hem hasta hem de hastanın sağlık sigortasını karşılayan taraf için sorunlara yol açabilir. Hasta ve hekim arasındaki bilgi

farkı, hastanın hangi tedavilerin ne kadar sürede, ne kadar büyüklükte ve ne kadar paraya mal olacağını bilmemesine neden olur (Şekerci, 2016,).

Hastakame edilemeyen, vazgeçilemeyen, tahmin edilemeyen, ölçülemeyen ve değerlendirilemeyen sağlık sorunlarına katlanmak zorundadır. Bu durum, onu doktor önünde mahkûm ve biçare bırakmaktadır (TTD, 2019).

2.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Sorunlar

Bilgi asimetrisinin neden olduğu problemler olan ters seçim, ahlaki tehlike ve vekalet problemi gibi hususlar, sağlık hizmetlerinde de çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir.

2.3.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Ters Seçim Problemi

Sağlık sektöründe ters seçim, hastaların sigorta şirketlerinden daha fazla bilgiye sahip olmaları ve bu bilgiyi sigorta şirketlerinden gizlemeleriyle ortaya çıkan bir durumdur (Feldstein, 2005). Bu durum, hastaların kişisel sağlık durumları ve risk seviyeleri hakkında daha ayrıntılı bilgiye sahip olmaları nedeniyle sigorta şirketlerinin risk seviyesi algılarını yanıltabilmeleri anlamına gelir. Risk grubu yüksek olan hastaların sağlık hizmetlerini daha çok tüketmeleri kaçınılmazdır (Bozkurt, 2019).

Risk grubu yüksek olan hastalar, kronik hastalıklara veya ciddi sağlık sorunlarına sahip olma eğilimindedirler. Bu tür hastalar düzenli kontroller, tedaviler, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyabilirler. Risk grubu yüksek olan hastaların daha fazla sağlık hizmeti tüketmelerinin birkaç nedeni vardır. Bu nedenleri risk grubu yüksek olan bireylerdeki kronik hastalıklar, komplikasyon riski (öngörülemediği halde önlenemeyen sonuçlar), bu risk grubundaki hastaların acil durumlarla sık karşılaşmaları gibi şekilde sıralayabiliriz. Risk grubu yüksek olan hastaların daha fazla sağlık hizmeti tüketmeleri, sağlık hizmetlerinin planlanması ve kaynakların yönetilmesi açısından önemli bir faktördür. Sağlık sistemleri, bu tür hastalara etkili ve sürekli bakım sağlamak için kaynakları planlamalı ve bu ihtiyaçları karşılamak için uygun politikalar geliştirmelidir. Düşük risk grubundakileri piyasada tutabilmek için sigorta şirketlerinin risk grubundakilerin sigorta primlerini risk düzeyine göre ayarlaması gerekmektedir (Shmanske, 1996).

Bir sigorta şirketi risk grubu yüksek olan bir hastayı poliçesine dahil etmek istediğinde, hastanın sağlık geçmişi ve risk durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilir. Hastalar, sigorta şirketlerine sağlık durumları hakkında eksik veya yanıltıcı bilgiler sunarak daha düşük primler ödemek veya daha

kapsamlı bir sigorta kapsamı elde etmek gibi avantajlar sağlamaya çalışıyor ise ters seçim problemi ortaya çıkmış demektir (Ürek ve Erigüç, 2018).

