

Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir mi?

Bayram ŞAHİN*

ÖZET

Bu makalede, tıbbi bakım sürecinin yönetim zorluğu ile nedenlerine ve son zamanlarda bu yönetsel zorluğun üstesinden gelme yönünde gelişen müdahale biçimlerine kavramsal ve felsefi boyutta dikkat çekmek amaçlanmıştır. Bu bağlamda, öncelikle hekim otonomisi efsanesi üzerinde durulmuş, daha sonra hekimlik uygulamalarına göre değişen otonomi düzeyleri ve kontrol modellerine yer verilmiştir. Son olarak ise hekim otonomisine yönelik olarak gelişen ve aralarında yönetsel teknolojilerin de olduğu olgular incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klinik Özgürlük, Otonomi, Meslekleşme

Management Difficulty in Health Care: The End of Physician Autonomy?

ABSTRACT

The aims of this article are; to discuss the management difficulties and their reasons within the medical care process; and to outline the theoretical and philosophical aspects of intervention techniques developed to overcome these difficulties. In these respect, first, the myth of physician autonomy is presented followed by the autonomy levels changing by physician practice and control models. In the last section, concepts developed for physician autonomy, including managerial technologies are analyzed.

Key Words: Clinical Freedom, Autonomy, Professionalism

I. GİRİŞ

Tıbbi bakım harcamalarındaki kontrol edilemeyen artışlar, günümüz sağlık bakım sistemlerinin karşı karşıya bulunduğu önemli sorunlardan biridir. Sağlık harcamalarındaki artışın bir çok nedeni olmasına rağmen en önemli rolü hekimlerin oynadığına inanılmaktadır; hastalar için istenen testlere, yazılan reçetelere ve önerilen ameliyat ve tedavilere temelde hekimler karar verdiği için gerçek maliyet yaratıcıların hekimler olduğu öne sürülmektedir. Dolayısıyla, kıt olan sağlık bakım kaynaklarının maksimum verimlilikle kullanılmasını sağlamak için sistem içerisindeki kaynakların yaklaşık yüzde doksanının kullanımına tam bir *linik özgürlük* içerisinde karar veren hekimlerin tedavi süreçlerinin izlenmesi gerekmektedir.

Tıbbi bakım örgütlerindeki işin doğasına, büyük ölçüde tedavi edilmesi gereken hasta karması ile, örgütün sunmayı tercih ettiği hizmet karması tarafından karar verilmektedir. Bu örgütlerdeki temel yönetim problemi; hasta bakım kalitesini ve onu üretmek için kullanılan kaynakları kontrol etmektir. Kısaca, tıbbi yönetimin zorluğu, tıbbi bakım örgütlerinin etkili yönetilmesinde temel unsur olan hasta bakım sürecinin kontrol edilmesinde yatmaktadır. Günümüzdeki tıbbi yönetim süreci incelendiğinde, hekim olmayan yöneticilerin hekimlerle olan ilişkilerinde, örgütsel güç ve otoritelere karşı önemli baskı ve sınırlamalarla karşı karşıya oldukları görülmektedir. Bu durum, temelde yönetimin tıbbi uygulamalara müdahale edememesinden kaynaklanmaktadır. Bilindiği üzere, tıbbi sadece hekimler uygulayabilir, yöneticiler ise hekimin işini destekleyen tıbbi olmayan bürokratik yapıyı yönettiklerinden bir çok sağlık bakım örgütünde, biri tıbbi diğeri yönetsel ikili otorite hattı ortaya çıkmaktadır (O'Connor, Lanning 1992). Hastane örgütlerindeki ikili otorite hattının ortaya çıkışı, ABD'de Hastane Danışma Kurulu'nun hastane etkililiği konusundaki bir raporunda şu şekilde yer almaktadır (Schulz et al. 1976:107):

Mars'dan gelen bir misafir bir hastane yöneticisini hastanesinin amaçları, fonksiyonları ve yönetimi konusunda sorguya çeker. Yönetici, Marslıya hastalarla ilgili işlemleri hastanedeki hekimlerin istediklerini, bu nedenle kaynakların nasıl kullanılacağına, personelin ne iş yapacağına ve hatta hangi hastaların kabul edileceği ile onların ne zaman taburcu edileceğine hekimlerin karar verdiğini anlatır.

Daha sonra Marslı, yöneticiye "Bu önemli insanlar sizin işlerinizde nerede yer almaktadır" diye sorar.

Hastane yöneticisi gerçekte bunların örgüt dışında durduklarını, onlara ödemenin müşteriler tarafından yapıldığını ve geleneksel olarak

hastanelerin onlara müdahale etmemek zorunda olduğunu ve onların kararını etkiler görünmediğini açıklar.

Marslı "Şaka yapıyor olmalısınız! Böyle bir düzeni yönetmenin imkansız olacağını herkes çok açık bir şekilde görebilir" diye haykırır.

Yönetici kolay olmadığını kabul eder

Akıllı misafirin ayrılırken "İmkansız...çok çok pahalı" diyerek homurdandığı duyulur.

Uzun yıllar hekimlerin hastaları için en iyisini düşündükleri ve yaptıklarına, dolayısıyla klinik özgürlüğün hekimlerin ilahi hakları olduğuna inanılmakla birlikte (Hampton 1983; Brook 1989), son zamanlarda sağlık bakım maliyetlerindeki hızlı ve kontrol edilemeyen artışlardan kaynaklanan baskılar sonucu, hekimlerin karar verme güçlerinin yavaş yavaş ellerinden alındığı görülmektedir. Bu sonuca ulaşılmasında, hastalık hikayesinin alınmasından fiziksel muayenenin yapılmasına, laboratuvar testlerini okumadan tedavi önermeye kadar yapılan bir çok işte hekimler arası değişkenlik ve keyfiliğin olması büyük etken olmuştur (Eddy 1990). Ludbrook ve Mooney'e göre (1984), hekimlerin bireysel olarak sahip oldukları klinik özgürlüklerin toplamı, verimsizliğe neden olduğu için verimliliğe ancak klinik özgürlüğün sonunun gelmesi ile ulaşılacaktır.

