

Sağlık Kaynaklarının Kullanımında Değişkenlik Sorunu: Neden Yönetemiyoruz? Nasıl Yönetebiliriz?

Bayram ŞAHİN*

ÖZET

Sağlık bakım kaynaklarının kıt olduğu bugünkü ortamda hastane ve hekim performansının değerlendirilmesi sağlık bakım yöneticileri için bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların yaklaşık %80'ine hekimler yön verdiği için verimliliğin (efficiency) ve etkililiğin (effectiveness) sağlanması yönündeki girişimlerin hekimlerin tıbbi uygulamalarının değerlendirilmesi ve düzenlenmesi üzerinde odaklanması gerekmektedir. Bu makalede, tıbbi uygulamalardaki değişkenlik (varyasyon) sorunu üzerinde durulmakta ve etkili hekim uygulamalarını sağlamakla ilgili yönetsel stratejiler tartışılmaktadır. Amaç tıbbi uygulamalarda gözlenen değişkenlikler hakkında sağlık politikası, sağlık hizmetleri yönetimi, klinik uygulama ve tıp mesleğinin rolü açısından bir tartışma platformu yaratmaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kaynakları, değişkenlik.

Variation Problem in Utilization of Health Care Resources: Why Can Not We Manage It? How Can We Manage It?

ABSTRACT

In today's environment of scarce health care resources, it is an obligation for health care managers to assess the performance of hospitals and physicians. As the physician use almost 80% of health care resources, actions taken to improve efficiency and effectiveness should be focused on assessing and modifying physician practice patterns. This article describes the issue of physician practice patterns and discusses managerial strategies involved in ensuring effective physician practice patterns. The objective of this paper is to stimulate debate about the implications of the variations shown in medical practices in terms of health policy, health services management, clinical practice and the role of the medical profession.

* Dr. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

Key Words: Health care resources, variation.

I.GİRİŞ

Sağlık sistemlerinin son yıllarda *sorumluluk ve hesap verme* şeklinde tanımlanan üçüncü bir devrim dalgası ile birlikte büyük bir değişim ve dönüşüm süreci içerisine girdiği görülmektedir. Birinci devrim tıptaki ve teknolojiadaki hızlı gelişmelerden oluşurken bunu ikinci devrim olarak maliyet kısma dönemi izlemiştir. Bu eğilim başlangıç olarak, Amerikan sağlık sistemine özgü olarak gelişmişse de aynı eğilimin özellikle Batı Avrupa ülkeleri dahil olmak üzere diğer ülkelerde de geçerliliğini koruduğu, bu çerçevede kaynak kullanımında etkililik, verimlilik ve kalite gibi konuların eskiye oranla çok daha öne çıktığı gözlenmektedir (Nackel et al. 1984).

Bir ölçüde artan sağlık harcamalarına karşı çözüm arayışlarının yoğunlaşmasıyla yaşanan bu gelişmeler özellikle endüstrileşmiş ülkelerde kamunun rolünün tekrar gözden geçirilmesine, sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesine yönelik ilginin giderek artmasına ve klinik karar verme süreçlerinde yaşanan değişkenlik (varyasyon) sorununun öncelikli konular listesinde yer almasına neden olmuştur (McGuire 1990). Ancak bu yöndeki çalışmaların maliyet kısma stratejilerine temel oluşturabilmesi için çoğu zaman göz ardı edilmiş olan anahtar bazı soruların da üzerinde durulması gerekmektedir. Birincisi, hizmet sunucuların kullandıkları kaynaklardaki farklılıklar acaba sadece nüfus grupları arasındaki farklılıklardan mı (demografik özelliklerdeki ya da hastalık şiddetindeki gibi) kaynaklanmaktadır? İkincisi, eğer hastalar karşılaştırılabilir özelliklere sahiplerse, hizmet sunucular farklı tür ve miktarda kaynak kullanımına neden olmak için birbirinden farklı ne yapmaktadır? Son olarak ve belki de bütün bunlardan çok daha önemlisi, kaynak kullanımındaki farklılıklar acaba hastaların sağlık sonuçlarına ya da bakımla ilgili memnuniyet düzeylerine de bir farklılık olarak yansımakta mıdır? (Kritchevsky, Simmons 1994).

Sağlık sistemlerinde kaynak kullanım biçimleriyle ilgili ilk karşılaştırmalar 1960'larda başlamıştır. Bu çerçevede "küçük alan değişkenlik" çalışmaları (small area variation) olarak isimlendirilen bir yöntem geliştirilmiş ve küçük alanları tanımlamada en küçük yönetsel coğrafik birimler esas alınmıştır (Andersen, Money 1990). Son yıllarda, finansal baskıların ulusal boyut yanında yerel düzeyde de kendini hissettirmesiyle birlikte tıbbi değişkenlik konusunda

yapılan çalışmalar bölgesel ve ulusal ölçekten, daha küçük ölçekte hastane içi ve hekimler arası karşılaştırmalara kaymıştır (Steinberg 1993; Kritchevsky, Simmons 1994). Makro düzeydeki karşılaştırmalardan mikro düzeydeki değerlendirmelere geçildiğinde uygulama biçimi veya kaynak kullanımındaki değişkenliğin çok daha çarpıcı boyutlara ulaştığı fark edilmiştir (Andersen, Money 1990). Konuyla ilgili literatüre göz atıldığında, başta yatış süresi ve cerrahi işlemler olmak üzere sağlık kaynaklarının kullanımında coğrafik alanlar, hastaneler ve hekimler düzeyinde büyük farklılıkların olduğunu, üstelik sunulan hizmetlerin hemen her düzeyinde gözlenen değişkenliğin çoğu zaman karşılaştırılabilir hasta grupları açısından da geçerliliğini koruduğunu doğrulayan oldukça geniş bir bilgi birikimi bulunmaktadır (Evans 1990; Greenfield et al. 1992; Stano 1993; Westert et al. 1993; Perlstein et al. 1997; Rethans, Saebu 1997). Yapılan bu çalışmalarda her ne kadar nedensel ilişkiler tümüyle anlaşılmamış olsa da (Burns, Wholey 1991) aynı hastalığa sahip hastalar için kullanılan kaynakların hastane (Flood et al. 1984), hekim ve hasta özellikleri açısından anlamlı değişkenlik gösterdiğine (Cherkin et al. 1987; Burns et al. 1989), tıbbi uygulamalarda rastlanan bu tür farklılıkların artık bir istisnadan çok kural olduğuna (Panniers 1987; Andersen, Money 1990; O'Connor 1993) ve modern tıpta derinlemesine bir entellektüel krizin yaşandığına işaret edilmektedir (Wennberg 1990).

