

PAPER DETAILS

TITLE: ASİMETRİK BİLGİ TEORİSİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN ANALİZİ:
KÜTAHYA İLİ ÖRNEĞİ

AUTHORS: Berna Hızarcı Beser, Sena Dönmez

PAGES: 729-753

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3518808>

ASİMETRİK BİLGİ TEORİSİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN ANALİZİ: KÜTAHYA İLİ ÖRNEĞİ¹

ANALYSIS OF THE EFFECTS OF ASYMMETRIC INFORMATION THEORY ON THE HEALTH SECTOR: THE CASE OF KÜTAHYA PROVINCE

Berna HIZARCI BEŞER²- Sena DÖNMEZ³

Öz

Asimetrik bilginin en yoğun yaşandığı piyasaların başında sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık sektöründe, belirsizlik algısının artması, memnuniyet duygusunun azalması, güvensizliklerin artması, ekonomik kayıpların artması ve bilgi ihtiyacı eksiklikleri çoğunlukla asimetrik bilgidir. Günümüzde sağlık hizmetlerinde beklentilerin pandemi sonrasında değişmesi ekonomik açıdan ülkelerin ekonomisini zora sokmuştur. Bu yüzden ekonomik açıdan kayıplara neden olan ve sağlık sektöründe teknik bilginin giderek artması asimetrik enformasyon sorununun araştırılmasına ve önemine vurgu yapan çalışmaların artmasına neden olmuştur. Bu çalışmada Kütahya ilinde sağlık sektöründe asimetrik bilginin etkileri ve boyutu Kütahya’da ikamet eden 2021 ile 2022 yıllarında en az bir defa hastaneye gitmiş 400 bireye anket verileri ile araştırılmıştır. Asimetrik bilgiyi etkileyen/belirleyen beş adet faktör tespit edilmiş, memnuniyet düzeyinin cinsiyete göre, memnuniyet ve bilgi ihtiyacının ise medeni duruma göre değişkenlik gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. ANOVA sonuçlarına göre bilgi ihtiyacı ile yaş, gelir düzeyi, meslek grupları, eğitim düzeyi arasında; memnuniyet ile gelir düzeyi ve tercih edilen hastane türü arasında, ayrıca güven ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına dair bulgular elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Asimetrik Bilgi, Sağlık Sektörü, Hasta-Hekim İlişkileri.

Abstract

The health sector is one of the markets where asymmetric information is most intense. In the health sector, the increase in the perception of uncertainty, the decrease in the sense of satisfaction, the increase in insecurity, the increase in economic losses and the lack of information needs are mostly caused by asymmetric information. Today, the change of expectations in health services after the pandemic has put the economy of the countries in a difficult situation. For this reason, the increase in technical knowledge in the health sector, which causes economic losses, has led to an increase in studies that emphasize the importance and research of the asymmetric information problem. In this study, the effects and size of asymmetric information in the health sector in the province of Kütahya were investigated by survey data on 400 individuals residing in Kütahya who went to the hospital at least once between 2021 and 2022. Five factors that affect/determine asymmetric information have been identified, and it has been found that the level of satisfaction varies according to gender, and the need for satisfaction and information varies according to marital status. According to the ANOVA results, there is a significant relationship between the need for information and age, income level, occupational groups, education level; between satisfaction and income level and the preferred hospital type, and also between trust and income level.

Keywords: Asymmetric Information, Health Sector, Patient-Physician Relations.

¹ Bu makale Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Maliye Bilim Dalında Sena DÖNMEZ’in Doç. Dr. Berna HIZARCI BEŞER yönetiminde yürüttüğü “Kamu Ekonomisi Rasyoneli Açısından Asimetrik Bilgi ve Sağlık Sektörü: Kütahya İli Örneği” adlı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

² Doç. Dr. Dumlupınar Üniversitesi, İİBF, Kütahya, berna.beser@dpu.edu.tr. Orcid: 0000-0002-2957-5030

³ Maliye Bilim Uzmanı, Dumlupınar Üniversitesi SBE, Maliye Bilim Dalı, donmezsen979@gmail.com.tr, Orcid: 0000-0002-2957-5030

Etik Kurul İzni: Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 14.04.2022 tarihli ve 2022/04 sayılı toplantısında etik açıdan uygun görülmüştür.

Makale Türü: Araştırma Makalesi – Geliş Tarihi: 05.11.2023 – Kabul Tarihi: 11.01.2024

DOI:10.17755/esosder.1386505

Atf için: *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2024;23(90): 729-753

Etik Kurul İzni: Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 14.4.2022 tarih ve 2022/04 sayılı yazısı ile etik açıdan uygun görülmüştür.

Bu çalışma Creative Commons Atf-Gayri Ticari 4.0 (CC BY-NC 4.0) kapsamında açık erişimli bir makaledir.



This work is an open access article under [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0).

1. GİRİŞ

Kamu ekonomisinde piyasa başarısızlığı teorisine göre asimetrik bilginin varlığı karar almada ve maliyetleri artırmada önemli bir sorundur. Asimetrik bilginin en yoğun yaşandığı alanlardan biri ise yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunulduğu sağlık sektörüdür. Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmet özelliği taşımakta iken günümüzde global hizmet üretme anlayışı nedeniyle özel mal ve hizmet haline dönüştüğü için talepler de etkilenmektedir. Sağlık sektörü özel bir uzmanlık gerektirdiği için bilgiye ulaşmak genellikle maliyetli ve her an ranta dönüşebileceği için bu durum bilgi farklılıklarının oluşmasına neden olmaktadır.

Asimetrik bilgi; piyasada ekonomik faaliyetlerde bulunan birimlerin diğer ekonomik birimlere göre daha fazla bilgiye sahip olması, tarafların bilgiye erişim olanaklarının farklı olması ve tarafların bilgileri objektif olarak doğrulama olanağının olmaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe etkili olan asimetrik bilginin varlığı önemli maliyet artışlarına neden olurken sunulan sağlık hizmetinin etkinsiz olmasına da neden olmaktadır. Sağlık sektöründe asimetrik bilgi genellikle medyadaki bilgiler, sağlık sigortası ve hasta-hekim arasında yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık sektöründe asimetrik bilgi ters seçim, ahlaki tehlike ve vekâlet sorunu olmak üzere üç temel soruna sebep olmaktadır. Sağlık hizmeti arz edenler, sağlık hizmeti talep edenlere göre daha fazla bilgi sahibi oldukları için hastaları yanlış yönlendirerek ters seçime, kendi çıkarlarını düşünerek gereksiz tedaviler uygulanmasına karar vermeleri neticesinde ahlaki tehlikeye ayrıca ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Hastalar kendi seçimlerini sağlık hizmeti arz edenlere bıraktıkları için vekâlet problemi sorunun yaşanmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hastalar ile hekimler arasında belirsizlik ve güven problemlerinin oluşmasına da sebep olmaktadır.

Sağlık sektöründe belirsizlik; sağlık hizmetlerine ne zaman ve nasıl gerçekleşeceği talebinin bilinmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Weisbrod, 1991). Hekimlerin hastalara yeterli bilgi vermemeleri ya da eksik bilgi vermeleri hastaların da yeterli bilgiye sahip olamamaları nedeniyle stres oluşturan durumlar olarak da bilinmektedir (Skipper vd, 1964). Sağlık sektöründe güven; hekimlerin davranışlarına dair beklentiler olarak tanımlanmaktadır (Pearson ve Raeke, 2000).

Çalışma Kütahya’da ikamet eden ve 2021 ile 2022 yıllarında en az bir kez hastaneye gitmiş olan bireylere yönelik olarak sağlık sektöründe asimetrik bilginin sebep olduğu etkileri analiz etmek için yapılmıştır. Araştırmanın hipotezi; Sağlık hizmetlerinde kamu hastaneleri, özel hastaneler ve araştırma hastanelerinde hizmet arz eden taraf ile hizmet talep eden taraf arasında asimetrik bilginin varlığının bilgi ihtiyaçları (eksiklikleri), belirsizlik, memnuniyet, güven ve ekonomik sebepler üzerindeki etkileri arasındaki ilişki nasıldır şeklinde oluşturulmuştur. *Araştırmanın yöntemi*; Veri toplama tekniği olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket yöntemi daha fazla veriye ulaşma imkânı sağladığı için genellikle sosyal bilimlerde tercih edilmektedir.