Bu makalede, temelde tıbbi bakım sürecinin yönetim zorluğuna ve son zamanlarda bu yönetsel zorluğun üstesinden gelme yönünde gelişen müdahale biçimlerine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Bu bağlamda, aşağıda öncelikle meslekleşme ve otonomi başlığı altında, tıbbi uygulamanın bir meslek olarak şekillenmesinde otonominin oynadığı role ve klinik otonominin hekim efsanesini nasıl desteklediğine yer verilmiştir. Daha sonraki bölümde, farklı yapısal modellere göre değişen otonomi düzeylerine değinilerek otonomi düzeylerinin bütün örgütlenme biçimlerinde aynı olmadığını altı çizilmeye çalışılmıştır. Son olarak ise, hekim otonomisi üzerindeki müdahaleler başlığı altında, otonomi kaybı yoluyla klinik özgürlüğün sonunu hazırlayan nedenlere ve azalan otonomiye katkıda bulunan müdahale biçimleri ile ABD'deki öncü örneklerine değinilerek bu güçlerin tıp mesleği üzerindeki etkileri tartışılmıştır.

II. MESLEKLEŞME VE OTONOMİ: HEKİM OTONOMİSİ EFSANESİ

Örgütler, yapılan işler üzerinde kontrol elde edebilmek ve sonuçları önceden öngörebilmek için değişkenliği azaltma ve örgüt üyelerinin davranışlarını düzenleme (formalization) yoluna başvururlar. Genellikle, üretimin yapıldığı (operating core) örgütsel düzeyler daha çok tekrar edilen görevlerden oluştuğu için bürokratik yapıların buralarda meydana geldiği, buna karşılık örgütün üst

kısımlarına doğru çıkıldıkça daha az tekrar edilen ve dolayısıyla daha az düzenlenmiş işlerin olduğu bilinmektedir. Ancak bu, üretimin yapıldığı tüm alt düzeylerin bütün örgütlerde aynı şekilde düzenlendiği anlamında yorumlanmamalıdır. Örgütte yapılan bazı işler, uzun yıllar eğitim gerektiren karmaşık işler olduğunda, yakın yönetsel kontrolü önlemekte ve iş üzerindeki kontrol önemli ölçüde işgörenlere bırakılmaktadır. Bu tür işlerin en önemli özelliği ise; işin yapılması için gerekli olan bilgi ve yeteneğin, işgörenlere işe başlamadan önce örgüt dışında formal eğitim süreciyle kazandırılması ve meslek olarak tanımlanmasıdır (Mintzberg 1983).

Meslek olarak adlandırılan bu işlerde, işgörenlerin izleyeceği iş standartları örgütün dışındaki birlikler ve eğitim kurumları tarafından belirlendiği için, hiyerarşik otorite yerine uzmanlık otoritesine güvenilmektedir. Bu yapılarda, işgörenlerin hem yöneticilerden hem de teknik yapıyı (thecnostructure) tasarımıyan analistlerden gelen etkileri minimize ederek nispeten otonom çalıştıkları, ve böylece profesyonelliğin önem kazanmasıyla Mintzberg'in *profesyonel bürokrasi* olarak tanımladığı örgüt yapılarının ortaya çıktığı görülmektedir (Mintzberg 1979; 1983). Profesyonel bürokrasiler, standart ürün ve hizmet üretmek için üretim sürecindeki profesyonellerin yetenek ve bilgisine güvenen örgütlerdir (Fogel 1992). Bu özellikleri nedeniyle, genellikle diğer örgüt biçimlerinde görülmeyen yönetim zorluklarına sahiptirler. Kuşkusuz, aralarında hastanelerin de bulunduğu bu örgütlerin başarısı; yönetimin bu özgün yapısal özellikleri anlama ve kavrama yeteneğiyle yakından ilişkilidir. Bu noktada, bir meslekte profesyonel statü elde etmek için gerekli olan temel özelliklere değinmek yararlı olacağı için, aşağıda Reed ve Evans (1987) tarafından sıralanan ve literatürde yaygın olarak kullanılan temel özelliklere yer verilmiştir:

- Meslek sınırlandırılmış ve toplumsal olarak değerli bir bilgi birikimine sahip olmalıdır.
- Mesleğin üyeleri mesleki bilgi ve uzmanlık standartlarına karar verir.
- Öğrenciler meslek içine alındıkları zaman meslek yoğun bir sosyalizasyon sürecine girerek mesleğin bu yeni üyelerini etkilemeye başlar.
- Büyük ölçüde meslek üyelerinden oluşan lisanslandırma ve kabul kurulu meslek uygulayıcılarını yetkilendirme otoritesine sahiptir.
- Bir mesleğin üyeleri arasında karşılıklı çıkar ve toplum yararı vardır.
- Meslekle ilgili politika ve yasaların oluşturulmasında ağırlıklı olarak meslek üyeleri etkindirler.

- Meslek yasal kontrollerden daha katı olan ve uygulamaları yöneten bir etik yapıya sahiptir.
- Hizmet yönelimi profesyonellerin özel çıkarının yerine geçer.
- Meslekler nihai uğraşırlar (uygulayıcıların hayat boyu tek mesleksi tercihidirler).
- Bir meslek yüksek derecede mesleksi otonomi gösteren uygulayıcılarıyla dışsal kontrolden büyük ölçüde özgürdür.

Bu özelliklerden otonomi, mesleksi egemenliği oluşturmanın önemli araçlarından biri olarak kabul edilir. Bazı yazarlar, mesleksi otonomiye gerek eşitler gerekse örgütsel kontrolden özgür olma olarak tanımlarken, bir kısmı da kendi kendini düzenleme ve kendi yetenek alanları içerisinde davranma otoritesi ve özgürlüğü olarak tanımlamaktadır (O'Connor, Lanning 1992).