2.3.1.2 Sağlık Hizmetlerinde Ahlaki Tehlike Problemi

Bilgi asimetrisinden kaynaklanan diğer bir problem ise ahlaki tehlikedir. Sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlike; sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında ahlaki değerlere ve ilkelerine aykırı durumların ortaya çıkmasıdır (Ünal, 2021). Bu durumlar, hastaların haklarının ihlal edilmesi, etik standartlara uymama, sağlık hizmeti sunucularının çıkarlarının hastaların çıkarlarının önüne geçmesi gibi durumları içerebilir. Örneğin, bir sağlık hizmeti sağlayıcısı, hastanın bilgisi veya onayı olmadan gereksiz tıbbi işlemler yapabilir veya gereksiz ilaçlar reçete edebilir. Hastanın kâr amacı güden bir sağlık kuruluşunun veya sağlık çalışanının çıkarlarının yaratacağı sonuçlar, hastanın sağlık ve refahı üzerinde problemler oluşturabilecektir. Bu örnek ahlaki tehlike probleminde arz kaynaklı bir durumdur. Arz kaynaklı talep olarak adlandırılan bu sorun, hekimin hastanın talep eğrisini kendi çıkarları doğrultusunda değiştirmeye yönelik hareketlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Nguyen, 2011).

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisine neden olan ahlaki tehlike problemi arz kaynaklı olabileceği gibi talep kaynaklı durumları da içerebilmektedir. Bireyler, sigortanın ödeyeceğinden şüphe duymadıkları için, hasta olmasalar bile sağlık hizmetlerini gereksiz veya aşırı kullanmaya meyil gösterir vesahliklarına pek dikkat etmeyebilirler. Çünkü hastalanırlarsa sigortanın ödeme yapacağından şüpheleri yoktur (Ürek ve Erigüç, 2018).

Sağlık sigortasındaki ahlaki tehlike, hastane maliyetlerinin kasıtlı olarak artırılması veya hastaların bilinçli olarak pahalı hastaneleri tercih etmesi ve gereksiz yere farklı tedavi yöntemleri uygulaması şeklinde de kendini gösterebilir (Arrow, 1963).

2.3.1.3 Sağlık Hizmetlerinde Vekalet (Temsilcilik) Problemi

Sağlık hizmetlerinde vekalet ilişkisi, sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaların, bilgi asimetrisi nedeniyle ne gibi hizmetten hangi derece faydalanması gerektiğini bilmemesinden kaynaklı kendilerine bir temsilci yani vekil tayin ettiği sağlık hizmeti sunucularının, kullanılacak olan sağlık hizmetini belirlemesi ve hasta adına hareket etmesi olarak tanımlanır (Vick ve Scott, 1998).

Sağlık hizmetlerinde vekalet (temsiliyet) problemi, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının kararlarını ve eylemlerini tam olarak kontrol etme veya anlama yeteneğine sahip olmamasından kaynaklanan bir durumdur.

Bu durumda, hastalar sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmek ve onların profesyonel bilgi ve deneyimlerine dayanarak kararlar almalarına izin vermek zorundadır (Ürek ve Erigüç, 2018).

Vekalet problemi, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının kararlarını sorgulayamaması veya sağlık durumları ve tedavi seçenekleri hakkında tam bilgi sahibi olmamaları durumunda ortaya çıkabilir. Hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcılarına sağlık kararlarını almada tam bir yetki verirken, karar sürecine tam olarak katılamayabilmektedir. Bu durumda, vekalet problemi çeşitli sorunlara yol açabilir. Hastalar, kendi tercihlerine uygun olmayan veya ihtiyaçlarına tam olarak yanıt vermeyen tedavileri kabul etmek zorunda kalabilirler. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ise hastaların bilgilerine ve tercihlerine tam olarak uygun tedavileri sunamayabilirler (Öztürk ve Doğuç, 2022).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisine Etki Eden Faktörler

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi oluşmasına yol açan çeşitli faktörler vardır. Bunlar bilgilendirme, bilgi edinme yolları, güven ve diğer faktörler olarak sıralanabilir.

2.3.2.1. Bilgilendirme

Hastalara doktorların sunduğu her türlü sağlık hizmeti hakkında bilgi vermek tıbbi bakımın en önemli unsurlarından biridir. Tıp alanında, hastalara verilen sağlık hizmetlerine ilişkin ne kadar bilgi verileceği ve ne kadar belirsizliğin korunacağı sürekli olarak tartışılır (Waitzkin, 1985).