Anket sorularının hazırlanmasında Kemal Temel ve Murat Aydın’ın (2018) “*Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği*” adlı makalesinden yararlanılmıştır. Nurten Şekerci’nin (2016) “*Özel Hastane Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi ile Ahlaki Tehlike İlişkisi*” adlı yüksek lisans tezi ve İbrahim Bozkurt ve Ahmet Tan’ın (2021) “*Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi, Belirsizlik Algısı ve Güven Kavramının Rolü*” adlı doktora tezinden de ayrıca yararlanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik

özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise bireylerin sağlık sektöründe yaşanan asimetrik bilgi nedeniyle maruz kaldıkları problemleri belirlemeye yönelik ifadeler 5 temel faktöre göre belirlenmiş ve bireylerin sağlık sektöründe maruz kaldıkları asimetrik bilginin etkileri araştırılmıştır. Ankette yer alan önermeler Rennis Likert tarafından geliştirilen 5’li Likert ölçeğine göre tasarlanmıştır. Puanlama (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum olarak 24 ifade yer almıştır. Anket yöntemi ile elde edilen veriler SPSS 26 Paket Programı ile analiz edilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Kütahya Dumlupınar Üniversitesi’nden Etik Kurul onayı alınmıştır. Çalışma ankete katılmayı kabul eden 400 bireye uygulanarak tamamlanmıştır. *Araştırmanın evreni*; Kütahya’da ikamet eden ve 2021 ile 2022 yıllarında en az bir kez Kamu, Özel ve Araştırma Hastanelerinden hizmet almış bireyler oluşturmaktadır.

2.LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık sektöründe asimetrik bilgiden kaynaklanan sorunların giderilmesi yönünde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde ilk olarak Arrow (1963)’un sağlık hizmetlerinin kalitesinin tam olarak bilinemeyeceğini ve tıbbi bilgilerin karmaşık olması nedeniyle hasta- hekim arasında bilgi dengesizliğine sebep olarak belirsizliği daha fazla artırdığına vurgu yaptığı çalışması gelmektedir.

Arrow (1963) sağlık hizmetlerinin kalitesinin tam olarak bilinemeyeceğini ve tıbbi bilgilerin karmaşık olması nedeniyle hasta- hekim arasında bilgi dengesizliğine sebep olarak belirsizliği daha fazla artırdığına vurgu yapmıştır. Arrow (1963) “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*” çalışmasında hastalar ve hekimler ilişkide en önemli etkenin güven olduğunu ifade etmiştir. Güven; tedavilerin yanında psikolojik rahatlama sağlayan bir ilaç placebo (ilaç görünümünde fakat tedavi etkisi olmayan hastayı sadece psikolojik olarak rahatlatmak için verilen ilaç) olarak kabul edilmektedir. Hizmetlerden memnun kalma ile güven kavramı tam bağlantılıdır. Bu yüzden hekime duyulan güven ne kadar artarsa tedaviye bağlılık, ilişki ve memnuniyet düzeyde o oranda artmaktadır (Ertong, 2011:15-16). Sağlık hizmetlerinde güvenin bu kadar önemli olmasının nedeni; hastaları tedaviye daha kolay uyum sağlayabilmek ve tedavilerden mutlu ayrılabilmeleri ve belirsizliği azaltmasından kaynaklanmaktadır (Frank, 2016).

Moscoso ve Tohme (2001) çalışmalarında, sağlık sigortası olan ve olmayan hastaların özel hastaneler veya kamu hastaneleri tercihlerindeki farklılıkların nedenlerini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda hastaların özel hastane veya kamu hastanelerini tercih etmelerinin nedenlerinin sağlık personellerinin davranışları ve sağlık personelleri ile hastalar arasındaki asimetrik bilgiden kaynaklandığı sonucuna ulaşmışlardır.

Thom vd. (2002) yılında hastalar hekimlerin uyguladıkları tedavilere güvenmezlerse daha fazla ek tıbbi bilgi talep ederler ve her zaman daha iyi hizmetleri aradıkları üzerine yoğunlaşmaktadır.

Savage ve Wright (2003), 1989-1990 yılları arasında Avusturya’da özel hastane hizmetlerinde sigorta kapsamında ahlaki tehlike ve ters seçim etkisini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda Avusturya’da özel hastanelerde tedavi için sigorta yaptırılması kararının

tedavi ücretlerinin bekleme süresinden etkilediğini ve sigorta primine bağlı olduğu, ahlaki tehlike ve sigorta kararının hastanede kalma süresini üç katı kadar artırdığını tespit etmişlerdir.

Eisenhauer (2006) çalışmasında, bireylerin sağlık durumlarının ahlaki tehlike üzerindeki etkilerini incelemiş olup sağlık durumları daha ağır olan bireylerin sağlık durumu hafif seyreden bireylere göre daha fazla ahlaki tehlike oluşturduklarını vurgulamıştır.

Barros vd. (2008) çalışmalarında, Portekiz’de sağlık sigortasının sağlık hizmetleri talebindeki etkilerini incelemişlerdir. İnceleme sonucunda; sağlık sigortasının dışsal olduğu ve bireylerin sağlık hizmetleri talebinde herhangi bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir.

Major (2019) yılında sağlık hizmetleri arz ve talep edenler arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Esas problemin vekâlet ilişkisi değil çift asimetrik bilgi problemi olduğuna vurgu yapmıştır.

Meleddu vd. (2020) yılında faktör analizi ve sıralı logit modeli ile İtalya’nın Sardunya bölgesinde hastaların özel hastaneleri tercih etmelerinde kilit rol oynayan etkenlerin güven, iletişim, duyarlılık ve bireylerin gelir düzeylerine bağlı olduğunu tespit etmişlerdir.

Bilgili ve Ecevit (2008) çalışmalarında; sağlık hizmetlerinde belirsizlik, sağlık sigortası ve asimetrik bilgidен kaynaklı sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artış nedenlerini ve çözüm yollarını bulmayı amaçlamışlardır. Problemin piyasa başarısızlıklarına bağlı olarak hasta-doktor arasındaki asimetrik bilgidен kaynaklandığını tespit etmişler ve problemi ortadan kaldırmak için standart yöntemler geliştirilmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır.

Akdağ (2012), 2000- 2006 yılları arasında Denizli ilinde sağlık harcamaları ve hayatın kalitesi arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek için kişi başı sağlık harcama düzeyleri ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranını dikkate alarak bu oranları OECD ülkeleri ile karşılaştırmıştır. Hayat kalitesini ölçebilmek için Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Merkezi (EORTC C-30) ölçeği ve anket yöntemi kullanmıştır. Sonuç olarak; baz alınan yıllarda sağlık harcamaları arttıkça yaşam kalitelerinin yükselmeye başladığını ayrıca sağlık harcamaları ile yaşam kaliteleri arasında pozitif ilişki bulunduğunu tespit etmiştir.

Yaylalı vd. (2012) çalışmasında, Erzurum ilinde 2011 yılında sağlık hizmetleri talebinde etkili olan faktörleri belirleyebilmek için anket, logit modeli SPSS ve LIMDEP paket programlarını kullanarak analiz etmişlerdir. Analiz sonucunda bireylerin sağlık hizmetleri taleplerinin, hanedeki birey sayısı yaş ve gelir düzeyleri ile doğru orantılı olduğunu; ekonomik faktörler, sağlık personelinin tutum ve davranışları ile hastanelerin fiziksel ortamı gibi değişkenlerin pozitif derecede önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Bol vd. (2013), FMEA (Hata türü etki analizi) kalite geliştirme aracı ile İzmir’de 2010 yılında hasta- hekim iletişimindeki eksikliklerinin evdeki tedavi sürecinde istenmeyen etkilere yol açtığını ve bu yüzden hastaların tekrar hastaneye başvurmalarını artırdığını tespit etmişlerdir.

Özcan ve Taş (2013) çalışmalarında, Yalova Ağız Diş Sağlığı Merkezinde 200 hastaya beşli likert ölçeği kullanılarak SPSS paket programı uygulanarak sağlık hizmetlerinin müşteri memnuniyetine etkisini tespit etmeye çalışmışlardır. Sağlık sektöründe arz cephesinin her zaman daha fazla bilgiye hâkim olduğu için hastaları daha kolay yönlendirdiğini ve etkilediği

sonucun ulaşmışlardır. Fakat bu durumun sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin memnuniyetsizliğine sebep olduğunu tespit etmişlerdir.

Gülcemal ve Keklik (2016), 2015 yılında Isparta’ da (uygulama hastanesi, devlet hastanesi ve üç özel hastane) yaşayan ve en az bir defa sağlık hizmetinden yararlanan 18 yaş üzerinde 460 kişiye anket uygulayarak hekim hasta ilişkisinde güven faktörünün etkilerini analiz etmişlerdir. Analiz sonucunda; hastaların hastaneleri tercih etme nedenlerinin ilk sırayı daha önceden alınan hizmetten memnun olunması ve hekime duyulan güven duygusunun ön planda olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Şekerci (2016) çalışmasında özel hastane hizmetlerini tercih eden bireylerin asimetrik enformasyon sebebi nedeniyle yaşadıkları ahlaki tehlike arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek için Dumlupınar Üniversitesi akademik personeline anket yöntemi uygulamıştır. Anket yönteminde ikili lojistik regresyon analizinden yararlanmıştır. Analiz sonucunda; asimetrik enformasyon nedeni ile ahlaki tehlike ilişkisinin bireylerin yaşadıkları bölgelerdeki özel hastanelerin yapılarına göre farklılık göstermekte olduğu için genelleme yapılamadığı sonucuna ulaşmıştır.