Meslekleşme ve profesyonel otonomi konusunda en önde gelen teorisyenlerden biri olarak kabul edilen Freidson (1970) ise, otonomiye aşağıdaki gibi tanımlamıştır: Yazara göre, otonomi mesleklerin örgütlenmesinde tanımlayıcı bir anahtar özelliktir. Freidson'a göre, ideal otonomiye çeşitli boyutlardan oluşan mesleksi monopollük ile ulaşılır ve ekonomik monopollük her şeyden önde gelmektedir. Meslek yeni üye alımı, eğitimi ve mevcut talebi karşılayacak uygulayıcıların sayısını direkt kontrol edebilmektedir. Bu arada, mesleksi otonomi kendi uzmanlık alanı üzerinde politik monopollüğü de içerdiğinden, meslek üyeleri kendi bilgi ve becerisiyle ilgili konularda yetkili sözcüler olarak kabul edilirler. Böylece mesleğin temsilcileri, işle ilgili yasal ve yönetsel kurallar adına birer yol gösterici uzmanlar olarak hizmet ederler. Ayrıca, meslek işle ilgili pratik konular üzerinde bir yönetsel ve gözetim monopollüğüne de sahiptir; iş standartlarının oluşturulması, işin yönetilmesi ve değerlendirilmesiyle ilgili örgütsel görevler meslek üyeleri tarafından yerine getirilir. Hiyerarşik otoriteden çok eşitlerin incelemesi (peer review) genel bir kuraldır.

Otonomi, diğer mesleklerde olduğu gibi klinik profesyonel model için de merkezidir ve bu model altında, klinik profesyoneller bir takım özel ayrıcalıklara sahiptir. Bu ayrıcalık, temelde, klinik profesyonel işlerin alışılmamış düzeyde bilgi ve yetenek gerektirmesinden, ve profesyonel yöneticilerin bu bilgi ve yeteneği değerlendirecek veya düzenleyecek kapasite ile donatılmamış olmalarından kaynaklanmaktadır (McLaughlin, Kaluzny 1992). Nitekim mevcut uygulamalar incelendiğinde, hekim olmayan yöneticilerin hasta bakım sürecinde kullanılan kaynakların ne ölçüde gereksiz olduğuna ya da bireysel vakalara ilişkin bakım süreçlerinin uygun olup

olmadığına karar veremedikleri, böylece hekimlerin tıbbi uygulamalarına müdahalede bulunamadıkları açık bir şekilde göze çarpmaktadır. Diğer yandan, hekimler de tıbbi bakımın hekimsiz dağıtılamayacağını bilincinde olduklarından, kendilerinin dışında gelişen hasta bakım sürecini kontrol etme çabalarına itiraz ederek profesyonel otonominin ve sonuçta hekim efsanesinin doğmasına neden olmaktadır (Rohrer 1992).

Freidson'un (1970) önemle vurguladığı değerlendirmelerden biri de, tıp mesleğinin sahip olduğu bu olağanüstü otonominin sonucu olarak paramedikal hiyerarşinin zirvesinde yer almasıdır. Freidson'un bu yorumuna "tıbbi egemen bir meslek olarak tanımlayan" Starr da (1982) açık bir destek vermiştir (aktaran:Culbertson, Lee 1996:117). Bu noktada, yaygın klinik uygulamalardan hareketle, bir çok yönetsel çabanın hasta bakım sürecini kontrol etmeye yardım etmeksizin, sadece bakım sürecini desteklemeyi amaçlamaktan dolayı yanlış yönlendirildiği rahatlıkla söylenebilir. Pazarlama, finansman, toplum ilişkileri, stratejik planlama, satın alma, risk yönetimi, örgütsel tasarım, üretim yönetimi, liderlik ve personel yönetimi gibi yönetsel faaliyetlerden bir takım yararlar elde edildiği şüphe götürmemekle birlikte, bu faaliyetler örgütün verimli ve etkili olması için gerekli olan hasta bakım sürecinin kontrolünde ikincil öneme sahiptirler.

Freidson'un otonomi yaklaşımındaki önemli noktalardan bir diğeri ise, otonominin ekonomik boyutlarına da ilgi göstererek sadece otonominin klinik yönü üzerinde duran teorisyenlerden farklı bir çizgide yer almasıdır. Örneğin, ABD'nin önde gelen sosyologlarından olan Talcott Parsons hekimin üstün pozisyonunu, teknik uzmanlığı yoluyla kazanılmış ve kamu yararına karşı kullanılan temel bir özellik olarak ele almaktadır. Yazar, hastaların sağlığı için hekimlerin profesyonel olarak klinik işleri kontrol etme hakkına sahip olmaları gerektiğini ısrarla vurgulamıştır.

Freidson, tıp mesleği açısından klinik ve ekonomik çıkarların birbirine geçtiğini ve bir noktadan sonra ekonomik çıkarların egemen hale geldiğini savunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında Freidson, "kar amaçlı tıbbın ortaya çıkmasıyla hekim sorumluluğunun giderek değer yitirdiğini" öne süren Relman (aktaran:Culbertson, Lee 1996:118) ile aynı düzlemde bulunmaktadır. Freidson, ayrıca tıp mesleğinin kıt kaynakların kullanımını üzerinde monopol bir pozisyona sahip olduğunu ve kamu yararı gözetmeksizin ücret belirleme özgürlüğünün açık bir şekilde suistimale sonuçlanacağını iddia etmektedir. Yazara göre, özellikle ABD'de, hekimlerin sahip olduğu ayrıcalıklı pozisyonu suistimal etmediğinden emin olmak için, örgütlü tıp mesleği ikna edici

herhangi bir çaba içerisine girmemektedir. Freidson gibi Reinhardt da (1988), hekimlerin ortak veya sahibi olarak içerisinde yer aldığı, hastane ve laboratuvar gibi özel girişimlerin içinde bulunduğu ekonomik zorlukların otonominin güven temelini bozduğuna ve ileride daha da bozacağına işaret etmektedir (aktaran:Culbertson, Lee 1996). Gray'ın (1983) belirttiği üzere profesyonel otonominin temeli olarak güven; bir yandan ekonomik alandaki monopol ayrıcalığı ve gücü sürdürürken, diğer yandan mesleksi statüyü geliştiren mesleki bir gizem olarak ciddi tehdit altındadır. Yazar, meslek için gerekli otonomiye meşrulaştıran güvenin meslekle toplum arasındaki sosyal bir sözleşmeyle gerçekleştiğine, bu sözleşme bozulduğunda mesleki otonominin meşru açıdan sürdürülemeyeceğine dikkat çekmektedir (aktaran:Culbertson, Lee 1996).