Literatürde tıbbi uygulama değişkenliğine ilişkin yorumların ağırlıklı olarak, bu konuyu 20 yılı aşkın bir süredir inceleyen Wennberg ile gerçekte bir tıp doktoru olmasına karşın tıbbi bakımdaki belirsizliklerin azaltılması yönünde çalışan, ancak yaptığı çalışmalarla bir o kadar da tıp mesleği tarafından kuşkuyla karşılanan David Eddy gibi alanın önde gelen iki ismi tarafından yapıldığı görülmektedir. Yaptığı bir dizi deneysel çalışma sonucunda, hekimin kaynak kullanım davranışını etkileyen en önemli kişisel etmenin gelir olduğunu öne süren Eisenberg'in de konuya katkısının en az bu yazarlar kadar önemli olduğu bilinmektedir (Eckerlund, Hakansson 1989). Bu yazarlar arasında Wennberg, değişkenlik olgusu geleneksel teorilerle yeterince açıklanamayınca, tıbbi uygulamadaki değişkenliğin asıl nedeninin "uygulama biçimi faktörü"ne (practice style factor) bağlı olduğunu öne sürmüştür. Bu görüşe göre, tüketici ya da hasta özellikleri kullanıma ilişkin farklılıkların çoğunu açıklayamadığı için menopozdan tonsilite, prostattan göğüs ağrısına kadar bir çok hastalığın bir hastanede mi yoksa ayakta bakım ortamında mı tedavi edileceğine veya tedavinin şeklinin cerrahi mi yoksa farmakolojik mi olacağına etki eden asıl faktör uygulama stili olarak nitelendirilen faktördür (Wennberg 1984). Eddy

(1984) ve Eisenberg (1985) de Wennberg gibi klinik faktörlerin hastalar için kullanılan kaynakların önemli tahmin edicileri olduğunu öne sürmelerine rağmen, çoğu zaman açıklanan bu değişkenliklerin küçük farklılıkların ötesine geçmediğini, ekonomik ve klinik sonuçlarda rastlanan değişkenlik sorunun temelde bireysel olarak hekimler düzeyinde gerçekleştiğini ifade etmişler ve sağlık hizmetlerindeki düşük verimlilik ve artan maliyetlerden neredeyse tümüyle hekimleri sorumlu tutmuşlardır. Ancak hekimlerin bir karara varırken çalışma ortamı, ödeme yöntemi (Eisenberg, Rosoff 1978), bekleme süresi, gerekli kaynakların doğru zamanda ve yeterince mevcut olup olmaması gibi bir dizi örgütsel faktör (Roos et al. 1990) ile hastaların başvuru anındaki sağlık statüsünden ikincil hastalıkların varlığına, yaştan medeni duruma kadar çeşitli hasta özelliklerinden de etkilendikleri düşünüldüğünde, kaynak kullanımındaki değişkenliğin sadece hekim özellikleri açısından değil, hasta özellikleri açısından da irdelenmesi gerekmektedir. Araştırmacıların önemli bir bölümü belirli tedaviler için hastaların ihtiyaçlarındaki değişkenliğin kaynak kullanımındaki değişkenliğin en önemli nedeni olduğunu öne sürerken (Stefanu et al. 1984), diğer kısmı hastalık şiddetinin kaynak kullanımındaki değişkenliği açıklayan tek faktör olmadığını iddia ederek bu görüşe karşı çıkmışlardır (Hlatkey et al. 1983; McMahan et al. 1989; Myrhe 1991; Poses et al. 1993).

Esasen değişkenlik olgusu bir çok insani uygulamanın doğal bir özelliğidir. Modern endüstrileşmiş toplumlarda bir çok günlük faaliyet genellikle homojen zaman ve yere rağmen homojen olarak sonuçlanmamakta ve diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sistemleri için de kökü oldukça derinlere inen yönetsel bir sorun olarak düşünülmektedir (Andersen, Money 1990). Değişkenlik konusunda, Japon kalite devriminin mimarı olan Deming tüm kötülüklerin temelinde “değişkenlik”in yattığını ve ne pahasına olursa olsun önlenmesi gerektiğini savunurken, Shewart hangi nedenden kaynaklanırsa kaynaklansın azaltılması, mümkünse yok edilmesi gerektiğini söylemektedir (Kavrakoğlu 1998). Nitekim değişkenlik olgusunun sağlık hizmetlerindeki yansımalarına geçildiğinde, benzer özelliklere sahip hastaların farklı biçimde tedavi edilmeleri en azından bazı hastaların kabul edilmiş en iyi bakımı aldığından kuşku duyulmasına neden olduğu için ekonomik kaygılar yanında (Kritchevsky, Simmons 1994; Rethans, Saebu 1997) eşitsizlik sorununu da gündeme taşımaktadır (Andersen, Money 1990).

Andersen ve Mooney’in de (1990) ifade ettiği gibi tıbbi uygulamalarda gözlenen değişkenliklerin iki türünü birbirinden ayırmak son derece önemlidir: meşru olanlar ve olmayanlar. Açıkçası karşılaşılan değişkenliğin bir kısmı

rasyonel olabildiği için değişkenlik konusundaki kaygıların meşru olmayanlara kaydırılması gerekmektedir. Örneğin, eğer bir hastalığı tedavi etmek için çok sayıda alternatif yöntem mevcutsa ve hangi alternatifin daha iyi olduğunu göstermek bilimsel olarak mümkün değilse uygulamadaki değişkenlikler doğal karşılanabilir (Eckerlund, Hakansson 1989). Ayrıca, değişkenlik sorunu araç-gereç arızaları ve personel problemlerinden kaynaklanan operasyonel değişkenliklere bağlı olabileceği gibi, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyindeki farklılıklardan ya da hastaların sağlık durumlarında beklenmeyen gelişmelerin ortaya çıkması gibi nedenlerden de kaynaklanabilir (Kavuncubaşı 2000). Buna göre, tıbbi hizmetlerin kullanımındaki farklılıklar şayet hastalık düzeylerindeki ve hasta beklentilerindeki farklılıklarla açıklanmıyorsa ya gereksiz uygulamalar gerçekleştiren uygulayıcı ya da kurumların varlığından söz edilir ya da en azından gerekli uygulamaların yapılmadığı kanısına varılır (Gerard 1991).