Ünal (2016), yılında Sakarya ili. Adapazarı, Erenler ve Serdivan ilçelerinde hasta-hekim iletişiminin; hastaların hekime bağlılığını, hastanelere olan bağlılığına etkisini ve sosyo-demografik özellikleri etkileyip etkilemediğini araştırmıştır. Araştırma sonucunda hasta- hekim iletişiminin; hastaneye ve hekime bağlılık konusunda önemli etkisinin olduğunu, sosyo-demografik faktörlerin ise hekimlere bağlılıkta farklılıklar oluşturduğuna dikkat çekmiştir.

Durmaz ve Erdem (2017) yılında, Isparta ilinde 18 yaş üzeri 460 hastaya arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı anketi uygulayarak hastaların vekâlet ilişkisinin ortaya çıkarmış olduğu problemleri tespit etmeye çalışmışlardır. Vekâlet ilişkisiyle beraber hekimlerin her zaman ahlaki davranışları sergilemedikleri ve hastalar da ahlaki problemleri asimetrik bilgi nedeniyle gözlemleyemedikleri için vekâlet ilişkisinin çıkmaza girmekte olduğunu ayrıca hekimlerin maddi çıkarlarını düşünmeleri sebebiyle sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımına yol açtığı sonucuna ulaşmışlardır.

Manavgat (2018), 2002- 2014 yılları arasında Türkiye’de hane halklarının sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerine olan talebini belirleyen etkenleri logit model kapsamında incelenmiş ve hane halklarının farklı sigorta türleri için tercihlerini havuzlanmış EKK yöntemiyle analiz etmiştir. Uygulanan politika değişikliğinin sosyal güvenlik sistemine dahil olan hane halkları arasında harcama yapma eğilimini artırdığı tespit edilmiştir.

Temel ve Aydın (2018) asimetrik bilgiye dayanarak hasta- hekim arasındaki ilişkiyi etik, güven, fiziki şartlar ve iletişim açısından 172 hekim ve 348 hasta kapsamında anket yöntemiyle Çanakkale ili için ele almışlardır. Ele aldıkları çalışmada, hekimler ve hastaların algı seviyelerinin anlamlı farklar oluşturduğunu ve hizmet kullanımında hastaların eğitim düzeylerinin etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca iletişim, güven unsurlarının tedavi sürecini etkilediğine, hastaların ve hekimlerin hizmetleri gereksiz kullanmalarının zaman kayıplarına, ekonomik kayıplara, sarf ve malzeme kayıplarına da neden olduğuna vurgu yapmışlardır.

Geysi (2019) Kocaeli ilinde yaptığı çalışmasında 4 özel hastaneyi ele alarak, sosyal medyanın sağlık iletişimindeki yerini araştırmayı amaçlamıştır. Sosyal medyanın sağlık hizmet taleplerini etkilediğini ve özel hastanelerin iletişime daha açık olduklarını tespit etmiştir.

Çevik (2020) çalışmasında sağlığın yarı kamusal mal olmasından kaynaklı olarak piyasa koşullarında asimetrik bilgi ve belirsizlikler nedeniyle etkin ve verimli kullanılmadığı için piyasanın arz- talep dengesini olumsuz etkilediği sonucuna vurgu yapmıştır.

Bozkurt ve Tan (2021) yılında Gaziantep ilinde 3 kamu, 3 özel hastane Nizip ilçesinde 1 kamu, 1 özel ve 1 kamu ve 1 özel toplam 2 adet üniversite hastanesinde 384 ayakta ve 384 yatan hasta olmak üzere toplam 768 anket uygulanması planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan asimetrik enformasyon ile hastaların memnuniyet düzeylerini hasta yakınları ile yapılan görüşme ve gözlemlere dayalı olarak değerlendirmişlerdir. Sağlık hizmetleri bünyesinde çok fazla teknik bilgi olduğu ve hastaların konulara hâkim olamadıkları için sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi ve belirsizliği kaldırmanın da mümkün olmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULARI

Kütahya’da ikamet eden ve 2021 ile 2022 yıllarında en az bir kez hastaneye gitmiş olan bireylere yönelik olarak sağlık sektöründe asimetrik bilginin sebep olduğu etkileri analiz etmek için anket çalışmasında yer alan verilere güvenilirlik analizi yapılmıştır. Sonrasında normallik analizi ve faktör analizi yapılarak bu konuda yapılan anket çalışmalarından ve diğer anket çalışmalarında görülen eksikliklerde giderilmeye çalışılmıştır.

Katılımcıların Demografik Dağılımları

Ankete katılan bireylerin demografik değişkenlerine cinsiyet açısından bakıldığında %55,8’i kadınlardan oluşurken %44,3’ü erkeklerden oluşmaktadır. Yaş gruplarına göre; % 47,3’ü 21-30 yaş aralığındaki bireylerden, %24,3’ü 31-40 yaş aralığındaki bireylerden, %15,8’i 41-50 yaş aralığındaki bireylerden ve %12,8’i 51 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından bakıldığında %48,8’i bekâr %51,3’ü evlidir. Ortalama gelir açısından bakıldığında; %47,8’i 0-4500 TL aralığında, %25,3’ü 4501-7000 TL aralığında, %16,3’ü 7001-10.000 TL aralığında ve %10,8’i 10.001 TL ve üzerinde gelire sahiptir. Meslek gruplarına bakıldığında; %20,3’ü çalışmayan bireylerden, %5,8’i bağımsız çalışan bireylerden, %26,5’u ücretli (özel) sektörde çalışan bireylerden, %25’i ücretli (kamu) sektörde çalışan bireylerden, %8’i emekli bireylerden ve %14,5’u diğer sektörde çalışan bireyleri kapsamaktadır. Eğitim durumuna göre %8’lik bir oranda ilköğretim düzeyinde eğitim var iken, %23,8’lik bir oranda ortaöğretim (lise dahil) düzeyinde eğitim var iken, %60,3’lük bir oranda üniversite düzeyinde eğitim var iken %8 düzeyinde lisans üstü eğitim söz konusudur. Bireylerin %60,8’i yılda 1-3 kez hekime başvuru yaparken, %26’sı yılda 4-6 kez 63 hekime başvuru yaparken %13,3’ü yılda birden çok kez hekime başvuru yapmaktadır. Tercih edilen hastane açısından baktığımızda bireylerin; %52,8’i kamu hastanesini tercih ederken, %29’u özel hastaneyi tercih etmekte ve %18,3’ü araştırma hastanesini tercih etmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Anket Sorularına Verdiği Cevapların Dağılımı

ASİMETRİK BİLGİ TEORİSİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN ANALİZİ:
KÜTAHYA İLİ ÖRNEĞİ

Anket Formundaki Maddelere Verilen Cevapların Yüzde (%) Dağılımları						
		1	2	3	4	5
1.	Hastaneye gitmeden önce bilgiler elde etmeye çalışırım.	7,0	7,5	12,8	39,0	33,8
2.	Hekimler uygulamak istedikleri tedaviler hakkında tam bilgi verirler.	7,0	17,8	29,5	32,5	13,3
3.	Hekimlerden uygulamak istedikleri mevcut tedavilerin yanında alternatif tedaviler hakkında da bilgi almak isterim.	9,5	19,8	12,8	34,0	24,0
4.	Hastalığın ilerleyen süreçlerdeki etkileri hakkında bilgi sahibi olabilirim.	3,8	4,8	11,5	44,8	35,3
5.	Hekimler hastalığı artıracak kötü bir durum olduğu zaman bu bilgiyi hastadan saklayabilirler.	31,3	25,3	19,3	16,0	8,3
6.	Hekim tercihi yaparken deneyimlerine ve sosyal medyadaki paylaşımlara dikkat ederim.	7,8	14,8	17,3	36,8	23,5
7.	Hekimler hastalara açıklama yaparken çok fazla tıbbi terim kullanmazlar.	9,3	20,8	31,3	30,5	8,3
8.	Hastalığım ile ilgili bilgi almak istediğim zaman hekime ulaşabiliyorum.	16,3	17,0	21,5	32,5	12,8
9.	Hastaların eğitim düzeylerine göre hekimlerin tutum ve davranışları değişir.	12,8	18,8	20,5	30,8	17,3
10.	Hastanelerde ulaşılması gereken birimlere ulaşmada çok fazla sıkıntılar yaşandığını düşünüyorum.	7,0	19,0	17,0	26,8	30,3
11.	Seçtiğim hastane sağlık problemleriyle karşılaştığım zaman tercih edeceğim hastaneler arasında yer alır.	5,3	9,0	23,0	42,3	20,5
12.	Hastanenin konforu ve hizmetleri benim için en önemli tercihtir.	1,0	6,8	10,3	39,3	42,8
13.	Uygulanan tedavilerden genelde tatmin olurum.	4,0	10,0	31,0	42,8	12,3
14.	Hastalar, hekimlere güven duymazlar ise tedavileri sorgularlar.	4,0	8,0	12,8	39,0	36,3
15.	Hekimlerin uygulamış olduğu tedavilere güvenir ve kendimi iyi hissedirim.	3,3	4,5	30,8	47,3	14,3
16.	Hekimler, hastalara şikayetlerini anlatmaları için gerekli zamanı verirler.	11,5	17,5	23,0	36,3	11,8
17.	Hastalar, hekimlere duydukları güvensizlikler nedeniyle birden fazla hekime gitmeyi tercih ederler.	2,0	8,5	13,3	42,5	33,8
18.	Hekimler ile hastalar arasındaki iletişim problemleri zaman ve ekonomik kayıplara neden olur.	3,8	8,8	14,5	43,5	29,5
19.	Hekimlerin ekonomik endişeleri malzeme ve ilaç israfına sebep olur.	9,3	15,8	29,8	26,8	18,5