Mesleksi otonominin Amerikan hekimlerine verildiği 1910'dan bu yana, tıp mesleğinin özü olduğu bilinmekle birlikte, son yıllarda bu olağanüstü hekim efsanesine yönelik direkt ve indirekt müdahalelerin mesleği tehdit ettiği görülmektedir. Otonomi erozyonu; bir yandan hekimlerin ne yaptığının ve nasıl yaptığının incelemesi amacıyla geliştirilen yönetsel kontrol teknolojileriyle direkt meydana gelirken, diğer yandan mesleğin temel öğelerinin zayıflamasıyla indirekt olarak oluşmaktadır (O'Connor, Lanning 1992). Aşağıda, önce tıbbi bakımın sunumu için ortaya çıkan örgütlenme biçimlerine göre değişen yapısal kontrol modellerine ve bu modellerdeki otonomi düzeylerine ilişkin görüşlere, daha sonra azalan otonomi üzerine etki eden yönetsel teknolojiler ile mesleğin temel öğelerini sarsan bazı güçlere yer verilmektedir; bu temel öğeler kim, ne, niçin ve nasıl soruları çerçevesinde ele alınmıştır.

III. HEKİMLİK UYGULAMALARINA GÖRE DEĞİŞEN OTONOMİ DÜZEYLERİ VE KONTROL MODELLERİ

Tıbbi uygulamanın örgütlenmesi, tek başına hekimlik uygulamasından grup uygulamasına dağılan bir çizgi olarak görülebilir. Tek başına hekimlik uygulamasında yer alan uygulayıcılar, bağımsız olarak çalıştıkları için meslektaşları tarafından gözetilmeme avantajına sahiptirler. Bununla birlikte, hekimlerin kendilerini, grup uygulamaları yoluyla oluşturdukları bürokratik bir yapıya bağladıkları da görülmektedir. Elbette bu tercihin arkasında bir takım pratik nedenler bulunmaktadır: üretkenliği, kaliteyi ve hizmetin uygunluğunu artırma ihtiyacı bunlar arasında sayılabilir (Rohrer 1992).

Hekimlerin profesyonel otonomileri, şüphesiz hizmet sunumu için ortaya çıkan yapısal modellerin doğasına bağlı olarak değişecektir. Bu alternatif modelleri anlama ve kavramsallaştırma girişiminde bulunan birçok yazar, birbirlerinden bağımsız olarak, çeşitli yapısal kategoriler sıralamıştır. Bunlar arasında Madıson ve Konrad'ın bireysel otonomi, yönetilmiş otonomi ve dışa bağımlı örgütlerden oluşan alternatifleri, bu farklı örgütsel kategoriler için önemli bir model oluşturmaktadır. Bu üç kategoriden bireysel otonomi ve dışa bağımlı yapılar, hekimlerin kendi kendilerini yönetme doğrusunun ters uçlarında, yönetilmiş otonomi ise bu iki uç arasında yer almaktadır (aktaran:O'Connor, Lanning 1992).

Bireysel otonomi (individual autonomy); Bu yapıların örnekleri geleneksel tek hekimlik uygulamalarıdır. Burada hekimler, hasta bakım sürecini aracı birimlerin müdahalesi olmaksızın kontrol etmekte, konsültasyon ve sevk olanaklarına özgür bir şekilde ulaşabilmektedir. Bazı hekimler, kişisel amaçları yanında örgütsel amaçlara da hizmet etmek zorunda kalmamak için, tek başına hekimlik uygulamaları yönünde tercihte bulunmaktadır.

Yönetilmiş otonomi (administered autonomy); Yönetilmiş otonomi yapısında çalışan hekimler, kendilerini merkezi olarak önceden görüşülmüş bir politikaya bağlayarak otonomi kaybederler. Reed ve Evans (1987), bu alternatifini hekim yönelimli örgüt (physician driven organization-PDO) olarak kavramsallaştırmıştır. Yönetilmiş otonom yapı, üye hekimler tarafından, ortak bir şekilde geliştirilen hasta bakım protokollarına uyumu gerektirdiği için hekim- hasta arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkilemektedir. Bu yapının en önemli özelliği; konsültasyonların, sevklerin ve tedavi biçimlerinin eşit hekim yöneticiler tarafından incelenmesi ve işbirlikçi bir yaklaşım gerektirmesidir.

Dışa bağımlı yapı (Heteronomous configuration); Mesleki otonomiye azaltan başka bir model, dışa bağımlı yapıdır. Bu yapılar, bazı dışsal birimler tarafından oluşturulan kontrole hekimlerin bağımlılığıyla karakterize edilir. Burada örgüt, dışsal üçüncü ödeyicilerle yakın iş ilişkisi içerisinde bulunarak tedavi standartlarını ve protokollerini oluşturur ve gerektiğinde örgüt dışı sevk ve konsültasyonlara izin vermeme yetkisini kullanabilir. Sonuç olarak, hekimin örgütle ilişkisi örgütsel hiyerarşiye bağlı bir işinin ilişkisine benzemektedir. Bu yapılarda, hekimleri değerlendirmek ve izlemek için yönetim bilişim sistemlerine ve maliyet/kalite uyumuna fazlaca önem verilmektedir (O'Connor, Lanning 1992).