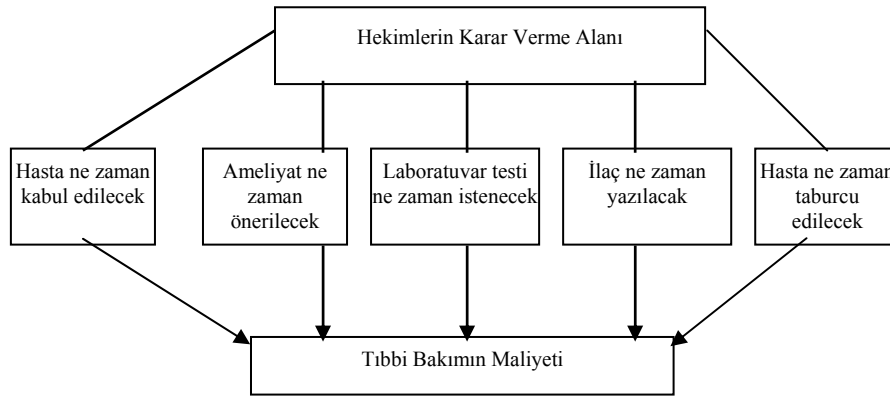
Bu makalede daha çok meşru olmayan tıbbi uygulama farklılıklarının nasıl doğduğu, bunların olumsuz etkilerinin neler olduğu ve bu etkileri gidermek için neler yapılabileceği şeklindeki temel sorular üzerinde durulacaktır. Bu çerçevede önce, tıbbi uygulamalarda değişkenliğin nasıl oluştuğuna bakmak ve konunun felsefi yönünü ortaya koymak açısından profesyonel belirsizlik ve arzın talep yaratması konuları üzerinde durulacaktır. Bunu izleyen bölümde hekimlerin tedavi süreçlerinde üstlendikleri farklı roller dikkate alınarak kullanım davranışlarını kontrol etmek ya da düzenlemek için geliştirilen yönetsel stratejiler tartışılacaktır.

II. KLİNİK UYGULAMALARDA DEĞİŞKENLİK SORUNU

Hastanelerde hekimlerin verimliliğinin ölçümü ve analizi özellikle son yıllarda araştırmacıların, politika belirleyicilerin ve hastane yöneticilerinin ilgisini çeken en temel konulardan birini oluşturmaktadır. İlginin hekimler üzerine yöneltilmesinin ise üç temel nedeni bulunmaktadır. Birincisi, giderek artan hastane maliyetleri sektördeki problemlerin asıl nedenidir ve sağlık sisteminde girdi kararlarının büyük çoğunluğu hekimler tarafından verilmektedir (Eisenberg 1985; Skipper 2000). Gibson ve arkadaşları (1980) ile Wilensky ve Rossiter'e göre (1983) hekimlerin ücretleri sağlık hizmetleri maliyetlerinin sadece %20'sini oluşturmasına rağmen, tıbbi bakım harcamalarının yaklaşık %80'i hekimler tarafından yazılan veya istenen hizmetlerden oluşmaktadır. Bir hastanın kabul edilip edilmeyeceğine, hangi

testlerin gerekli olduğuna, ameliyatın zorunlu olup olmadığına ve ihtiyaç duyulan ilacın ne olduğuna hekimler karar verdiği için sağlık hizmeti talebinin neredeyse tamamına hekimler tarafından yön verilmektedir (Skipper 2000).

İlginin hekimler üzerine yöneltilmesinin ikinci nedeni ise, aynı teşhise sahip hastalar için kullanılan kaynak miktarının aynı hastanede dahi %100'den %2000'e kadar değişkenlik göstermesi gibi durumlarla sıkça karşılaşılmasıdır. Üçüncüsü, hekimler arası kaynak kullanımında gözlenen bu tür değişkenlikler çoğu zaman hastalık şiddeti, hasta özellikleri ya da kurumsal faktörler tarafından yeterince açıklanamadığı için verimsiz ve uygun olmayan hekim kararlarını yansıtmaktadır (Chilingerian 1995).



Şekil 1. Hekimlerin Tedavi Giderleri Üzerindeki Etki Alanı (Omachonu 1991)

Tıbbi uygulamaların büyük bir bölümü hastalığı belirgin olmayan kişiler üzerinde yapıldığı için birbirleriyle ilişkili olarak ortaya çıkan aşağıdaki üç problem bir hastanın gerçekte teşhis ya da tedavi edilme ihtiyacı olup olmadığına karar vermeyi zorlaştırmaktadır. Problemlerden biri normallik ve anormallik arasındaki çizginin açık ve kesin olmaması ile tedavi sonuçlarının çoğu zaman makul ve uygun bir şekilde tahmin edilememesidir. Ancak hastalıkların tanımlanması konusunda açık kriterler var olduğunda ya da tedavi sonuçlarına ilişkin olasılıklar bilindiği zaman dahi hekimler bu kriterlerin uygulanmasında (semptomları sorma, test sonuçlarını yorumlama gibi) önemli

ölçüde değişkenlik gösterebilmektedir. İkincisi, bir çok hastalığın en azından teşhis edildikleri anda açık bir şekilde ağrı, acı ve işgöremezliğe neden olmaması ya da hayatı tehdit ediyor olmamasıdır. Üçüncüsü, tıbbi teknolojideki gelişmelerin belirsizliği daha da artırmasıdır (Eddy 1984).

Özellikle bunlar arasında yer alan biyomedikal bilimlerdeki olağanüstü gelişmeler, yaşadığımız çağın en büyük, belki de en dikkat çekici entelektüel başarısıdır. Ancak insan biyolojisinin ve hastalık mekanizmasının daha fazla anlaşılması yönünde bilimsel alanda yaşanan bu gelişmeler, hasta ve hekimler açısından tedavi teorilerinin daha da karmaşıklaşmasına ve giderek artan belirsizliğe neden olması nedeniyle bir çok durumda bir paradoksa dönüşmektedir (Grossman 1983). Örneğin, son birkaç yılda kalp kasını besleyen arterdeki kan akışının engellenmesiyle neden olunan göğüs ağrısını tedavi etmenin en iyi yolu ile ilgili tıbbi teorilerin hızla değiştiği bilinmektedir. Bazı hekimler ameliyatı önerirken (koroner bypass), diğerleri kalbin arterine bir balon kateterinin yerleştirilmesini (koroner artery angioplasty) uygun görmekte ya da ilaç tedavisini önermektedir (Wennberg 1990). Ya da başka bir örnekte olduğu gibi, bir hekim meme kanserli bir hastası için kanserin büyüklüğünü ve yapısını tespit etmek amacıyla bir görüntüleme işlemine (imaging procedure) başvurma ihtiyacı duyduğunda alternatif seçenekler mamografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, nükleer manyetik görüntüleme gibi değişik görüntüleme biçimlerini içerebilir. Kaldı ki, mamografi üzerinde karar veren bir hekim için bu defa da, xeromamografi ve film mamografi gibi farklı seçenekler arasında karar verme zorunluluğu doğabilmektedir (Eddy 1984).