20.	Yetersiz hekim sayısı hem zaman hem de ekonomik kayıplara neden olur.	3,8	3,8	9,0	45,0	38,5
21.	Hekimler ile hastalar arasındaki bilgi farklılıkları sebebiyle ekonomik kayıplar oluşur.	6,8	16,3	26,3	32,0	18,8
22.	Hekimler ekonomik beklentiler nedeniyle hastaları tekrar tedavi için çağırırlar.	12,3	18,0	30,0	26,3	14,8
23.	Hekimlerin önerdikleri tedavilerde para kazanma isteklerinin ön planda olduğunu düşünüyorum.	9,3	22,5	30,5	23,0	14,8
24.	Polikliniklerin yoğun olması nedeniyle hastaların acil servisleri meşgul etmeleri ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	4,0	5,8	10,5	38,5	41,3

Bilgi İhtiyacına Yönelik İfadeler; Tablo 1'e göre katılımcıların; %39,0'ı hastaneye gitmeden önce bilgi elde etmeye çalışırken %7,0'ı hiç bilgi elde etmemektedir. %34,0'ı diğer tedaviler hakkında da bilgi almak isterken %9,5'u diğer tedaviler hakkında bilgi almak istememektedirler. Ayrıca katılımcıların; %36,8'i hekim tercihi yaparken deneyimlerine ve sosyal medyadaki paylaşımlara dikkat ederken %7,8'i dikkat etmemektedir.

Belirsizlik İfadeleri; Tablo 1'e göre katılımcıların; %31,3'ü hekimlerin hastalığı artıracak kötü bir durum olduğunu sakladıklarına katılmaz iken %16,0'ı katılmaktadır. %31,3 hekimlerin tıbbi terim kullandıklarına dair kararsızlık yaşarken, %30,5'u tıbbi terim kullandıklarına katılmakta iken %9,3'ü katılmamaktadır. Katılımcıların; %42,3'ü tercih ettiği hastaneyi tekrar tercih ederken, %5,3'ü hiç tercih etmemektedir.

Güven İfadeleri; Tablo 1'e göre katılımcıların; %30,8'i hastaların eğitim düzeylerine göre hekimlerin tutum ve davranışlarının değiştiğine katılmakta iken %12,8'i hiç katılmamaktadır. %30,3'ü hastanelerde ulaşılması gereken birimlere ulaşmada çok fazla sıkıntılar yaşandığına kesin katılmakta iken %7,0'ı hiç katılmamaktadır. Katılımcıların %42,8'i için hastanenin konforu ve hizmetleri önemli iken %1,0'ı için önemli değildir. %39,0'ı hekimlere güven duymadıkları zaman tedavileri sorgularlar iken %4,0'ı sorgulamazlardır. Ayrıca katılımcıların; %42,5'u birden fazla hekime gitmeyi tercih etmekte iken %2,0'ı hiç gitmemeyi tercih etmektedirler.

Memnuniyet Belirten İfadeler; Tablo 1'e göre katılımcıların; %32,5'u hekimlerin tedaviler hakkında tam bilgi verdiklerine katılmakta iken %7,0'ı hiç katılmamaktadır. %44,8'i hastalığın ilerleyen süreçlerdeki etkileri hakkında bilgi sahibi olduklarını düşünürken %3,8'i bilgi sahibi olabildiklerini düşünmemektedir. Katılımcıların %32,5'u hekime ulaşabilmekteyken %21,5'u kararsızlık yaşamaktadırlar. %42,8'i uygulanan tedavilerden tatmin olmakta iken %4,0'ı tatmin olmamaktadır. %47,3'ü hekimlerin uygulamış olduğu tedavilere güvenip kendini iyi hissederken %3,3'ü bu ifadeye hiç katılmamaktadır. Katılımcıların; %36,3'ü hekimlerin, hastalara şikayetlerini anlatmaları için gerekli zamanı verdiklerine katılmakta iken %11,5'u hiç katılmamaktadır.

Ekonomik İfadeler; Tablo 1'e göre katılımcıların; %43,5'u iletişim probleminin ekonomik kayıplara neden olduğuna katılmakta iken, %29,8'i hekimlerin ekonomik

endişelerinin malzeme ve ilaç israfına sebep olduğu konusunda kararsızlık yaşamaktadır. Katılımcıların %45,0'ı yetersiz hekim sayısının ekonomik kayıplara neden olduğuna katılmakta %32,0'ı bilgi farklılıklarının ekonomik kayıplara neden olduğuna katılmaktadır. Katılımcıların %30'u hekimlerin ekonomik beklentiler ile hastaları tekrar tedavi için çağırdıkları konusunda kararsızlık yaşarken, %30,5'u hekimlerin önerdikleri tedavilerde para kazanma isteklerinin ön planda olduğu konusunda kararsızlık yaşamaktadır. %41,3'ü polikliniklerin yoğun olması nedeniyle acil servisleri meşgul etmelerinin ekonomik kayıplara neden olduğuna katılmaktadırlar.

Güvenilirlik Analizi

Anket çalışmalarında ölçekte bulunan maddelerin korelasyonları arasında ölçeğin tutarlılıklarını değerlendirmek için uygulanan istatistiksel analiz yöntemidir. Güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmektedir. Cronbach Alpha katsayısı; ankette bulunan ifadelerin bütünlük sağlayıp sağlamadıklarını test eden yöntemidir.

Alfa (α) katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Cronbach Alfa katsayısının değerlendirilmesi ise şu şekilde yapılmaktadır: 0-0.4 güvenilir değil, 0.4-0.6 düşük güvenilirlik, 0.6-0.8 oldukça güvenilir, 0.8-1.0 yüksek güvenilirlik (Gök ve Türk, 2011:135).

Tablo 2. Anket Verilerinin Güvenilirlik Analizi

Gözlem Sayısı	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
N:400	,709	24

737

Tablo 2'de anket sorularının güvenilirlik istatistikleri hesaplanmıştır. Sağlık sektöründe asimetrik bilgiyi belirleyen faktörleri belirlemek için oluşturulan anket formunun tutarlılığını ortaya koyabilmek için 5'li likert ölçeğin kullanılmıştır. 24 önerme üzerinde yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha katsayısı 0,709 bulunmuştur. Güvenilirlik düzeyinin "oldukça güvenilir" olduğunu göstermektedir.

Normallik Testi

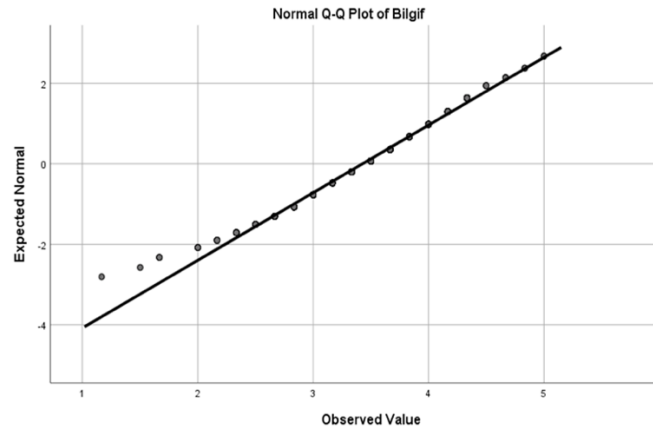
Araştırma yönteminde yer alan ifadelerin normal dağılıp dağılmadığını analiz edebilmek için önce normallik testleri uygulanmıştır. Normallik testlerinde kurtosis (basıklık) ve skewness (çarpıklık) değerleri analiz edilmeli ayrıca Kolmogorow-Smirnov testi uygulanması gerekmektedir. Kolmogorov- Smirnov testinde sig. değerinin 0.05'ten yüksek olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Sig. değerinin 0.05'ten küçük olması durumunda veriler normal dağılmamaktadır ve bu durum büyük kitlelerde çok fazla yaşanmaktadır (Bozkurt ve Tan, 2021:168).

Anket sorularını oluşturan değişkenlerdeki verilerin normal dağılıp dağılmadığının analizinin ilk aşamasında kurtosis (basıklık) ve skewness (çarpıklık) değerleri tablo halinde verilmiştir. Kurtosis (basıklık) ve skewness (çarpıklık) değerleri yüzde 5 güven aralığında + - 2.58, yüzde 1 güven aralığında + - 1.96 arasında olması gerekmektedir (Liu vd, 2005).