IV. HEKİM OTONOMİSİNE YÖNELİK MÜDAHALELER

Tıp mesleğinde otonomi kaybı yoluyla klinik özgürlüğün sonunu hazırlayan çeşitli nedenler bulunmaktadır. Temel neden, sistemin aşırı maliyetlerini kısma yönündeki hükümet düzenlemeleri ve sigorta kuruluşlarının artan baskılarıdır (Benjamin 1989). Kaynaklar kıt olduğu için, teknik olarak olası her şeyi yapmak mümkün değildir; birine hizmet sunulması, başka birinin mahrum bırakılmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu durum; klinik uygulamaların tıbbi değeri kanıtlanmış olanlarla sınırlandırılmasını gerektirdiğinden, bazı yazarlar tarafından klinik özgürlüğün sonunu hazırlayan başlangıç olarak yorumlanmaktadır (Hampton 1983; Ludbrook, Mooney 1984; Brook 1989).

Hekim otonomisi üzerindeki müdahaleler tarihsel bir süreç içerisinde analiz edileceği zaman, ABD'deki gelişmeleri ve özellikle hekim ödeme politikasını oluşturmada egemen bir güç olan Medicare ile hekim otonomisi arasındaki ilişkiyi atlama gerekir. Başlangıçta, Medicare kurulduğu zaman federal hükümet hem ekonomik hem de klinik alanda tıp mesleğinin otonomisine boyun eğmek zorunda kalmıştır. Ancak, zamanla bir yandan tıbbi bakım sisteminin genişletilmesi isteği, diğer yandan artan tıbbi bakım harcamalarını kontrol etme ihtiyacı; önce ekonomik otonomide, daha sonra klinik boyutlarda ilk kez görülen Medicare düzenlemelerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu program değişikliğinin etkisi ilk olarak ekonomik alanda gözlenmiştir, ancak Reinhardt'ın (1988) da öngördüğü gibi, tıp mesleğince ekonomik faydadaki algılanan azalma klinik otonomiye sınırlayan ödünlerle de sonuçlanmıştır (aktaran:Culbertson, Lee 1996).

Hekimlerin ekonomik otonomilerine ilk müdahale, ücret ve fiyat kontrollerinin Nixon yönetimince yürürlüğe konulduğu 1971'de gerçekleşmiştir (1971-1974). Bu program çerçevesinde, ücret artışları katı federal fiyat ilkelerine göre sınırlandırılarak ekonomik otonomiye direkt müdahalelerde bulunulmuştur. Kısa bir süre sonra 1972 yılında, Mesleki Standartları İnceleme Örgütleri (Professional Standards Review Organizations; 1972-devam ediyor) oluşturularak klinik otonomiye yönelik yaptırımlar kurumsallaşmıştır. Bu program, hastanelerde verilen bakımın uygunluğu ve kalitesini araştırma yönünde bir inceleme programının oluşturulmasını öngörmektedir. Program, temelde hastane örgütleri yapısı içinde hekim üyelerden oluşan eşit inceleme komitelerine (peer review committees) dayalı faaliyette bulunmaktadır. Başlangıçta, program örgütlenmiş tıp tarafından anlamlı, ancak başarısız bir karşı çıkışla karşılaşmıştır. Ancak bununla birlikte, Mesleki Standartlar İnceleme programlarının hekimler üzerindeki ekonomik

etkisi oldukça zayıf olarak sonuçlanmıştır. Bunun temel nedeni; uygun olmayan hastane kalışlarında olduğu gibi, yaptırımların hekimler yerine daha çok hastaneye yapılacak ödemelerin azaltılmasıyla sınırlandırılmasıdır (Culbertson, Lee 1996).

1980'li yıllara gelindiğinde ise, hastane ödeme sisteminde devrimsel bir değişimi temsil eden teşhis gruplarına dayalı ileriye dönük ödeme sistemine geçilmiştir. Söz konusu sistem, hastaların hastaneye yatırıldıkları koşulları ve her bir grup için yapılacak ödeme miktarlarını belirlemek için belirli Teşhise Dayalı Gruplar (Diagnosis-Related Groups- DRG) tanımlamaktadır. DRG'nin temel vurgusu; belirli teşhis gruplarının benzer biçim ve miktarda kaynak tüketeceğidir. Böylece sistem, Medicare altındaki hastane örgütlerini formüle dayalı ödemeler yoluyla ciddi risklere atmakta ve verimsiz çalışan hastaneler cezalandırılmaktadır. Hastane performansı açısından, hekimlerin bu ödeme sistemleri altında direkt risk içerisinde olmadıkları bilinmekle birlikte, hastane ödemesindeki bu tür politika değişikliklerinin zamanla hekim davranışını etkileyeceği varsayılmaktadır. Bu nedenle, DRG programının kabul edilmesi hekimlerin klinik otonomileri üzerinde direkt bir müdahale olmamakla birlikte, yine de tıp mesleği için endişe verici bir durum olarak yorumlanmaktadır. Nitekim, Colombotos ve Kirchner (1986) hekim tutumları üzerinde yaptıkları bir araştırma sonucunda, hekimlerin gelecekteki tıbbi uygulamalara yönelik en çok endişe duydukları iki durumun; DRG ve hekim ücretlerinin hükümet tarafından kontrol edilmesi olduğunu bulmuşlardır (aktaran: Culbertson, Lee 1996). Yazarlar, DRG'nin tıbbi bakım için açık bir şekilde protokol ve standartlarla sonuçlanacağını ve buna bağlı olarak hekimlerin klinik otonomisinin sınırlandırılacağını savunmuşlardır. Ücretle ilgili hükümet kontrolleri ise, hekimlerin ekonomik otonomilerini tartışma götürmez bir şekilde sınırlamaktadır. Daha yakın zamanlar, örneğin 1996 yılı ve sonrasındaki gelişmeler değerlendirildiğinde ise, Medicare'in uygulanmasından otuz yıl sonra, hekimlerin ekonomik otonomi düzeylerinde köklü, buna karşılık klinik otonomi düzeylerinde daha az değişikliklerle karşılaştıkları görülmektedir. Konuyla ilgili yazarların tahminine göre, ileriki yıllarda hekimler, tarihsel otonomilerinde müdahalenin her iki biçimini de yoğun bir şekilde yaşayacaklar, ve gelecek yirmi yıl boyunca DRG kavramı ile ön ayak olunan klinik protokol ve standartlar karar verme sürecinde daha etkili olacaktır (Culbertson, Lee 1996).