Sağlık hizmetleri konusunda hastaların bilgileri nadiren hekimlerin teknik uzmanlıklarına yaklaşmakta ve hekim-hasta arasındaki tıbbi bilgi eksikliği veya yeterliği bilgi asimetrisine ve yabancılaşmaya yol açmaktadır. Bu durumda, hekimler eksik bilgiye sahip hastaların karşı karşıya olduğu belirsizlik durumunda hastalarını yönetebilir. Hekimler, hastalarının tedavinin etkinliği hakkında belirsizliği koruyabildikleri taktirde güçlerini artırabilirler (Waitzkin, 1985). Waitzkin'ın "bir kişinin cehaleti bir başkasının gücünün temelidir" ifadesi bilgi asimetrisinde belirsizliğin yol açtığı sorunu daha anlaşılır bir şekilde özetlemektedir. Desiderius Erasmus'un 1500 yılında yayınladığı "Adagia" isimli kitabında yer verdiği "Körler ülkesinde tek gözlü insan kral olur" ifadesi ile daha iyi bir felsefik yaklaşım getirmiş olup asimetrik bilgi kavramının çerçevesini daha genişletmiş hale getirebiliriz.

Bilgilendirme faktörü, bilgi asimetrisini etkileyen ve dengelemeye yardımcı olan bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde bilgilendirme faktörünü etkileyen bazı önemli faktörler:

- Sağlık profesyonellerinin karmaşık tıbbi terminolojiyi anlaşılır bir şekilde aktarmaları ve hastaların/kişilerin sorularını yanıtlamaları, bilgilendirme sürecini geliştirir (Beyaztaş ve Demirkan, 2001).
- Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireyler genellikle daha fazla sağlık bilgisine sahip olabilirken, düşük eğitim düzeyine sahip olanlar daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç duyabilir (Long vd., 2022).
- Farklı kültürel inançlar ve değerler, bilgilendirme sürecinde dikkate alınması gereken faktörlerdir (Levin ve Mamlok, 2021).
- Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşayan bireyler, sağlıkla ilgili bilgilere erişimde ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim kurmada güçlükler yaşayabilir (Schwarz vd., 2022).
- İnternet ve dijital teknolojiler, bilgilendirme faktörünü etkileyen önemli bir rol oynar. İnternet, hastaların/kişilerin sağlıkla ilgili bilgilere erişmesini kolaylaştırabilir (Ndayishimiye vd., 2023).

2.3.2.2. Bilgiye Erişim Yolları

Sağlık alanında hasta haklarının gelişmesine paralel olarak, bilgi edinme imkanları ile hastalar kendi adına karar veren hekimin belirleyici konumunu değiştirebilir (Şahin, 2022). Zamanla hekim ile hasta arasındaki asimetrik güç dengesi bozulurken hasta bilgilendirmenin nasıl ve hangi yollarla yapılacağı konusundaki tartışmalar da ortaya çıkmıştır (Şencan ve Uyar, 2014).

Bireyler, sağlık hizmetine başvuracağı zaman ihtiyaç duyduğu bilgiyi kullanmak için resmi veya gayri resmi yolları kullanabilir. Resmi sağlık bilgi kaynakları arasında eczacı, sağlık personeli, telefon danışma hattı, tıbbi kurslar (ilk yardım, hamilelik okulları vb.), medikal kitaplar ve hasta grupları yer almaktadır. Gayri-resmi sağlık bilgi kaynakları arasında ise televizyon, radyo, gazete, dergi, internet, sosyal medya, hasta arkadaşları, geleneksel tıp, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamaları yer almaktadır (Lambert ve Loiselle, 2007).