Tablo 3. Bilgi İhtiyacı, Belirsizlik, Memnuniyet, Güven ve Ekonomik Faktörlere İlişkin Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Verileri

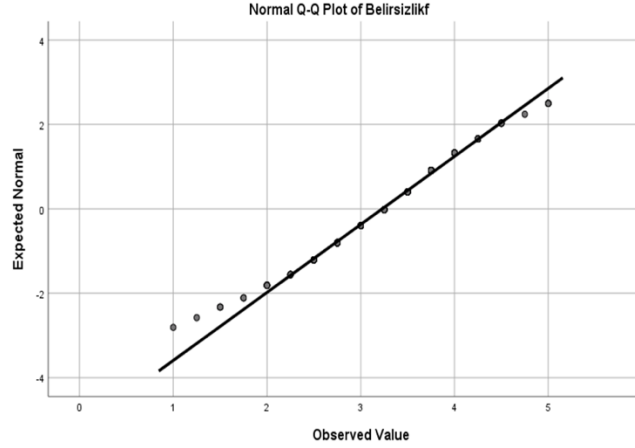
Bilgi İhtiyacı	Çarpıklık	-,391
	Basıklık	,625
Belirsizlik	Çarpıklık	-,199
	Basıklık	,670
Memnuniyet	Çarpıklık	-,762
	Basıklık	,923
Güven	Çarpıklık	-,619
	Basıklık	1.026
Ekonomik Sebepler	Çarpıklık	-,517
	Basıklık	,514

Tablo 3’de görüldüğü üzere tüm değişkenlerdeki verilerin pozitif ya da negatif farklı çarpıklık ve basıklık miktarları alması sonucunda %1 güven aralığında ± 1.96 aralığında olduğu için normal dağılım varsayımı gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.



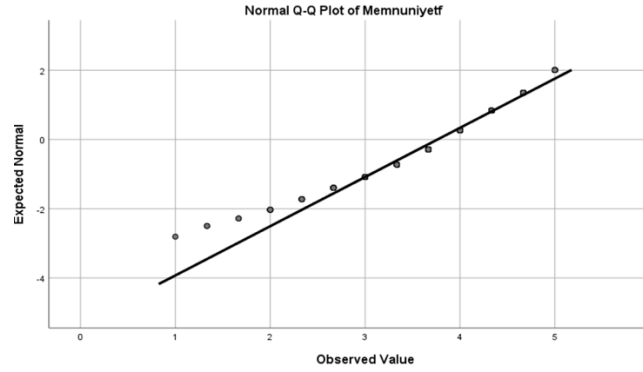
Şekil 1. Bilgi İhtiyacı Faktörlerinin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 1’de görüldüğü üzere bilgi ihtiyacına ilişkin verilerin normal dağılım grafiğinde bir miktar sapma olmasına rağmen verilerin genelinin normal dağılım çizgisine yakın veya normal dağılım çizgisinin üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu yüzden bilgi ihtiyacı faktörlerine ilişkin verilerin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.



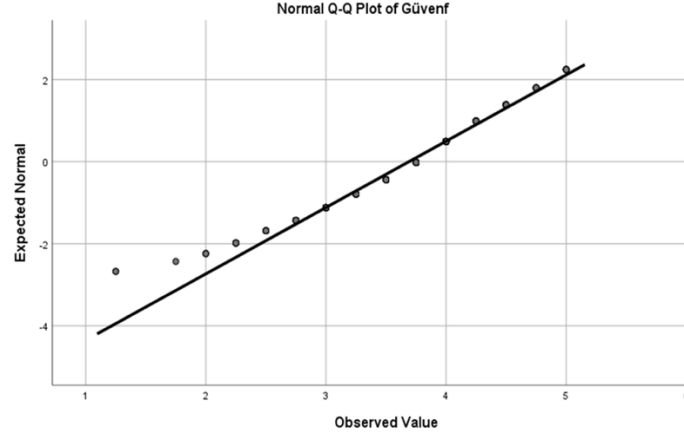
Şekil 2. Belirsizlik Faktörlerinin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 2’de görüldüğü üzere belirsizliğe ilişkin verilerin normal dağılım grafiğinde bir miktar sapma olmasına rağmen verilerin genelini normal dağılım çizgisine yakın veya normal dağılım çizgisinin üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu yüzden belirsizlik faktörlerine ilişkin verilerin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.



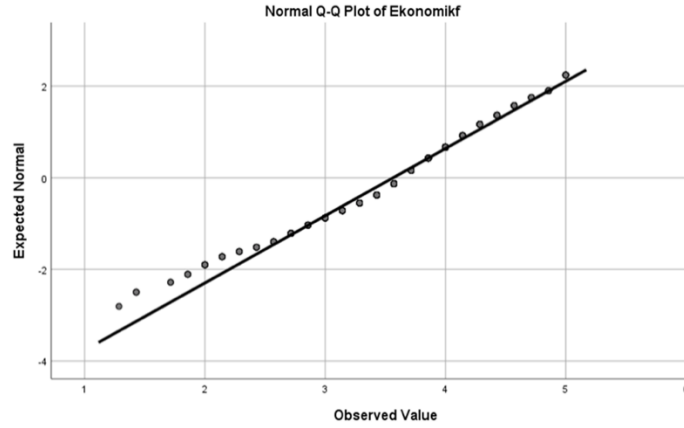
Şekil 3. Memnuniyet Faktörlerinin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 3’de görüldüğü üzere memnuniyete ilişkin verilerin normal dağılım grafiğinde bir miktar sapma olmasına rağmen verilerin genelini normal dağılım çizgisine yakın veya normal dağılım çizgisinin üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu yüzden memnuniyet faktörlerine ilişkin verilerinin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.



Şekil 4. Güven Faktörlerinin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 4’de görüldüğü üzere güvene ilişkin verilerin normal dağılım grafiğinde bir miktar sapma olmasına rağmen verilerin genelini normal dağılım çizgisine yakın veya normal dağılım çizgisinin üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu yüzden güven faktörlerine ilişkin verilerinin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.



Şekil 5. Ekonomik Faktörlerin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 5’de görüldüğü ekonomik sebeplere ilişkin verilerin normal dağılım grafiğinde bir miktar sapma olmasına rağmen verilerin genelini normal dağılım çizgisine yakın veya normal dağılım çizgisinin üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu yüzden ekonomik faktörlere ilişkin verilerinin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 4. Kolmogorov-Smirnov Testi

	İstatistik	df	Sig.
Bilgi İhtiyacı	.078	400	.000
Belirsizlik	.111	400	.000
Memnuniyet	.153	400	.000
Güven	.137	400	.000
Ekonomik	.119	400	.000

Tablo 4’de ankette yer alan faktörler ile ilişkili verilerin Kolmogorov- Smirnov testi sig. değeri 0.05’ten küçük bulunmuştur. Bu durum faktörlere ilişkin verilerin normal dağılmadığını göstermekte olsa da literatürde ana kitlenin fazla (400) olmasının bu sonuçlara neden olabileceği ifade edilmektedir. Bu yüzden verilerin normal dağıldığı varsayılarak parametrik analizlerin yapılması uygun görülmüştür.

Faktör Analizi

Sağlık sektöründe asimetrik bilgiyi belirleyen faktörleri tespit etmeye yönelik literatür incelendiğinde bu faktörlerin 5 ana başlık olarak görülmektedir. Bu faktörler memnuniyet, ekonomik, güven, bilgi ihtiyacı ve belirsizlik olarak sıralanmaktadır. Çalışmamızın uygulama kısmında sağlık sektöründe asimetrik bilgiyi etkileyen faktörleri belirlemek için 24 anket ifadesinin yukarıda belirtilen faktörlerin hangisi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. KMO ve Bartlett Test Sonuçları

KMO and Bartlett's Test	
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	,722
Approx. Chi-Square	1706,676
Bartlett's Test of Sphericity	df
	276
	Sig.
	,000

Tablo 5’de sig. değeri 0,05 değerinden küçük olduğunda verilerin faktör analizi uygulaması için uygun olduğu sonucuna varılmaktadır. KMO ve Bartlett Test analizleri sonucunda KMO değeri 0,722 (iyi) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara 400 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli kabul edilmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Uygulaması

Faktör analizine göre verilerin toplandığı faktör gruplarına ilişkin bilgiler sırasıyla şu şekildedir; memnuniyet faktörleri, ekonomik faktörler, güven faktörleri, bilgi ihtiyacı faktörleri, belirsizlik faktörleridir.

Faktörlerin Bağımsız Değişkenlerle Analizi

Çalışmanın bu kısmında sağlık sektöründe asimetrik bilgiyi belirlemeye yönelik kullandığımız ölçekte yer alan bağımsız değişkenlerin (cinsiyet, medeni durum) memnuniyet, ekonomik, güven, bilgi ihtiyacı ve belirsizlik boyutlarında herhangi bir farklılık gösterip göstermediği verilerin normal dağılımına uygun olan parametrik testlerden Student t testi (Bağımsız iki örneklem t – Testi) kullanılarak tespit edilecektir.