Yukarıdaki gelişmeler dışında, malpraktis vakalarının artması da klinik otonominin azalması yönünde açık bir baskı iklimi yaratabilmiştir. Ayrıca hasta

haklarına ilişkin düzenlemelere giderek daha yoğun ilgi gösterilmesi ve bireylerin tıbbi bakım sürecinde daha aktif rol oynamaya başlamaları gibi faktörler de otonomi azalması ile ilgili önemli nedenler arasında sayılabilir (Reed, Evans 1987). Ancak, Lewis ve diğerlerinin de belirttiği üzere (1991), bugün örgütlenmiş tıp mesleği için temel sorun klinik otonomi kaybı konusundaki endişelerdir (aktaran:Culbertson, Lee 1996). O'Connor ve Lanning (1992), klinik otonomi kaybına neden olan bu güçleri aşağıda sunulduğu üzere mesleğin temel öğelerini sarsarak indirekt otonomi kaybına neden olan güçler ile azalan otonomi üzerine direkt etki eden yönetsel teknolojiler olarak sistematize etmiş ve mesleğin temel öğelerini kim, ne, niçin ve nasıl soruları çerçevesinde ele almıştır.

KİM: Meslek Üyelerinin Seçilmesi, Eğitimi ve Yetkilendirilmesi

Bir meslek, meslekleşme sürecine katılan yeter sayıda kaliteli öğrenci arzını etkileyebilmelidir. Yakın zamanlardaki eğilimler, başta ABD'de olmak üzere, tıp fakültelerine giderek daha az başvuru olduğunu göstermekte olup, bazı eyalet okullarının ileride daha düşük kabul standartlarına sahip olma zorunda kalacağı konusunda ciddi endişeler mevcuttur. Bazıları bu durumu, çalışan hekimlerin memnuniyetsizliğine, okul harçlarının yükselmesine, eğitim sürecinin uzun olmasına, artan malpraktis davalarına, eşitlerin incelemesine (peer review) ve yönetilmiş bakımın artmasına dayandırmaktadır. Nedeni her ne olursa olsun, sonuç olarak, tıp mesleğinin artık eskiden olduğu gibi cazip olduğunu iddia etmek gerçekçi değildir. Tıp mesleğinin mevcut durumunun, bu faktörlere atfedilip edilmeyeceği sorgulanır olmakla birlikte mesleğe bağlılıkta ve mesleğin cazibesinde bir azalmanın olduğu çok açık bir şekilde fark edilmektedir (American Medical Association 1986; Benjamin 1989).

NE: Bilgi Tabanının ve Standartların Yükseltilmesi

Profesyonel olarak hekimler, sahip oldukları uzmanlaşmış bilgi birikimini kamu yararı adına kullanma ve geliştirme sorumluluğuna sahiptirler (Brook 1989; Eddy 1990). Ancak, bir yandan tıbbi uygulama biçimlerindeki değişkenlik konusundaki araştırmalardan elde edilen bulgular, diğer yandan tüketici taraftarlığının giderek artması hastanın hekime olan güvenini ve bağımlılığını sarsmakta ve böylece profesyonel otonominin zayıflamasına neden olmaktadır (O'Connor, Lanning 1992).

NİÇİN: Hizmet Oryantasyonu ve Etik

Tıp mesleğine yönelik endişeler, bazı hekimlerin kendilerini hizmete adamaktan çok özel çıkarlarını daha öne çıkarmasıyla iki kat daha artmaktadır. Bu durumda, hem toplum yararını gözetmek için oluşturulan yasalar, hem de mesleğin kendisinin oluşturduğu etiksel değerler kolayca devreye girebilmekte ve otonomi azalması için bir güç oluşturmaktadır.

NASIL: Yönetilmiş Bakım ve Aracı Birimler

Artan baskılar sonucu bir çok hekim, sahip olduğu otonominin meslekleri dışındaki kişi ve olaylar tarafından tehdit edildiğini hissetmektedir. Bu görüş, New England Journal of Medicine'nin editörüne yazılan bir mektupta şöyle yansıtılmıştır (Norstrand 1986:390):

Tıp mesleği kendisinin, tıbbi konularda giderek otorite olmaya başlayan tıbbi olmayan kişiler tarafından yavaş ancak ciddi bir şekilde kontrol edilmesine izin vermektedir. Bugünün hekimi, eşitleri tarafından yönetiliyor olma yerine, sigorta şirketleri ya da üçüncü ödeyiciler veya hastane zincirleri işleten zengin iş adamlarına boyun eğmektedir. Tıbbi bilgisi çok az olan bu kişilerin, hekimlerin fonksiyonlarının çoğunu üstlenebileceklerini düşünerek kendi kendilerini kandırmaları ise büyük endişe vericidir...

Ancak, bugün olduğu gibi hastaları için en iyinin ne olduğunu bildikleri konusunda hekimlere güvenilmiyorsa, ya da daima etiksel tercihte bulunmadıkları düşünülüyorsa, o zaman sosyal ve ekonomik sistemin bakım kalitesini tanımlamak için hekimin yeteneğini sınırlandıran bir dizi alternatiflere girişmesi söz konusu olmaktadır (Brook 1989). Nitekim, son yıllarda, sağlık bakım sunum sisteminin değişen yapısı ve finansal düzenlemelerin, hekim tercihlerini denetleyen ödeyici denetleyicilerinin artmasına (payor watchdogs) neden olduğu görülmektedir. Bugün, tıp mesleğinin korunmak için mücadele ettiği bu üçüncü kuruluşlar geçmişte hiç yok iken, zamanla maliyetler üzerindeki artan endişelerin yatış ve protokole uyumun incelenmesini gerektirmesi profesyonel otonomiye müdahale edilmesiyle sonuçlanmıştır.