2.3.2.3 Deneyim

Sağlık piyasasında, müşterilerin sağlık hizmetlerini almadan önce hizmetin kalitesi kontrol edilemeyeceği için sağlık hizmetleri deneyim gerektiren bir süreçtir. Örneğin, bir hastaya verilen bir ilacın etkisi ve kalitesi, ilaç kullanıldıktan sonra hastalığın seyrinde gerileme veya ilerleme ile anlaşılabilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin deneyim malı olarak algılanma biçimi hem hastaların hem de sağlık kurumlarının tecrübe etmesine göre değişebilir (Arrow, 1963). Böylece hasta, sağlık hizmetlerinden yararlanırken fayda

sağlayıp sağlamama durumuna göre tekrar aynı sağlık hizmetine gitmeye karar verebilir (Akbaş, 2014).

2.3.2.4. Güven

Türk Dil Kurumuna göre güven kelimesi “Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” anlamına gelmektedir (TDK). Güvenin iki tarafı vardır. Birincisi, kişilerarası güven, bir kişinin güvenilirliğini zaman içinde test etme fırsatına sahip olduğunda ortaya çıkar. İkinci olarak, sosyal güven, bir grup insanın bir kuruma olan güvenini ifade eder ve kurumun geçmişi, medya ve genel sosyal güven tarafından etkilenir (Egede ve Ellis, 2008). Luhman’a (1979) göre güvenden yoksun kurulan ilişkiler sadece anlık ilişkiler olabilir. Hastanın sağlık hizmeti sunan kişilere güvenmesi, sağlık hizmeti sunan kişinin hasta için en iyisini yapacağına ve hastanın savunmasızlığını kabul ederek iyi niyetle davranacağına dair çeşitli beklentileri ifade etmektedir (Tatlı ve Kazan,2020).

Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin en önemli bileşeni güvendir (Pearson ve Raekc, 2000). Sağlık hizmetlerinde güven, sağlık sistemlerinin etkinliği, hasta sağlığı ve sağlık sonuçları için büyük bir öneme sahiptir. Güven, hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Hasta, hekime güven duyarsa, sağlık sorunlarını açıkça ifade edebilir, tedavi önerilerini takip edebilir ve sağlık durumu hakkında gerekli bilgilendirmeyi alabilir. Bu da tedavi başarısını artırır ve hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkiler. Güven eksikliği, hasta-sağlık hizmeti sağlayıcı ilişkisini zayıflatır ve etkili tedaviye engel olabilir (Koca ve Eriğüç, 2021).

Güven duygusu, hastaların hekimlerden aldıkları bilgilere güvenmelerini sağlar. Hekimin bilgisi ve uzmanlığına güvenen hastalar, tedavi seçenekleri hakkında daha bilinçli kararlar alabilirler. Güven eksikliği, hastaların bilgilere şüpheyle yaklaşmalarına ve karar verme sürecini olumsuz etkilemelerine neden olabilir. Güven, sağlık sistemine olan genel güveni de etkiler. Sağlık hizmetlerindeki güven eksikliği, toplumda sağlık sistemine olan güveni azaltır ve sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilir. Bu da sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltabilir (Nal, 2021).

2.3.1.5 Diğer Faktörler

Hastanın aldığı sağlık hizmetlerinden maksimum fayda sağlamak için ne tür göstergeleri göz önünde bulundurduğu ve bu göstergeleri nasıl algıladığı önemlidir. Bazı hastalar vakalarının kapsamlı bir şekilde anlatılmasını ve tartışılmasını tercih ederken, diğer hastalar asgari düzeyde bilgiye sahip