H1: Memnuniyet faktörü (MF), bireylerin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

H2: MF, bireylerin medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

H3: MF, bireylerin gelirine göre farklılık göstermektedir.

H4: MF, bireylerin tercih ettikleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H5: Bilgi ihtiyacı faktörü (BİF), bireylerin medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

H6: BİF, bireylerin yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

H7: BİF, bireylerin gelirine göre farklılık göstermektedir.

H8: BİF, bireylerin meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H9: BİF, bireylerin eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H10: Güven faktörü (GF), bireylerin gelirine göre farklılık göstermektedir.

Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin Bağımsız iki örneklem T – testi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 6. Faktörlerin Cinsiyete Göre Bağımsız Gruplar T- Testi Sonucu

Faktörler	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	Kadın	3,23	0,07	0,03
	Erkek	3,46		
Ekonomik	Kadın	3,65	0,06	0,54
	Erkek	3,61		
Güven	Kadın	3,77	0,06	0,70
	Erkek	3,75		
Bilgi İhtiyacı	Kadın	3,64	0,08	0,28
	Erkek	3,55		
Belirsizlik	Kadın	2,74	0,09	0,65
	Erkek	2,78		

Tablo 6'ya göre memnuniyet faktöründe kadın-erkek arasında anlamlı bir ilişki çıktığından ($\text{sig} < 0,05$) memnuniyet boyutu bireylerin cinsiyetine göre farklılık gösterir şeklinde kurulan H1 hipotezi kabul edilir. Memnuniyet faktörü, erkek bireylerde kadınlara göre daha yüksek görünmektedir. Bu durum kadınların sunulan hizmetler karşısında beklentilerinin daha yüksek olması, verimlilik ve etkinlik konularında bilgi alma ve eleştirel olarak takip etme yönünde daha istekli olması yönünde düşünülmektedir. Diğer taraftan erkeklerin sorunları çözmede ve bilgi talep etmede sorumluluk almak noktasında daha duyarlı olması gerektiği ifade edilebilir.

Faktörlerin Medeni Duruma Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan faktörlerin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin Bağımsız İki Örneklem T – Testi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 7. Faktörlerin Medeni Duruma Göre Bağımsız Gruplar T- Testi Sonucu

Faktörler	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	Evli	3,41	0,07	0,03
	Bekâr	3,25		
Ekonomik	Evli	3,63	0,06	0,79
	Bekâr	3,64		
Güven	Evli	3,77	0,08	0,73
	Bekâr	3,75		
Bilgi İhtiyacı	Evli	3,70	0,08	0,01
	Bekâr	3,50		
Belirsizlik	Evli	2,82	0,09	0,14
	Bekâr	2,69		

Tablo 7'ye göre memnuniyet ve bilgi ihtiyacı faktörlerinde medeni duruma göre anlamlı farklılık ($\text{sig} < 0,05$) bulunmuştur. Bu yüzden H2 ve H5 hipotezleri kabul edilmiştir. Ayrıca memnuniyet ve bilgi ihtiyacı faktörü evli bireylerde bekâr bireylere göre daha yüksektir. Bilgi ihtiyacı faktörleri ortalamalarına baktığımızda evli bireylerin sağlık hizmeti talepleri hanedeki birey sayısına bağlı olarak artmaya başladığı için bekâr bireylere göre daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Evli bireylerin harcama yaparken ve hizmet satın alırken daha dikkatli davrandıkları ve bütçelerini sorumlu oldukları ailedeki fert sayısına bağlı olarak yönettikleri düşünülürse bu durum davranışlarına da yansımaktadır.

ANOVA Analiz Sonuçları

Çalışmanın bu kısmında sağlık sektöründe asimetrik bilgiye etki eden faktörleri belirlemeye yönelik kullandığımız ölçekte yer alan bağımsız değişkenlerin (yaş grubu, aylık ortalama gelir, meslek, eğitim durumu, tercih edilen hastane türü) memnuniyet, ekonomik, güven, bilgi ihtiyacı ve belirsizlik boyutlarında herhangi bir farklılık gösterip göstermediği verilerin normal dağılımına uygun olan parametrik testlerden ANOVA yöntemi ile tespit edilmiştir.

Faktörlerin Yaşa Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlerin yaşa göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA yöntemi ile test edilmiştir.

Tablo 8. Faktörlerin Yaşa Göre ANOVA Sonucu

Faktörler	Yaş	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	21-30 arası	3,26	0,05	0,22
	31-40 arası	3,39	0,07	
	41-50 arası	3,47	0,08	
	51 ve üstü	3,31	0,11	
Ekonomik	21-30 arası	3,66	0,04	0,86
	31-40 arası	3,62	0,07	
	41-50 arası	3,62	0,08	
	51 ve üstü	3,57	0,09	
Güven	21-30 arası	3,80	0,05	0,29
	31-40 arası	3,77	0,06	
	41-50 arası	3,77	0,06	
	51 ve üstü	3,60	0,09	
Bilgi İhtiyacı	21-30 arası	3,49	0,10	0,03
	31-40 arası	3,80		
Belirsizlik	21-30 arası	2,68	0,06	0,42
	31-40 arası	2,85	0,09	
	41-50 arası	2,84	0,10	
	51 ve üstü	2,78	0,13	

Tablo 8'e göre bilgi ihtiyacı faktörü 21-30 yaş arası ve 31-40 yaş arasında anlamlı farklılık tespit edildiğinden ($\text{sig} < 0,05$) bilgi faktörü bireylerin yaşına göre farklılık göstermektedir şeklinde kurulan H6 hipotezi kabul edilir. Buna göre 31-40 yaş arası bireylerin bilgi ihtiyacı faktörü 21-30 yaş arası bireylere göre daha yüksektir. Dolayısıyla yaş büyüdükçe sağlık hizmetleri talebi arttığı için bilgi ihtiyacı faktörünün etkisinin arttığı görülürken, yaş küçüldükçe sağlık hizmetleri talebinin daha az olması nedeniyle bilgi ihtiyacı faktörünün etkisi azalmaktadır.

Faktörlerin Gelire Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlerin gelire göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA yöntemi ile test edilmiştir. Faktörlerin gelire göre karşılaştırılması için yapılan hipotezler aşağıdaki gibidir;

Tablo 9. Faktörlerin Gelire Göre ANOVA Sonucu

Faktörler	Aylık Ort. Gelir	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	0-4500 TL	3,22	0,10	0,03
	7001-10.000 TL	3,45		
	0-4500 TL	3,22	0,12	0,02
	10.001 TL ve üstü	3,51		
Ekonomik	0-4500 TL	3,58	0,04	
	4501-7000 TL	3,76	0,06	0,11
	7001-10.000 TL	3,67	0,08	
	10.001 TL ve üstü	3,52	0,12	
Güven	4501-7000 TL	3,92	0,09	0,04
	7001-10.000TL	3,68		
Bilgi İhtiyacı	0-4500 TL	3,47	0,10	0,00
	4501-7000 TL	3,80		
Belirsizlik	0-4500 TL	2,68	0,06	
	4501-7000 TL	2,80	0,08	0,22
	7001-10.000 TL	2,94	0,09	
	10.001 TL ve üstü	2,72	0,15	

Tablo 9'a göre memnuniyet faktörü 0-4500 TL geliri olan bireyler ile 7001-10.000 TL geliri olan bireyler arasında ve 0-4500 TL geliri olan bireyler ile 10.001 TL ve üstü geliri olan bireyler arasında; güven faktörü 4501-7000 TL geliri olan bireyler ile 7001-10.000 TL geliri olan bireyler arasında; bilgi ihtiyacı faktörü 0-4500 TL geliri olan bireyler ile 4501-7000 TL geliri olan bireyler arasında farklılık tespit edildiğinden ($\text{sig} < 0,05$) H3, H10 ve H7 hipotezleri kabul edilir. Memnuniyet faktörü en yüksek 10.001 TL ve üstü gelire sahip bireylerde ikinci olarak 7001-10.000 TL gelire sahip bireylerde ve son olarak 0-4500 TL gelire sahip olan bireylerdedir. 4501-7000 TL gelire sahip olan bireylerin güven faktörü 7001-10.000 TL gelire sahip olan bireylere göre daha yüksektir. Buna göre bireylerin gelirleri arttıkça hastane hizmetlerinden daha fazla memnuniyet duymakta iken bireylerin gelirleri azalmaya başladıkça daha az memnuniyet duymaktadırlar.

Bireylerin gelirleri azaldığı durumda sağlık sigortasının ilaç harcamalarını %2,4 sağlık harcamalarını ise %2,0 azalttığı; bireylerin gelirleri yükseldiği durumda ise ilaç harcamalarını %0,2 sağlık harcamalarını da %0,2 artırdığına ilişkin çalışmalarda bulunmaktadır (Hanawi vd. (2021)).