Açıkcası, değişen yapısal ve çevresel güçler hekimler üzerinde artan kontrole neden olduğu için, artık tam otonomiye ve hekimlerin egemenliklerinin doruğunda tecrübe edecekleri sınırlandırılmamış hasta ilişkilerine dönüş için çok az umut olduğu düşünülmektedir. Bu gelişmelere

bakarak, hizmet alanların ve sunanların yararına çalışacak daha çok sayıda aracı kuruluşların ve yönetsel kontrol teknolojilerinin ortaya çıkacağını söylemek hiç de zor değildir.

Yönetsel Kontrol Teknolojileri ve Otonomi Üzerindeki Etkileri

Hasta bakım sürecinde sunulan hizmetleri kontrol etmek için kullanılabilir olan yönetsel işlemlerin eksiksiz bir tanımlaması bu makalenin kapsamı dışında olduğu için, bu bölümde, kısaca temel yönetsel teknolojiler olarak kullanım incelemesi ve kalite değerlendirme üzerinde durulmaktadır.

Bilindiği üzere, bugün bir çok hastanede halihazırda yürütülmekte olan kalite güvence faaliyetleri önemli eksiklikler içermektedir. Bunun nedenlerinden biri, var olan kalite güvence sistemlerinin tıbbi uygulamaya müdahale edememesidir. İkinci neden, sürekli izleme gibi anlamlı problem tanımlama sistemlerinin layıkıyla geliştirilememiş olmasıdır. Başka bir neden ise, gerçek kalite kontrol faaliyetinin tıbbi olmayan yöneticilerin yardımı olmaksızın tıbbi personel tarafından informal olarak yapılmasıdır. Bu durum, informal kalite kontrolün önemli olmadığı anlamında yorumlanmamalıdır. Tersine, klinik departman şefleri sürekli olarak personelinin işlerini gözden geçirmekte ve yapılan işin ciddiyetine inanmayanlar üzerine ağır baskılar kurabilmektedir. Ancak, kalite güvence süreci formalize edilirse izleme ve kontrol daha verimli bir şekilde başarılabilir. Bu sistem; sürekli izlemeye ilişkin bir problem tanımlama sisteminin geliştirilmesini, her bir vaka için yatış süresini, yapılan test sayıları ile işlemleri içeren istatistiksel gösterim ve analizlerin yapılmasını ve bu bağlamda kurumlar arası karşılaştırmaları (benchmarking) gerektirmektedir. Hekimler, veri analizi yoluyla örneğin bir ameliyat kararında olduğu gibi, birbirlerinden çok farklı görüşlere sahip oldukları yönünde bilgilendirilirlerse, uygulama standartları üzerinde uzlaşmaya, en azından uygulamalarda daha fazla tek tipliliğe doğru önemli adımlar atabilirler. Klinik varyasyonlardaki geri bildirimler hekim davranışını değiştirmenin bir aracı olarak yıllardır savunulmaktadır. Ancak, sistemi formalize edebilmek için hem yöneticilerin hem de klinik yöneticilerin sistemden elde edecekleri yararları maksimize etme zorunluluğunu hissetmelerini gerekmektedir (Rohrer 1992).

Kalite değerlendirme ve kullanım inceleme sistemlerini hayata geçirme kaçınılmaz olarak çatışmaya neden olabilir. Bu sistemler, klinik profesyonellerin kendilerini hem sonuç hem de süreç performansı açısından sorumlu tutmalarını gerektirdiğinden profesyonel otonomiye azaltmak için

tasarlanan ve geliştirilen bir yönetsel tuzağa benzetilebilir. Nitekim klinik çevrelerde, sağlık bakım yönetiminde bir paradigma değişimini temsil eden Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesine karşı da bu yönde kuşkucu bir bakışın geliştiği görülebilmektedir: TKY'nin mesleksi gelişim yerine toplam süreçlerle ilgilenmesi, profesyonel otonomiye karşı katılımcılığı savunması ve hekimin egemen olduğu hastaneler yerine tüketici yönlü hastaneleri öngörmesi bu yöndeki itirazların önemli nedenleri arasında sayılabilir (McLaughlin, Kaluzny 1992). Yöneticiler, bu çatışmayı, gerçekleştirecekleri etkili bir yönetimle giderebilir. Elbetteki sorunlardan kaçınmak kolay olmayacaktır. Ancak hasta bakımının yönetilmesiyle direkt başa çıkabilen bir örgüt, tıbbi bakımın üretim sürecinde çok daha fazla kontrole sahip olacak ve böylece bakım süreçlerinin uygun bir şekilde yönetilmesine bağlı olarak verimlilik ve etkililik hedeflerine ulaşabilecektir (Rohrer 1992).

V. SONUÇ

Bu bölüme kadar, ağırlıklı olarak profesyonel otonomi konusuna ve son yıllarda otonomi kaybı yoluyla klinik özgürlüğün sonunu hazırlayan çeşitli güçlere değinilmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, klinik ve ekonomik otonomiye yönelik müdahalelerin ileriki yıllarda daha da yoğunlaşacağını söylemek hiçte zor değildir. Bu gelişmeler, daha önce de belirtildiği üzere büyük ölçüde verimlilik kaygısından, sigortacılığın gelişmesinden, hastaneler arası artan rekabetten ve hastane yöneticilerinin klinik uygulamaların izlenmesinde geçmişe göre daha aktif rol oynamaya başlamalarından kaynaklanmaktadır.