olmak isterler. Ya da bilgi yerine işaretler arayabilirler. Örneğin, bir hekimin aldığı ödüller, hastanenin konumu, yaş, cinsiyet, ırk veya etnik köken bir işaret olarak kullanılabilir. Ayrıca, bir pratisyen hekim, kurul tarafından onaylı bir dahiliyeci veya bir hekimin aldığı ödüller de seçilebilir (Gaynor ve Vogt, 1999). Tüm bunlar hastanın hekim karşısındaki bilgi eksikliğini veya bilgiye ihtiyaç duyma arzusunu ve düzeyini etkileyebilir ve bilgi asimetrisinin varlığını ve yaşanmasını azaltıcı bir unsur olarak rol oynayabilir.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerine göre kendine has özelliklerinden olan, yoğun bir uzmanlık bilgisi gerektirmesi sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi oluşmasında önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, birçok soruna neden olabilir ve olumsuz sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, karar verme sürecinde, hasta-hekim arasındaki iletişimde, tedavi sürecinde önemli rol oynayan bir faktördür. Bu faktör güven eksikliği ve belirsizlik gibi olumsuz sonuçların doğmasına neden olabilir. Hastanın bilgi ihtiyacının karşılanması, durumu hakkında hekimin hastayı bilgilendirmesi, hastanın sahip olduğu güven duygusu, daha önceki deneyimler, hastanın kişisel özellikleri ve algıları veya bazı işaretler bilgi asimetrisinin varlığını veya yaşanmasını etkileyebilir. Bu faktörler, bilgi farklılığına rağmen hastanın varolan bilgi eksikliği miktarı veya ihtiyaç düzeyini azaltıcı veya yok edici bir etki ortaya çıkararak, sağlık hizmetleri piyasanın işleyişi ve hizmet sunumunun daha etkin, verimli ve kesintisiz bir şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilecektir. Yapılan araştırmalar, çeşitli önlemler alınarak bilgi asimetrisinin yaratabileceği olumsuzlukların azaltılabileceği ve daha eşitlikçi, hasta-merkezli ve bilgiye dayalı sağlık hizmetinin sağlanabileceğini vurgulamaktadır.

Kaynakça

- Afzal, W., Roland, D., & Al-Squri, M. N. (2009). Information Asymmetry And Product Valuation: An Exploratory Study. *Journal Of Information Science*, 35(2), 192-203.
- Akbaş, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkez efendi Devlet Hastanesi örneği). *TC BEYKENT ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL*, S, 14.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü” Temel Kavramlar Ve Avrupa Birliği’nde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market Of “Lemons”: Quality, Uncertainty And The Market Mechanism. *The Quarterly Journal Of Economics*, 84(3), 488-500.
- Aktan, C. C. ve Vural, İ.Y. (2009). Bilgi Nedir?, Bilgi Sistemleri, <http://www.canaktan.org/> (11.07.2024)
- Al-Shorbaji, N., & Al-Shorbaji, N. (2021). Improving healthcare Access through digital health: the use of information and communication technologies. *Healthcare Access*, 10. (2)
- AMA J Ethics*. (2016). Could Good Care Mean Withholding Information from Patients? <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/joecdb/files/2018-05/ccas1-1601.pdf> (10.07.2024)
- Arrow, K. J. (1959). Economic Welfare And The Allocation Of Resources For Innovation. *The Rand Corporation P-1856-Rc*, 1-23.
- Arrow, K. J. (1963, December). Uncertainty And The Welfare Economics Of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), S. 941-973.
- Beyaztaş, F. Y., & Demirkan, Ö. (2001). Tıbbi Girişim Öncesi Bilgilendirilmiş Rızanın Alınması ile İlgili Bir Anket Çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 6(2), 76-80.
- Bilgili, E., & Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler Ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bloom, G., Standing, H., & Lloyd, R. (2008). Markets, information asymmetry and healthcare: towards new social contracts. *Social science & medicine*, 66(10), 2076-2087.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129. (3)
- Bozkurt, İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi Ve Belirsizlik Algısı İle Müşteri Memnuniyeti Ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep Üniversitesi*.
- Dura, Cihan ve Hayriye Atik (2002), Bilgi Toplumunu-Bilgi Ekonomisi ve Türkiye, Literatür Yayıncılık, İstanbul