Faktörlerin Meslek Gruplarına Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlerin meslek gruplarına göre farklılık gösterip ANOVA yöntemi ile test edilmiştir. Faktörlerin meslek gruplarına göre karşılaştırılması için yapılan hipotezler aşağıdaki gibidir;

Tablo 10. Faktörlerin Meslek Gruplarına Göre ANOVA Sonucu

Faktörler	Meslek Grupları	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	Çalışmıyor	3,22	0,08	0,10
	Bağımsız Çalışan	3,46	0,18	
	Ücretli [Özel Sektör]	3,43	0,06	
	Ücretli [Kamu]	3,42	0,07	
	Emekli	3,21	0,16	
	Diğer	3,18	0,08	
Ekonomik	Çalışmıyor	3,61	0,07	0,54
	Bağımsız Çalışan	3,70	0,12	
	Ücretli [Özel Sektör]	3,58	0,07	
	Ücretli [Kamu]	3,73	0,06	
	Emekli	3,51	0,14	
	Diğer	3,66	0,07	
Güven	Çalışmıyor	3,60	0,08	0,09
	Bağımsız Çalışan	3,68	0,16	
	Ücretli [Özel Sektör]	3,82	0,06	
	Ücretli [Kamu]	3,82	0,05	0,09
	Emekli	3,68	0,12	
	Diğer	3,88	0,07	
Bilgi İhtiyacı	Çalışmıyor	3,36	0,12	0,00
	Ücretli [Kamu]	3,87		
Belirsizlik	Çalışmıyor	2,76	0,09	0,45
	Bağımsız Çalışan	2,67	0,19	
	Ücretli [Özel Sektör]	2,81	0,09	
	Ücretli [Kamu]	2,83	0,07	
	Emekli	2,82	0,21	
	Diğer	2,54	0,11	

Tablo 10'a göre bilgi ihtiyacı faktöründe çalışmayan bireyler ile ücretli kamu sektöründe çalışan bireyler arasında farklılık tespit edildiğinden (sig<0,05) bilgi ihtiyacı faktörü

bireylerin meslek gruplarına göre farklılık gösterir şeklinde kurulan H8 hipotezi kabul edilir. Ayrıca ücretli kamu sektöründe çalışan bireylerin bilgi ihtiyacı faktörü çalışmayan bireylere göre daha yüksektir. Kamu sektörünün işleyişine yönelik bilgi sahibi olan kamu çalışanları sunulan sağlık hizmetlerinin verimli ve etkinliğine ilişkin daha fazla bilgi sahibidir. Devletin yarı kamusal mal ve hizmet olan sağlık harcamalarının daha başarılı sunulması için kamuda çalışanların hizmete ulaşmakta bilgi düzeyleri daha fazladır. Bu durum çalışmayan kesimin duyarsız olması ve bilgiye ulaşmalarının sunulan hizmetin etkinliğini ve kalitesini değiştirmeyeceğine olan düşüncelerinin de etkili olduğu söylenebilir.

Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan faktörlerin eğitim durumuna göre farklılık gösterip ANOVA yöntemi ile test edilmiştir.

Tablo 11. Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonucu

Faktörler	Eğitim Durumu	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	İlköğretim	3,21	0,11	0,40
	Ortaöğretim [Lise dahil]	3,26	0,08	
	Üniversite	3,36	0,04	
	Lisans Üstü	3,46	0,13	
Ekonomik	İlköğretim	3,57	0,12	0,78
	Ortaöğretim [Lise dahil]	3,65	0,06	
	Üniversite	3,65	0,04	
	Lisansüstü	3,54	0,14	
Güven	İlköğretim	3,86	0,11	0,31
	Ortaöğretim [Lise dahil]	3,73	0,06	
	Üniversite	3,74	0,04	
	Lisansüstü	3,94	0,09	
Bilgi İhtiyacı	İlköğretim	3,56	0,16	0,04
	Lisansüstü	4,02		
	Üniversite	3,51	0,12	0,01
	Lisansüstü	4,02		
Belirsizlik	İlköğretim	2,79	0,19	0,97
	Ortaöğretim [Lise dahil]	2,73	0,09	
	Üniversite	2,77	0,05	
	Lisansüstü	2,73	0,12	

Tablo 11'e göre bilgi ihtiyacı faktörü ilköğretim ile lisansüstü arasında ve üniversite ile lisansüstü arasında farklılık tespit edildiği için (sig<0,05) bilgi ihtiyacı faktörü bireylerin eğitim

durumuna göre farklılaşmaktadır şeklinde kurulan H9 hipotezi kabul edilir. Bilgi ihtiyacı faktörü en yüksek lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde ikinci olarak ilköğretim eğitime sahip bireylerde ve son olarak ise üniversite eğitime sahip bireylerdedir. Çeşitli eğitim düzeylerinde bilgi ihtiyacı farklılaşmaktadır. İlköğretim düzeyinde ve lisansüstü eğitim düzeyinde bilgi talebi artmakta iken lisans düzeyinde bu ihtiyacın daha az olması verilen eğitimler karşısında kişilerin duyarsız olmasına da yol açabildiği düşüncesini uyandırmaktadır.

Faktörlerin Tercih Edilen Hastane Türüne Göre Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile bulunan boyutların eğitim durumuna göre farklılık gösterip ANOVA yöntemi ile test edilmiştir.

Tablo 12. Faktörlerin Tercih Edilen Hastane Türüne Göre ANOVA Sonucu

Faktörler	Hastane Türü	Ortalama	Standart Sapma	Sig.
Memnuniyet	Kamu Hastanesi	3,23	0,08	0,00
	Özel Hastane	3,62		
	Özel Hastane	3,62	0,10	0,00
	Araştırma Hastanesi	3,17		
Ekonomik	Kamu Hastanesi	3,60	0,04	
	Özel Hastane	3,65	0,06	0,37
	Araştırma Hastanesi	3,72	0,06	
Güven	Kamu Hastanesi	3,74	0,04	
	Özel Hastane	3,82	0,05	0,52
	Araştırma Hastanesi	3,75	0,08	
Bilgi İhtiyacı	Kamu Hastanesi	3,51	0,05	
	Özel Hastane	3,69	0,08	0,09
	Araştırma Hastanesi	3,72	0,10	
Belirsizlik	Kamu Hastanesi	2,74	0,06	
	Özel Hastane	2,79	0,08	0,88
	Araştırma Hastanesi	2,77	0,10	

Tablo 12'ye göre memnuniyet faktöründe kamu hastanesi ile özel hastane arasında ve özel hastane ile araştırma hastanesi arasında anlamlı farklılık tespit edildiğinden ($\text{sig} < 0,05$) H1a hipotezi reddedilerek memnuniyet boyutu bireylerin tercih ettiği hastane türüne göre farklılaşmaktadır şeklinde kurulan H4 hipotezi kabul edilir. Memnuniyet faktörü en yüksek özel hastane olup ikinci sırada kamu hastanesi ve son sırada araştırma hastanesi yer almaktadır. Özel hastanelerde prosedürlerin hızlı işlemesi, hekimlerden beklentilerin karşılanabilmesi, yapılan tedaviler ve hekimler tarafından işlemlerin açıklanması gibi sebeplerden kaynaklı olduğu söylenebilir. Kamu hastanelerinin hizmet sunumunda işleyişten kaynaklanan çeşitli sorunlar ve prosedürler neticesinde yeterli ve zamanında davranış gerçekleştiremediği durumlar da oluşabilmektedir. Bürokratik engeller, bilgiye ulaşmada ya da sunulan hizmetin kalitesine ilişkin geri dönüş sağlamada kamunun yetersiz olduğu durumlar sıklıkla görülebilmektedir. Araştırma hastanelerinde hastalara ilişkin yeni yöntem ve metotların akademik ilerleme sağlamada kullanılıyor olması özellikle bilgilendirme açısından hastaları tatmin edecek düzeyde olmamaktadır. Bu durum hekimlerin daha uzun süren tedavi süreçlerine ve hastaların ise hızlı ve etkin sonuç istemeleri karşısında sorun olabilmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektöründe asimetrik bilgi küreselleşme ve pandemi süreci ile birlikte daha da artmıştır. Genellikle sağlık sektöründe asimetrik bilgi medyada, sağlık sigortası ve hasta-hekim arasında yaşanmaktadır. Çünkü sağlık sektörü özel bir uzmanlık gerektirdiği için bilgiye ulaşmak genellikle maliyetli ve her an ranta dönüşebileceği için bu durum bilgi farklılıklarının oluşmasına neden olmakta ve her zaman hekimler, hastalardan daha fazla bilgiye sahiptirler. Sağlık sektöründe asimetrik bilgi, tedavilere güven ve memnuniyet duymayıp, bilgi ihtiyaçların tatmin edemeyip ve belirsizlik düşüncelerinin artmasına bağlı olarak başka hastanelere ya da birden fazla hekim tercihinde bulunarak ekonomik kayıplara sebep olabilmekte ve daha fazla asimetrik bilgiye maruz kalmaktadırlar.