Tıp mesleğinin, hekim ayrıcalığının azalmasına yönelik olarak son yıllarda ortaya çıkan bu gelişmelerden ve özellikle hasta bakım sürecini kontrol etmeye dönük yönetsel faaliyetlerden ciddi biçimde endişe duyduğu gözlenmektedir. Bilindiği üzere hekimler ve yöneticiler arasındaki temel sorun; esasen bu iki grubun farklı biçimde sosyalize olmalarından ve eğitilmelerinden kaynaklanmaktadır. Hekimler mikro yönelimli olarak hastaları için eğitilirken, yöneticiler makro perspektif üzerinde yoğunlaşmak ve bir bütün olarak örgüt üzerinde odaklaşmak için eğitilirler. Ancak, tüm tıbbi bakım sisteminin başarısı tıbbi sorumluluk ile hastaları tedavi etmenin finansal sorumluluğunun birleştirilmesine bağlıdır. Hekimler ve yöneticiler arasındaki ilişki gerçekte, Frederick Taylor ve onun maden işçileri arasındaki ilişkiye asla benzememektedir. Eddy'nin (1990) işaret ettiği gibi, amaç hekimin karar verme gücünü ortadan kaldırmak değil, daha iyi karar vermesi yönünde kapasitesini geliştirmektir. Yönetici ve hekimlerden beklenen hekimlerin kim

olduğu, nasıl eğitildiği, ne bildiği, bu bilgiyi nasıl uygulayacakları ile ilgili problemlere karşılıklı ortak çözümler geliştirmektir. Çünkü nerede olursa olsun toplumların artık mevcut sistemdeki verimsizlikleri ve eşitsizlikleri tolere etmeyeceği son derece açıktır. Yöneticilerden beklenen, hasta bakım sürecinin bütünüyle hiç rasyonalize ve rutinize edilemeyeceğini varsaymak yerine, son derece önemli olan bu kapalı alanlar içerisindeki hekim yetenekleri üzerinde odaklaşarak sahip oldukları yönetsel teknolojileri örgüt ve toplum yararına etkin bir şekilde kullanmaktır.

Hastane yöneticileri eğer bu teknolojileri geçmişte olduğundan daha etkili olarak kullanmak istiyorlarsa, tıbbi personel liderlerini bu teknolojilerin yararına inandırmak zorunda olacaklardır. Çünkü, hasta bakım yönetimini geliştirmek için en doğru ve diplomatik yol; klinik kararlara yönetsel müdahalelerde bulunmak yerine, klinik departman şeflerine bu yönde gerekli yardımı sağlayarak işbirliği içerisinde olmaktır.

Örgütsel davranışta uzman biri, klinik departman şeflerinin konu ile ilgili uzmanlar olmaktan dolayı kendi görev alanları içerisinde kolayca otorite elde edeceklerini öne sürebilir. Nitekim, klinik departman şeflerinin meslektaşları olan hekimlere tıbbi nasıl uygulayacaklarını söylemede tereddüt etmediği ve hatta oldukça katı despotik kararlar alarak kendi tıbbi personelini egemenlikleri altına alabildikleri görülmektedir. Klinik departman şefleri her ne kadar formal bilgi ve eğitim eksikliğine bağlı olarak yönetimde amatör olsalar da, sahip oldukları pozisyonlarındaki deneyimler sonucu, kendilerinden etkili ve verimli ara yöneticiler olarak yararlanılabilir.

Bu noktada atılacak ilk adım, hasta bakım sürecinin yönetimini hekimler aracılığıyla başarmaya çalışmaktır. Profesyonel yönetimle tıbbi yönetim arasında işbirliğine daima ulaşılmayabilir; ancak tıbbi personel ve hastane yöneticileri bir iş ilişkisi temeline dayalı olarak hizmet etmede ortak çıkarlara sahip olduklarını asla unutmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. American Medical Association (1986) "Health Care in Transition: Consequences for Your Physicians". **Journal of the American Medical Association** 256(24):3384-90.
2. Benjamin W.W. (1989) "Will Centrifugal Forces Destroy the Medical Profession". **New England Journal of Medicine** 321(17):1191-92.

3. Brook R.H. (1989) "Practice Guidelines and Practicing Medicine: Are They Compatible". **Journal of the American Medical Association** 262(21):3027-30.
4. Culbertson R.A. and Lee P.R. (1996) "Medicare and Physician Autonomy". **Health Care Financing Review** 18(2):115-30.
5. Eddy D.M. (1990) "The Challenge". **Journal of the American Medical Association** 263(2):287-90.
6. Fogel D.S. (1992) "The Uniqueness of a Professionally Dominated Organization". In: Brown M. (ed.) **Physicians and Management in Health Care**. Aspen Publishers Inc., Maryland. 15-24.
7. Freidson E. (1970) **Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge**. Harper & Row, New York.
8. Hampton J.R. (1983) "The End of Clinical Freedom". **British Medical Journal** 287:1237-38.
9. Ludbrook A.M. and Mooney G.H. (1984) "Clinical freedom, Efficiency, and the Griffiths Report". **British Medical Journal** 288:420-421.
10. McLaughlin C.P. and Kaluzny A.D. (1992) "Total Quality Management in Health: Making It Work". In: Brown M. (ed.) **Health Care Management: Strategy, Structure & Process**. Aspen Publishers Inc, Maryland. 183-90.
11. Mintzberg H. (1979) **The Structure of Organizations**. Prentice-Hall. International Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
12. Mintzberg Henry (1983) **Structure in Fives: Designing Effective Organizations**. Prentice-Hall. International, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
13. Norstrand I.F. (1986) "Takeover of the Medical Profession by Nonphysicians". **New England Journal of Medicine** 314(6):390.
14. O'Connor S. and Lanning J.A. (1992) "The End of Autonomy? Reflections on the Postprofessional Physician". In: Brown M. (ed.) **Physicians and Management in Health Care**. Aspen Publishers Inc., Maryland, 103-12.
15. Reed R.R. and Evans D. (1987) "The Deprofessionalization of Medicine: Causes, Effects, and Responses". **Journal of the American Medical Association** 258(22):3279-82.
16. Rohrer J.E. (1992) "The Secret of Medical Management". In: Brown M.(ed.) **Physicians and Management in Health Care**. Aspen Publishers Inc., Maryland, 85-91.
17. Schulz R. et al. (1976) "Physician Participation in Health Service Management: Expectations in United States and Experiences in England". **The Milbank Memorial Fund Quartely** 54(1):107-28.