Bireysel düzeyde tıbbi uygulamalarda değişkenliğin varlığını gösteren örnekler elbette ki bunlarla sınırlı değildir. Sadece 1980'li yıllara ait bir bibliyografyada bu problemi tanımlayan 400'den fazla makalenin olduğundan söz edilmektedir. Yapılan çalışmalar, farklı hekimlere belirli bir hastaya ilişkin aynı klinik bilgi sunulduğunda ya da aynı hastaya ait verileri kısa bir süre sonra tekrar değerlendirmeleri istendiğinde oldukça farklı önerilerde bulduklarını ve kararlarındaki değişkenliğin %40'lara kadar ulaştığını göstermektedir (Eddy 1990). Örneğin, bazı hekimlerin en küçük problemleri tedavi etmek için dahi meslektaşlarından çok daha fazla cerrahi girişimlerde bulunurken, bazılarının ayakta bakım ve tedavi hizmetleri yerine hastane hizmetlerini tercih ettikleri bilinmektedir (Wennberg 1985). Yine aynı şekilde bir hekim ayrıntılı ve özellikli tetkikleri tercih edebilirken, bir başka hekim kısa bir gözlem

periyodunu seçebilmekte veya meslektaşının enjeksiyonu önermesine karşılık ağızdan ilaç tedavisine başvurabilmektedir. Genel durumu anlamak için yakın zamanlarda yapılmış olan çalışmalara daha yakından bakıldığında, bireysel olarak bir hekimin karar verme sürecini; hasta özellikleri, profesyonel belirsizlik, hekimlerin tutum ve yetenekleri ile sigorta kuruluşlarının geri ödeme durumları gibi bir çok faktörün etkilediği göze çarpmaktadır.

Hekimlerin kişisel özellikleriyle hastaneye yatırma ve laboratuvar testlerini kullanmaları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda, farklı uzmanlıklardaki hekimlerin farklı teşhis stratejileri önerdikleri tespit edilirken, uzmanlık alanı yanında hekimin yaşı ile kaynak kullanımı arasında da güçlü bir ilişkinin var olduğuna dikkat çeken çok sayıda araştırmanın olduğu görülmektedir (Freeborn et al. 1972; Burkett 1982; Bennet et al. 1983; Greenwald et al. 1984; Bertakis, Robbins 1989; McLean, Richman 1989; Greenfield et al. 1992; Stuart, Steinwachs 1993; Hayward et al. 1994; Rethans, Saebu 1997).

Bu yönde Smith ve McWhiney (1975) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda aile hekimlerinin iç hastalıkları uzmanlarıyla karşılaştırıldığında daha az laboratuvar testi kullandıkları ve gözlenen değişkenliğin genellikle iki hekim grubunun farklılaşan rol ve fonksiyonlarıyla ilişkili olduğu belirtilirken, Fihn (1995) tarafından yapılan bir çalışmada artan uzmanlaşmanın tıbbi bakım harcamalarında artışla sonuçlandığı öne sürülmektedir.

Uzmanlık alanının hekimlerin tıbbi bakım uygulamaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla Greenwald ve arkadaşları (1984) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, hastalık şiddeti ya da ciddiyeti gibi çeşitli hasta özellikleri de dikkate alındığında hekimlerin uzmanlık alanının hastalar için harcadıkları zaman ve kullandıkları tetkik ve tedavi işlemleriyle pozitif ve anlamlı bir biçimde ilişkili olduğu; aile hekimlerinin hastalarının tedavisinde iç hastalıkları uzmanlarına göre daha az zaman harcadıkları ve daha az laboratuvar testi kullandıkları görülmüştür. Blanc ve arkadaşlarının (1997) astım hastaları üzerinde yaptığı bir başka çalışmada da, göğüs ve allerji uzmanları tarafından tedavi edilen astım hastaları için kullanılan sağlık kaynakları ve tedavi sonuçları incelenmiş, hastalık şiddeti ve diğer özellikler dikkate alındıktan sonra dahi hem klinik uygulamanın hem de sağlık sonuçlarının uzmanlık grubuna göre değişeceği varsayılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, hastalık şiddeti ve diğer klinik özellikler dikkate alındığında, allerji uzmanları tarafından bakım verilen vakaların göğüs

uzmanlarından bakım alanlara göre neredeyse 3 kat daha fazla solunum fonksiyon testi ve inhale steroid kullandıkları, buna karşılık allerji uzmanları tarafından tedavi edilen hastaların daha düşük yaşam kalitesi ifade ettikleri ve klinik uygulama ve sonuçlarda karşılaşılan bu tür farklılıkların bir bölümünün hekimlerin uzmanlık alanlarıyla ilişkili olduğu tanımlanmıştır.