- Duygu, Ü. R. E. K., & Erigüç, G. Vekâlet Teorisi'nin Sağlık Sektöründeki Yan-sımlarının Ulusal Ve Uluslararası Çalışmalar Bağlamında Değerlendiril-mesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 180-194.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensi-onal trust in healthcare systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 808-815.
- Erasmus, D. (2002). *Adagia*. Joa. Frobenius.
- Feldstein, P. J. (2005). Healthcare economics (Sixthedition). United States of America: Thomson Delmar Learning.
- Fidan, H. (2013). İktisadi Açından Bilgi Kavramı Ve Bilgi Kavramına Yaklaşım-lar Üzerine Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(9), 94-104.
- Freud, S., & Yılmaz, Z. A. (2021). Totem ve Tabu. *İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları*.
- Gaynor, M., & Vogt, W. B. (1999). *Antitrust And Competition In Health Care Markets*. Amsterdam: North-Holland: Nber Working Paper.
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demi-rel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Güzel, C. (2003). Platon'un Bilgi Görüşü. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakül-tesi Dergisi*, 20(2).
- Hayek, F. A. (1937). Economics And Knowledge. *Economica, New Series*, 4(13), 33-54.
- Jensen M.C. Ve Mechling, W. (1976) "Theory Of The Firm: Managerial Be-havior, Agency Costs And Ownership Structure.", *Journal Of Financial Economics*, C. 3, S. 4, Pp. 305-360
- Kalıpçı Çağır, F. (2019) Gönüllü Kamuyu Aydınlatma İle Bilgi Asimetrisi İlişkisi: Borsa İstanbul'da Bir Uygulama.
- Karakaş, A. Ve Şimşek, S.(2007): "Asimetrik Bilgi – İktidar Ve Kurumsal Dü-zenleme Üzerine", *Tühis İş Hukuku Ve İktisat Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 4-5, Kasım 2006 / Şubat, S. 21-27.
- Kesgin, Ç. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın Tanımı; Başa çıkma, *Journal of Istanbul Kultur University*, 3, 47-49.
- Klein, P. D. (1998). Knowledge, Concept Of. *Routledge Encyclopaedia Of Philo-sophy, London & New York: Routledge*, 266-76.
- Koca, G. Ş., & Erigüç, G. (2021). Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi: has-taların bakış açısıyla ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması. *Ma-nisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (Armağan Sayısı), 186-202.

- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280.
- Krupat, E., Yeager, C.M. Ve Putnam S. (2000). Patient Role Orientations, Doctor-Patient Fit and Visit Satisfaction, *Journal Of Psychology and Health*, 15 (5), 707-719.
- Lambert, S. D., &Loiselle, C. G. (2007). Health Information – Seeking Behavior. *Qualitative Health Research* , 17(8), 1006-1019.
- Levin, I., & Mamlok, D. (2021). Culture and society in the digital age. *Information*, 12(2), 68.
- Long, Y., Jia, C., Luo, X., Sun, Y., Zuo, W., Wu, Y., ... & Lin, Z. (2022). The impact of high education on health literacy: a comparative study between urban and rural China. *Sustainability*, 14(19), 12142.
- Martensson, M. (2000). A critical review of knowledge management as a management tool. *Journal of knowledge management*, 4(3), 204-216.
- Meydan, C. H., & Çetin, F. (2012). Vekalet Kuramı. *Örgüt Kuramları*.(141-161). İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Mishkin, F.S. (1996), “Understanding Financial Crises: A Developing Country Perspective”, National Bureau Of Economic Research Working Paper Series, No. 5600, May, S.2
- Nal, M. (2021). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-10.
- Ndayishimiye, C., , H., & Middleton, J. (2023). A systematic coping review of digital health Technologies during COVID-19: a new normal in primary healthcare delivery. *Health and Technology*, 13(2), 273-284.
- Nguyen, H. (2011). The Principal-Agent Problems in Health Care: Evidence from Prescribing Patterns of Private Providers in Vietnam. *Health Policy and Planning*,26, i53-i62.
- Öztürk, Z., & Doğuç, E. (2022). Vekalet Teorisi Kapsamında Hasta Hekim İlişkinin Araştırılması.*Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 38-75.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients’ trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15, 509-513.
- Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2017). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sarıkaya, M. (2002), “Asimetrik Bilgi Çerçevesinde Müzayedeler”, İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, S.99.
- Schneider, U. (2004). Asymmetric Information and The Demand For Health Care–The Case Of Double Moral Hazard. *Schmollers Jahrbuch: Journal Of*