Kütahya ilinde sağlık sektöründe çok yoğun şekilde yaşanan asimetrik bilginin boyutunu ve etkilerini anket kullanılarak tespit etmek için yapılmış olan bu çalışmada faktör analizi de ayrıca yapılmış olup daha detaylı ve sağlıklı sonuçlara ulaşma açısından literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Bu çalışmada Arrow, Meleddu vd., Moscoso ve Tohme, Bilgili ve Ecevit, Özcan ve Taş, Yaylalı vd., Bol vd., Temel ve Aydın'ın yapmış olduğu çalışmalar ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan ifadelerin Cronbach's Alpha değeri 0,709 bulunmuştur. Bu sonuç ölçekte yer alan ifadelerin birbirleri ile tutarlı, anlaşılır ve iyi derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Araştırmada Kaiser- Guttman Kuralı ve varyans yüzdesi kriterine göre ortak varyans yüzdesi belirlenmiştir. Buna göre açıklayıcı faktör analizi sonucunda öz değeri 1 ve 1'den büyük yedi faktör bulunmuştur. Fakat yedi faktörlü yapı araştırmaya uygun olmadığı için Scree Plot testi yapılarak grafiğin kırılmaya başladığı noktada faktör sayısı beşe düşürülmüştür. Dolayısıyla beş faktör modele dahil edilmiştir. İlk faktör toplam varyansın %15,31'ini, ikinci faktör %12,01'ini, üçüncü faktör %6,68'ini, dördüncü faktör %6,20'sini ve beşinci faktör %5,92'sini açıklamaktadır. Beş faktörün kümülatif varyans miktarı ise toplam varyansın %46,13'ünü açıklamaktadır.

Araştırmada Varimax rotasyonu sonucunda 4., 11., ve 23. ifadeler binişik yük değerlerine sahip olduğu için analizden çıkarılarak beş faktöre dağıtılması sağlanmış ve ifadeler sözel anlamlarına göre isimlendirilmişlerdir. Buna göre memnuniyet faktörüne ilişkin ifadeler 1.faktörde, ekonomik faktöre ilişkin ifadeler 2. faktörde, güven faktörüne ilişkin ifadeler 3.

faktörde, bilgi ihtiyacına ilişkin ifadeler 4. faktörde ve belirsizlik faktörüne ilişkin ifadeler 5. faktörde yer almaktadır.

Elde edilen 5 faktörlü yapı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek için T-testi ve ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Cinsiyet ve medeni durum ile sağlık sektöründe asimetrik bilgiye etki eden faktörler arasındaki ilişki T-testi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda memnuniyet düzeyinin cinsiyete göre ilişki gösterdiği, memnuniyet ve bilgi ihtiyacının medeni duruma göre ilişki gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. ANOVA (varyans analizi) sonuçlarına göre bilgi ihtiyacı ile yaş, gelir düzeyi, meslek grupları, eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki; memnuniyet ile gelir düzeyi ve tercih edilen hastane türü arasında anlamlı bir ilişki ve güven ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına dair bulgular elde edilmiştir.

Herhangi bir hastane deneyimi olmayan bireylerin bilgi ihtiyacı daha fazla olacağı için diğer bireylere göre daha bilinçli davranmaları gerekmektedir. Bireyler, hastalıkları ile ilgili kötü bir durumla karşılaştıklarında tekrar uyum sağlama, etkili çözüm yolları aramak ve olayı objektif değerlendirebilmek için bilgi eksikliklerini giderene kadar bilgiye ulaşmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde ilişkiler çok yoğun yaşandığı için, iletişimin doğru ve yeterli olması hastalara uygun teşhis ve tedaviye yönlendirilmesi asimetrik bilgiyi azaltmada oldukça önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda standart uygulamalar getirilmeli ekonomik açıdan talep artışından kaynaklı gereksiz harcamaların önüne geçilmelidir. Kaliteli ve verimli hizmete en çok ihtiyaç duyulan sektör sağlık sektörüdür. İnsan hayatının ve sağlıklı bir hayat sürmenin maliyeti hesaplanması zor olması ayrıca konunun önemini ortaya koymaktadır.

Bireylerin özellikle sağlık piyasasında güven unsurunu sağlamada yetkili bir devlet kuruluşunun koruyucu, caydırıcı ve bilgilendirici birimlerine ihtiyacı vardır. Bu ihtiyacın giderilmesi ile bireyler, hastalıkları ile ilgili kötü bir durumla karşılaştıklarında tekrar uyum sağlama, etkili çözüm yolları aramak ve olayı objektif değerlendirebilmek için hızlı ve etkili hizmet elde etmiş olacaklardır.

Maliyet bilincinin artırılması yoluyla kısıt olan sağlık hizmeti kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ile israfın önlenmesi sağlanabilecektir. Sağlık sisteminde ortaya çıkan aşırı tedavi ve aşırı teşhis nedeniyle gereksiz harcamaların yapılmasının önüne geçilerek sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin veriminde önemli iyileşmeler bilinç düzeyinin artırılması ile sağlanabilecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda denetimin de sağlanmasına olanak verecek olan otomasyon sisteminin güncellenmesine önem verilmeli ve teknolojik olarak iyileştirilmelidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili altyapı konularında iyileştirmelerin yapılmasıyla sağlık sektörünün performansının daha da artması mümkün olacaktır. Bu çalışma Kütahya ilinde pandemi sonrasında sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin varlığını ilk kez ele alması açısından da ayrıca önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, Y. (2012). Sağlık harcamalarının hayatın kalitesine yaptığı etkinin ölçülmesi: Denizli örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Al-Hanawi, M. K., Mwale, M. L. & Quattan, A. M. (2021). Health insurance and out- of-pocket and medicine: Heterogeneities along income. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 1-13.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. In *Uncertainty in Economics* Academic Press, 53(5), 345-375
- Barros, P. P., Machado, M. P., & Sanz-De-Galdeano, A. (2008). Moral hazard and the demand for health services: A matching estimator approach. *Journal of Health Economics*, 27(4), 1006-1025.
- Bilgili, E., & Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bol, P., Gül, G., ve Erbaycu, A.E. (2013). Hasta-hekim iletişimindeki eksiklik ve hataların ortaya konmasında FMEA model analizinin katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 27(3), 181-191.
- Bozkurt, Ö.Ü.İ., ve Tan, A. (2021). Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi, belirsizlik algısı ve güven kavramının rolü. Ankara: İksad Yayınevi.
- Çevik, A. (2020). Yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi arasındaki ilişki: Sağlık sektörü örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Durmaz, T., ve Erdem, R. (2017). Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eisenhauer, J.G. (2006). Severity of illness and the welfare effects of moral hazard. *International of Health Care Finance and Economics*, 6(4), 290-299.
- Ertong, G. (2011). *Sağlık sisteminde hekim hasta ilişkisi ve güven unsuru* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Frank, R. G. (2016). *Davranışsal iktisat ve sağlık ekonomisi* (Çev. Göksu Y.D.). In Diamond P. and Vartiainen H. (Eds.) *Davranışsal iktisat ve davranışsal iktisadın uygulamaları* (ss. 195-234). Kamilçelebi H. (Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Geysi, A. (2019). Sağlık iletişimde sosyal medyanın yeri: Kocaeli ilindeki sağlık kurumlarının sosyal medya kullanımlarının incelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gök, A. ve Türk, M. (2011). Perakendeci işletmelerde çevreyi koruma bilinci üzerine bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 125-152.
- Gülcemal, E., ve Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Liu, C., vd. (2005). Beyond concern: A privacy trust behavioral intention model of electronic commerce. *Information & Management Journal*, 42(2), 289-304.

- Major, I. (2019). Two-sided information asymmetry in the healthcare industry. *International Advances in Economic Research*, 25(2), 177-193.
- Manavgat, G. (2018). Türkiye'de sigorta sahipliğinin hane halklarının sağlık harcamalarına olan etkisi: sağlıkta dönüşüm programı kapsamında bir uygulama. *Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(9), 443-476.
- Meleddu, M., Pulina, M., & Scuderi, R. (2020). Public and private healthcare services: What drives the choice? *Socio-Economic Planning Sciences*, 70, 1-11
- Moscato, N.S. & Tohme, F. (2001). Asymmetric information in hospital services (Oral presentation). *In Argentina de Conference*, Argentina, 1-20.
- Özcan, S., Baş, K. ve Taş, Y. (2013). Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hasta memnuniyetine etkisi: Yalova ağız ve diş sağlığı merkezinde bir uygulama. *Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı*, 17-18 Eylül, St.Petersburg Russia, 820-830.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513.
- Savage, E., & Wright, D. J. (2003). Moral hazard and adverse selection in Australian private hospitals: 1989–1990. *Journal of Health Economics*, 22(3), 331-359.
- Skipper, J. K., Tagliacozzo, D. L., & Mauksch, H. O. (1964). What communication means to patients. *An Journal of Nursing*, 64(4), 101–103.
- Şekerci, N. (2016). Özel hastane hizmetlerinde asimetrik bilgi ile ahlaki tehlike ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Temel, K. ve Aydın, M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Thom, D. H., vd. (2002). Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.
- Ünal, Ö. (2016). Hasta hekim iletişimin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Weisbrod, A. (1991). *Competition in health care: A cautionary view*. Washington, D.C.: American Enterprise Institute.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık hizmetleri talebi: Erzurum ilinde bir araştırma, *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.