Kaynak kullanım göstergesi olarak yatış süresinin incelendiği ve Westert ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada ise, yatış süresindeki farklılıkların hekimlerin tıbbi uygulamalarındaki farklılıklardan mı, yoksa çalışma ortamıyla ilgili sistematik farklılıklardan mı kaynaklandığı araştırılmış ve en büyük değişkenliğin hekimlerden kaynaklandığı varsayılırken, alternatif hipotez olarak hekimler arası değişkenliğin çalışma ortamındaki sistematik farklılıklarla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Toplam beş hastanedeki 23 hekim üzerinde yapılan bu çalışma sonucunda, bireysel olarak hekimlerin meslektaşları tarafından eleştirilmemek için aynı hastane içindeki geleneksel uygulamaları kabul etme eğilimi gösterdikleri, bu nedenle hastane içindeki hekimler arasında küçük ve anlamsız değişkenliklere rastlanırken hastaneler arasındaki değişkenliğin daha fazla olduğu görülmüştür. Cherkin ve arkadaşları (1987) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise yaş, cinsiyet, ırk, sigortalılık durumu, fonksiyonel statü ve son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı gibi hastaya ait özellikler ile ödeme sistemi ve çalışma ortamı (tek ya da grup hekimlik uygulaması gibi) gibi hekim özellikleri dikkate alındıktan sonra hekimlerin uzmanlık alanı ile kaynak kullanımı arasındaki (en sık kullanılan 15 test ile hasta başına harcanan hekim saati) ilişki üzerinde durulmuştur. Yapılan değerlendirmeler sonucunda iç hastalıkları uzmanlarının hipertansiyon hastaları için istedikleri test giderlerinin aile hekimlerinden iki kat daha fazla olduğu, aynı şekilde hasta başına harcanan hekim saati açısından da iç hastalıkları uzmanlarının hastalarına %25 daha fazla zaman ayırdığı bulunmuş, ancak kaynak yoğun uygulamaları olan bu hekimlerin hastaları için daha iyi bakım sonuçlarına neden olup olmadıkları (gelişmiş sağlık statüsü ya da hasta tatmini gibi) değerlendirilmediği için fazla kaynak kullanan hekimleri verimsiz olarak tanımlamanın doğru olmayacağı belirtilmiştir. Feinglass ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan çalışmada da aralarında astım hastalarının da olduğu 12 farklı teşhis grubundaki hastalar için kullanılan hastane kaynakları değerlendirilmiş ve hastalık şiddetinin kaynak kullanımını etkileyen en önemli değişken olduğu, buna karşılık hastaların yaşı, cinsiyeti, ırkı gibi demografik özelliklerin kaynak kullanımının genellikle anlamlı bir belirleyicisi olmadığı bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda ayrıca hekimlerin kendi çıkarlarını maksimize etme isteklerinin de önemli bir değişkenlik nedeni oluşturduğu öne sürülmektedir. Gelirin tıbbi uygulama biçimini etkileyip etkilemediği konusunda yapılan çalışmalar hekimlerin gelir kaybını önlemek için ameliyat ve laboratuvar testleri gibi hizmetleri daha fazla kullandıklarını göstermiştir. Örneğin, finansal özendiricilerin önemi üzerinde duran ve Hillman ve arkadaşları (1989) tarafından yapılan bir çalışmada hekim ödeme yöntemleri arasında kişi başına ödeme sistemi ile maaş sistemi altında çalışan hekimlerin hizmet başı ödeme sistemi altında çalışan hekimlere göre hastalarını hastaneye daha az yatırdıkları ve bir takım finansal risk ya da cezalarla karşılaştırılacakları korkusuyla daha az test kullandıkları görülmüştür. Hlatkey ve arkadaşları (1983) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise ön ödeme planı altında çalışan hekimlerin hizmet başı ödeme programı altında çalışan hekimlere göre laboratuvar testlerini ve tedavi işlemlerini istemede çok daha maliyet etkili davrandıkları ve ödeme sisteminin hekimlerin kaynak kullanım davranışını önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Yine, Rice (1983), Elpstein ve arkadaşları (1986) ile Greenfield ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmalarda da hizmet başı ödeme sistemlerinde çalışan hekimlerin ön ödeme sistemlerinde çalışan hekimlere göre aşırı tetkik isteme ve gelirlerini artırma davranışı gösterdikleri bulunmuş, ancak bu iki sistemin sağlık sonuçlarının farklı olup olmadığı üzerinde duran çok az çalışmanın bulunduğu belirtilmiştir. Yelin ve arkadaşları (1986) tarafından bu yönde yapılan çalışmada ise, önceden yapılan sabit bir ödeme sisteminin hizmet başı ödeme sistemine göre maliyetlerinin %10-40 daha düşük olduğu, benzer hastalık şiddetine sahip bu iki grubun sağlık sonuçlarının benzer olduğu (semptom düzeyi, fonksiyonellik ve işgoremezlik açısından) görülmüştür. Ancak, tıbbi karar verme süreci üzerinde gelir elde etmenin etkisiyle ilgili olarak ulaşılan bu sonuçlara rağmen, salt ekonomik deterministik bir modelin fazlasıyla indirgemeci bir model olduğu öne sürülmektedir (Eisenberg 1985).

Batı dünyasında verimliliği sağlamak amacıyla yürütölen bu tür çalışmalara, Türk Sağlık Sistemi'nde ise yeterli ilginin gösterilmediği bilinmektedir. Şahin ve arkadaşları (2003) tarafından kronik ve maliyetli bir hastalık olan astım hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların tedavi ve izleminde kullanılan tıbbi tetkik giderlerinin özel ve normal poliklinik uygulamasına göre değişip değişmediği değerlendirilmiştir. Hastaların cinsiyet, yaş, tedavi süresi, tedaviye gösterdikleri uyum ve hastalık şiddeti parametreleri açısından

karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmasına karşın, özel poliklinik hastalarının hasta başına ortalama tetkik giderlerinin 24,1\$ daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin uzmanlık alanlarının kaynak kullanım davranışları üzerindeki etkileri incelendiğinde ise, allerji uzmanlarının göğüs ve iç hastalıkları uzmanlarına göre hastaları için daha fazla tetkik istedikleri bulunmuştur (Şahin 2002).

Bütün bu örneklerden sonra akla gelen temel soru şudur: hastalıkların tedavisinde bu tür farklılıklar niçin oluşmaktadır? Ya da klinisyenler karşılaştırılabilir olarak görülen hastaları tedavi ettiklerinde niçin farklı şeyler yapmaktadır? Tedavi kararlarını vermenin çok farklı yolları ve klinisyenlerin karar verme sürecini etkileyen çok sayıda farklı faktör bulunmaktadır. Olası faktörlerden bazıları aşağıdaki gibidir:

- Hekimlerin uygulanacak tedavinin yararına ve beklenmedik olumsuz sonuçlarına ilişkin tahmini,
- Hekim ve/veya hasta tarafından bu sonuçlara verilen değerler,
- Hekim ve/veya hastanın riske karşı tutumu,
- Hekimin karar verme sürecindeki otonomi düzeyi, meslektaşlarından ve hastalarından bilgi alıp-verme konusundaki istekliliği,
- Hastane (yatak, hekim zamanı gibi) ve hatta toplum düzeyinde (hastanın aile kaynakları gibi) imkanların varlığı ve maliyeti,
- Hekime yönelik mevcut ödül sisteminin yapısı (Andersen, Money 1990).

Elbette hekimin karar verme sürecini etkileyen faktörler bunlarla sınırlı değildir. Bunların hiçbiri tıbbi karar verme sürecini açıklamak için tek başına yeterli olmamakla birlikte, alana ilişkin bilinmeyenlerin yaklaşık 20 yıllık bir süredir hekim davranışı üzerinde yoğunlaşan araştırmalarla kısmen açığa çıkarılmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Burada üzerinde durulmak istenen nokta, karar verme sürecinin ne kadar zor ve karmaşık olduğunu göstermek ve değişkenliğin sadece hastayla ilgili bireysel özelliklerden değil, aynı zamanda üretim sürecinin kendi doğasından ve çok daha önemlisi, hekimlerin bireysel özelliklerinden de kaynaklandığını vurgulamaktır (McGuire 1990). Sağlık hizmetlerinde klinik girdiler ile çıktılar arasındaki matematiksel ilişki açık olmadığından, öncelikle bu ilişkinin doğasına karar verilebilmesi ve klinik kaynakların verimsiz kullanımıyla ilişkili anahtar faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Maalesef mevcut araştırmaların çoğu hekimlerin kaynak

kullanımını yönetsel bir bakış açısından çok, hastaneye yatış ve ameliyat hızlarının değerlendirilmesinde olduğu gibi epidemiyolojik bir bakış açısıyla (küçük alan varyasyonları) ölçmektedir. Ayrıca, literatürde klinik verimliliğin ölçümü ve tanımlanmasıyla ilgili önemli başka zorluklar da bulunmaktadır. Örneğin, hekim verimliliğinin ölçülmesindeki tartışmalı konulardan bir diğeri de kaynak kullanımı açısından verimli olarak değerlendirilebilecek hekimlerin aynı ölçüde kaliteli sonuçlar sağlayıp sağlamadıkları ve hizmet verdikleri hastaların hastalık şiddetinin benzer olup olmadığıdır (Chilingerian 1995).