Applied Social Science Studies/ Zeitschrift Für Wirtschafts-UndSozialwissenschaften, 124(2), 233-256.

Schwarz, T., Schmidt, A. E., Bobek, J., & Ladurner, J. (2022). Barriers to accessing healthcare for people with chronic conditions: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 22(1), 1037.

Shmanske S. (1996) "Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope", *The Independent Review*, 1(2): 191-200.

Stiglitz, J. E. (2001). Information and The Change in The Paradigm in Economics. *Prize Lecture*, 472-540.

Sümbüloğlu, V., & Sümbüloğlu, K. (2000). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. Hatiboğlu Yayınları.

Şahin, Y. (2022). Hamilelik Sürecinde Bilgi Asimetrisine Etki Eden Faktörler: İstanbul'daki Hamileler Üzerine Bir Araştırma.

Şekerci, N. (2016). Özel Hastane Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi ve Ahlaki Tehlike İlişkisi Yüksek Lisans Tezi. 1-46. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şencan, N., & Uyar, M. (2014). Hasta Hakları Bağlamında Direkt Tüketiciye İlaç Reklamları Üzerine Kalitatif Bir Çalışma. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 164-176.

Tatlı, H. S., & Kazan, H. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler: Güven Ve Kalite. *İstanbul İktisat Dergisi*, 70(1), 205-227.

Tdk. (N.D.). *No Title*. [https://Sozluk.Gov.Tr/\(10.07.2024\)](https://Sozluk.Gov.Tr/(10.07.2024))

Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.

Topdemir, H. G. (2009). Felsefe nedir? Bilgi nedir?. *Türk Kütüphaneciliği*, 23(1), 119-133. (5)

Ttd, Hasta-Hekim İlişkisinde Etik İlkeler https://Www.Toraks.Org.Tr/Uploadfiles/215201114502-Hekim_hasta_iliskisi.Pdf (15.04.2023)

Türkiye Bilişim Derneği, (2006) Bilgi Yönetimi El Kitabı Çalışma Grubu 4, 2005-2006 Dönemi Çalışması, 5-Mayıs-2006, Ankara.

Uçak, N. Ö. (1997). Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. *Türk Kütüphaneciliği*, 11(4), 315-325. (1)

Uçak, N. Ö. (2010). Bilgi: Çok Yüzlü Bir Kavram. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(4), 705-722.

Ünal, M. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Enformasyon Sorunu ve Çözüm Önerileri. *Journal of Medical Sciences*, 2(1), 6-11.

Ünal, Ö. (2016). *Hasta Hekim İletişimin Hastanın Hekim Bağlılığına Ve Hastane Bağlılığına Etkisi* (Doctoral Dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).

- Ürek, D. ve Eriğüç, G. (2018). Vekalet Teorisinin Sağlık Sektöründeki Yansımaların Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar Bağlamında Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (2), 180-194.
- Vick, S., ve Scott, A. (1998). Agency in healthcare. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of health economics*, 17(5), 587-605.
- Waitzkin, H. (1985). Information Giving In Medical Care. *Journal Of Health and Social Behavior*, 26(2), 81-101.
- Weisbrod. A. (1991) "Competition In Health Care: A Cautionary View" Institute For Research On Poverty Discussion Paper, University Of Wisconsin