III. PROFESYONEL BELİRSİZLİK VE ARZIN TALEP YARATMASI PROBLEMİ

Ekonominin diğer sektörlerinde girdilerin çıktılara dönüşümü nispeten daha belirgin iken, sağlık hizmetleri sektöründe bu dönüşüm sürecinin tanımlanabilir veya anlaşılır olduğundan söz etmek mümkün değildir (McGuire 1990). Çoğu zaman, en iyi tedaviyi oluşturan şeyin ne olduğu konusunda uzlaşmadan çok görüş ayrılıkları bulunduğu için (Wennberg 1985) belirli bir tıbbi problem çok farklı şekillerde tedavi edilebilmekte ve üretim sürecinin verimliliği büyük ölçüde hizmet sunucuların bireysel özelliklerinin bir fonksiyonu olarak sonuçlanmaktadır (Eddy 1984; McPherson 1990; Krakauer et al. 1995). Bu noktada, sağlık hizmetleriyle ilgili piyasa başarısızlıklarının dikkate alınması gerekmektedir.

Her hangi bir piyasada “rasyonel tüketici tercihi”nin geçerli olabilmesi için tüketicilerin her şeyden önce: (1) ne istediklerini, (2) istediklerine ulaşmak için çeşitli mal ve hizmetlerin etkililiğini ve (3) mal ya da hizmetlerin hangi fiyatla elde edilebileceğini bilmeleri gerekmektedir (McGuire 1990). Konu, hasta-hekim ilişkisi açısından ele alındığında piyasa koşullarındaki arz-talep ilişkisinin sağlık hizmetlerinde hasta aleyhine bozulduğu, bu sonucu hazırlayan temel faktörün ise hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisi olduğu ortaya çıkmaktadır. Bilgi asimetrisi arz ile talep arasındaki bilgi farklılığını açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Bilindiği üzere bir çok hastalığın teşhisi ve tedavisinde yapılması gerekenler konusunda bilgi sahibi olan çok az hasta bulunmaktadır (Mooney, Ryan 1993; Ryan 1994). Bireysel olarak hastalar kendileri için neyin iyi, neyin kötü olduğunu bilmediklerinden olası en iyi tedavinin hastaya sunulması süreci önemli ölçüde güvene dayanmaktadır (McGuire 1990). Sağlık hizmetleri piyasasında tüketiciler isteklerini tanımlama ve ihtiyaçlarının ne anlama geldiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları

için mimarlık ya da hukuk vb. gibi alanlarda profesyonel yardım arayan müşterilere göre daha pasif rol üstlenmektedirler. Tüketici bilgisizliği ve sağlık hizmetinin mal olma özelliğinin arz tarafını egemen konuma taşıdığı konusunda birleşen çok sayıdaki gözlemciden biri olan Weisbrod bu durumu aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: (McGuire 1990).

“Bir alıcının bilmek istediği şey, mal olarak düşünülen şeyin varlığı ve yokluğunda iyilik durumu arasındaki farktır. Sıradan mallar için alıcı eğer mal elde edilmezse durumun ne olacağını değerlendirmede çok az zorlukla karşılaşır. Ancak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı için durum öyle değildir. Sağlık hizmeti açısından önemli olan nokta sadece satın almadan önce müşterinin kaliteye karar vermesinin zor olması değil (kullanılmış araba örneğinde olduğu gibi), aynı zamanda satın aldıktan sonra dahi zor olmasıdır.”

Sağlık hizmetleri piyasasında, tüketicilerin bilgisizliğine karşı tıp mesleğinin tüketimi tanımlamak ve yön vermek için gerekli olan bilgi üzerinde monopolisi bulunmaktadır. Mesleğin dışındakiler iyi bir uygulamanın teknik yönlerini oluşturan unsurları yeterince bilmedikleri için mesleğe ilişkin düzenlemelerin profesyonellere bırakılmasının daha iyi olacağı varsayılmaktadır (McGuire 1990; Mooney, Andersen 1990). Bu nedenle bir çok ekonomist, hasta ve hekim arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı tüketici egemenliğinin sağlık hizmetleri piyasasına uygulanamayacağını ve hasta-hekim ilişkisinin genellikle “aracı teori” (agency theory) ile modelleştirilebileceğini öne sürmektedir.

Aracı teori kavramı sağlık ekonomisinde yaygın bir şekilde kabul edilmiş olmasına karşılık, teorinin rolü konusunda henüz bir uzlaşmaya varılmış değildir. Aracı teori, her ikisi de kendi bağımsız yarar fonksiyonunu maksimize etmeye çalışan ve biri temsil eden (bilgili kişi) diğeri temsil edilen (bilgi sahibi olmayan) olmak üzere iki kişi tarafından karakterize edilen bir ilişkidir (Eisenhardt 1989; Mooney, Ryan 1993). Aracı teori mantığına göre, hasta hekimi ajan olarak tayin etmekte, hekim de hastası adına hizmetin kalite ve kantitesini belirlemektedir. Yani hekim bir taraftan arz tarafını oluştururken aynı zamanda hastanın ajanı olarak talebi de temsil ettiğinden (Wennberg et al. 1982; McGuire 1990) serbest piyasa koşullarındaki gibi sağlıklı bir arz-talep dengesine ulaşamamaktadır (Labelle et al. 1994). Hekimin talep üzerinde aşırı inisiyatifte sahip olması ekonomik çıkarının etkisi altında kalarak gereksiz talep

yaratmasıyla sonuçlanabilmektedir (Eisenhardt 1989). Arzın talep yaratması olarak da tanımlanan bu teori, hekimlerin kendi hizmetleri için kolayca talep yaratabilecekleri ve talebi kontrol altında tutabilecekleri düşüncesine dayanmaktadır (Labelle et al. 1994).

Aracı teori sağlık ekonomisi içinde geniş bir şekilde kabul görürken teorinin rolü, nasıl işlediği konusunda bazı eksiklikler görülmektedir. Teoriye göre aracı ilişkisi; mükemmel aracı ilişkisi ve kusurlu aracı ilişkisi olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Mooney ve Ryan'ın (1993) belirttiğine göre mükemmel aracı ilişki hekimin hastayı tamamen bilgilendirdiği, hastanın da karar verme sürecine katıldığına görülen bir ilişkidir ve ideal bir ilişkide temsil edenin bilgi asimetrisini kendi çıkarı için kullanması söz konusu değildir. Mooney ve Ryan gerçekte ise, hekim ve hasta rolünün karşılıklı olarak yer değiştirdiğine dikkat çekerek hastanın rolünün hekimin bir karara varması için ihtiyaç duyduğu tüm bilgiyi ona vermek ve sonuçta varılan karara uymakla sınırlı olduğunu, bu nedenle tıbbi bakımda bilinen aracı rolden önemli ölçüde sapma meydana gelerek kusurlu aracı ilişkinin ortaya çıktığını öne sürmektedir (Money, Ryan 1993). Yazarlara göre kusurlu aracı ilişkinin en tipik yansıması, hastanın gereksiz sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi gibi durumları tanımlayan ahlaki sapmalardır. Tıpkı Mooney ve Ryan gibi Wennberg ve arkadaşları da (1982) bu konuya ilişkin olarak öne sürdüğü görüşlerinde mükemmel aracı ilişkinin varsayımlarının uygulamada var olamayacağını, en azından mevcut ortamda rasyonel bir tıbbi piyasaya ulaşamayacağını iddia etmektedir. Bu yazarlara göre, rasyonel tıbbi piyasaya ulaşmanın ve uygun tedaviyi önermenin önündeki temel problem ise, profesyonel belirsizlik olarak da tanımlanan hekimler arası görüşlerdeki belirsizliklerdir. Profesyonel fikir ayrılıkları klinik karar verme sürecine özgü bir özelliktir ve literatürde profesyonel belirsizliğin hastalıkların teşhis ve tedavi maliyetlerindeki değişkenliğe katkıda bulunan temel bir faktör olduğuna işaret eden çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Hekimlerin, sadece hastalarının arzuladıkları sonuçları maksimize etmeye çalışan birer aracı olduğu şeklindeki etkileyici mitolojiye rağmen, onların sahip oldukları mesleki bilgiyle kendi çıkarlarına hizmet etmelerini önlemek ve çok daha önemlisi toplumsal refahın veya iyiliğin optimize edilmesini sağlamak için mesleki kurallar ve eşitlerin tutumları gibi bir takım piyasa dışı faktörlerin devreye sokulması gerekmektedir (Wennberg et al. 1982). Buna örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde üçüncü taraf ödeyici sistemler tarafından

ekonomik endişeler nedeniyle tıbbi etiğin baskın olması yönünde bir takım önlemlerin alınmaya çalışılması (McGuire 1990) ya da bazı düzenleyici mekanizmaların oluşturulması çabaları gösterilebilir (Eisenberg, Rosoff 1978; Wennberg et al. 1982).

IV. DEĞİŞKENLİK SORUNUYLA BAŞA ÇIKMANIN YOLLARI: YÖNETSEL STRATEJİLER

Tarihsel olarak toplumlar bir çok sorumluluğu tıp mesleğine bırakmış ve sonuç olarak modern sağlık hizmetlerinin bugünkü yapısı ortaya çıkmıştır. Mooney ve Andersen'in de (1990) ifade ettiği gibi "aslında hekimlerin farklı şeyleri yapması, en azından toplumların onlara farklı şeyleri yapmaya izin vermesinin bir fonksiyonu" olarak görülebilir.

Hekimlerin tıbbi uygulama biçimleri tıbbi bakım örgütlerinin verimliliği üzerinde doğrudan ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu için, sağlık yöneticilerinin olası en iyi koşul ya da koşulları geliştirebilmeleri hekim davranışlarını düzenleme yönünde bir takım stratejilere sahip olmalarını gerektirmektedir (O'Connor 1993). Ancak burada vurgulanmak istenen şey tıbbi uygulamadaki tüm değişkenlikleri ortadan kaldırmak değil, daha çok arz faktörlerinin etkisini yansıtan ya da hastaların değer, ihtiyaç veya isteklerinden çok hekimlerin kendi çıkarlarını temsil eden değişkenlikleri azaltmak şeklinde ifade edilebilir (Eddy 1984; Wennberg 1985; Lomas 1990).

Belirsizliği bütünüyle ortadan kaldırmak mümkün olmamakla birlikte miktarının ve neden olduğu zararın minimize edilmesi söz konusu olabilir (Eddy 1984). Wennberg (1984) değişkenlik olgusuyla başa çıkmak için üç bölümden oluşan bir plan önermiştir. Önerilen plan, problemleri gidermede temelde merkezi yönetimlerin atabileceği adımlar üzerinde durmaktadır. Bu adımlardan biri performansın izlenmesidir. Bu, yerel düzeydeki tıbbi uygulamaların daha yakından izlenmesi için hizmetlerin kişi başına kullanımı ve onların sonuçlarını içeren raporların oluşturulmasını içermektedir. Planın ikinci adımı, marjinal olarak etkili veya gereksiz hastane yatışı başta olmak üzere kullanımın azaltılmasına ilişkin stratejilerin geliştirilmesine yöneliktir. Bu noktada akla gelen ilk soru, uygulamadaki hekimlerin bu çalışmalara katılıp katılmayacaklarıdır. Belki de bu sorudan çok daha önemlisi hekimlerin bu tür çabalara rutin olarak katılmasını sağlamak için ne yapılabilir sorusudur. Klinik karar verme ve tıbbi bakım sonuçlarını iyileştirme problemleriyle başa çıkmak

için klinik epidemiyoloji, biyoistatistik ve klinik karar analizleri gibi kantitatif disiplinlere tıp okullarında yer verilmesi bu yönde atılacak adımlar arasında düşünülebilir. Bu girişimin, tıp öğrencilerine bilinçli ve maliyet-etkili uygulamalarda bulunmak için ihtiyaç duyacakları analitik araçları sağlama konusunda önemli katkılar sağlayacağı öne sürülmektedir. Planın üçüncü bölümü ise alternatif müdahaleler arasından daha iyi sonuçlar sağlayanın belirlenmesiyle ilgili olup maliyet-etkililik ve maliyet-fayda analizleriyle ilgili atıflar içermektedir (Wennberg 1985).

Atılacak somut adımlardan bir diğeri de tıbbi uygulamaları analiz etmek üzere daha fazla araştırmanın yapılması (Eddy 1984) veya hekimlerin uygulama biçimlerindeki farklılıklardan dolayı ekonomik riskle karşı karşıya bırakılması olabilir (Eisenberg, Rosoff 1978; Evans 1990). Diğer yandan hastaların soru sorarak süreci zorlamasının da -örneğin bir işlem ya da tedavi önerildiğinde niçinin, neye ulaşılacağına, hangi olasılıkla olacağına ya da yapılmasının neyi fark ettireceğinin sorulması gibi- hekim davranışının rasyonalize edilmesi üzerinde pozitif katkıları olabilir (Eddy 1984). Günümüzde, genel anlamda kamunun buna hazır olup olmadığı ve gerçekte ne düşündüğü açık olmamakla birlikte yakın gelecekte daha bilinçli medyanın da desteğiyle gereksiz ve uygun olmayan tedaviler ile tıbbi uygulamalardaki değişkenliklerin bir kamu tartışması olacağı beklenmektedir. Özellikle bugün batı dünyasında sorgulamaya alışık, otorite karşıtı, iyi eğitilmiş kişi sayısında çok ciddi artışların yaşanmakta olması yakın gelecekte hekimlerin önerdikleri tedaviler hakkında geçmişte olduklarından çok daha dikkatli olmaları ve bugün olduğu gibi sınırsız egemenlik hakkına sahip olmayacakları anlamına gelmektedir (Vestergaard 1990).

Sunulan bakım hastanın durumuyla açıklanmadığında ne yapılmalıdır? Önerilen tekniklerin her birinin tek başına başarılı olduğunu gösteren çeşitli deneysel çalışmaların varlığı bilinmekle birlikte, kombinasyonlarının çok daha başarılı olacağı iddia edilmektedir (Eisenberg 1985; Greco, Eisenberg 1993). Aşağıda hekimlerin uygulama biçimlerini değiştirmek ve böylece hekim yönlü maliyetleri kontrol etmek amacıyla oluşturulmuş yönetsel tekniklerden başlıcalarına daha geniş yer verilmektedir.

4.1. Hekim Uygulamalarının İzlenmesi

Hekimlerin uygulama biçimlerinin izlenmesiyle ilgili en kritik soru “izlemeyi kimin yapması gerektiği” sorusudur. Her hastanede uygulama biçimi normlarına karar vermede özellikle belirli hekimlerin etkileyici oldukları, statüleri ve etki alanları gereği tıbbi uygulamalarda çoğu zaman eğitici rol üstlendikleri bilinmektedir. Bunlar için mutlaka hastanede yüksek pozisyonlara sahip olmak gerekli değildir ve geniş ölçüde meslektaşları tarafından saygı ve takdir gören kimseler oldukları için değişimi kolayca gerçekleştirebilecekleri varsayılmaktadır (Omachonu 1991; O'Connor 1993). Örneğin, Wennberg ve Gittelsohn (1982) ile Flood ve arkadaşları (1982) tarafından yapılan çalışmalarda klinik liderlerin ameliyat uygulama biçimlerini belirlemede güçlü bir etki alanına sahip oldukları ifade edilmiş, ayrıca bu etkiye Rhee ve arkadaşlarının (1980) hastane yatışı ve yatış süresi üzerinde yaptıkları çalışmada da ulaşıldığı görülmüştür.

4.2. Maliyet Eğitimi

Alışılmışın dışında tıbbi uygulamaları olan ve sapma gösteren hekimlerin yaygın olarak kabul edilmiş uygulamalar yönünde ikna edilebilmeleri için kullanılabilir en etkili araçlardan biri de eğitsel çabalardır.

Değişim konusunda hekimleri eğitmek ve yönlendirmek için hastanelerin kaynak kullanım verilerini ve bunların finansal sonuçlarını hekimlerle paylaşması zorunludur. Dresnick ve arkadaşları (1979) tarafından yapılan bir çalışmada genellikle hekimlerin istedikleri tetkiklerin ekonomik sonuçları hakkında bilgi sahibi olmadığı ve kendilerine sunulan maliyet bilgisiyle laboratuvar test giderlerinde yaklaşık %25 tasarruf sağlanabileceği, bu nedenle tıp fakültelerinin eğitim programlarının test ve tedavi işlemlerinin maliyetiyle ilgili bilinç kazandıracak bilgilerle de desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Davidoff ve arkadaşları (1989) tarafından bir üniversite hastanesinde uzmanlık eğitimlerinin birinci yılında olan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ise maliyet- etkililik konusunda verilen derslerin hekimlerin istedikleri tetkiklerin sayısında düşüşe neden olduğu, aynı şekilde Gama ve arkadaşları (1992) tarafından ayakta ve yatan hastalar üzerinde yapılan ve tüm laboratuvar tetkiklerini kapsayan bir çalışmada da hekimlere kullandıkları laboratuvar hizmetlerinin maliyeti ile ilgili karşılaştırmalı veriler sunulduğunda 12 aylık bir hizmet dönemi açısından istenen testlerde ve tedavi giderlerinde ciddi bir düşüşün yaşandığı bulunmuştur. Bareford ve Hayling (1990)

tarafından yapılan bir başka çalışmada da hekimlere kullandıkları laboratuvar tetkiklerinin sayısı ve maliyeti hakkında raporlar verilmiş ve 17 aylık bir dönem boyunca istedikleri tetkik miktarında düşüş olduğu görülmüştür.

Hekimlerin tıbbi uygulamalarını etkilemek için maliyet eğitimi dışında başvurulan diğer bir eğitsel yaklaşım da klinik uygulama rehberleridir. Bu tür rehberlerle başta hekimler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerini hastalıkların teşhisi ve yönetimiyle ilgili optimal stratejiler hakkında bilgilendirmek amaçlandığı için temelde eğitsel yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Ancak, uygulamada bazı rehberlerin henüz yazılı hale getirilmemesi ya da hekimlerin yazılı hale getirilmiş rehberleri kabul etmeyip daha çok kendi deneyimlerine ya da meslektaşlarının önerilerine güvenmeyi tercih etmeleri nedeniyle hekim davranışını etkilemede gözle görülebilir bir başarıya ulaşamamıştır (Greco, Eisenberg 1993). Aslında ideal ve istenir olan durum, tıbbi personelin uygulama biçimlerini değiştirmeyi kendisinin istemesidir. Eğer hekimler değişimin gerekli olduğu konusunda ikna edilirse değişim daha kolay başarılabilir. Aksi halde değişim hekimlerle profesyonel yöneticiler arasında bir çatışma kaynağı olabilir. İşbirliğini oluşturma ve geliştirilen rehberlerin benimsetilmesi konusunda saygın hekimlerin desteği elde edilirse diğer hekimlerin değişim için daha istekli olmaları sağlanabilir (Eisenberg 1985; Omachonu 1991; Greco, Eisenberg 1993).

4.3. Geribildirim

Eğitim programlarının hekimlerin kaynak kullanım davranışları üzerinde etkili oldukları bilinmekle birlikte, bu tür programların etkililiğinin başka yaklaşımlara yer verilmesiyle daha da artacağı kabul edilmektedir. Bu konuda en sık başvurulan yöntemlerden biri de hekimlere kendi kullanım biçimleri hakkında geribildirim sağlamaktır. Bir maliyet kısıma programının başarılı olması için, hekimlerin kaynak kullanım davranışlarının sağlık hizmeti maliyetlerini nasıl etkilediği üzerinde duran düzenli geribildirimlerden de yararlanılması gerekmektedir. Geribildirim, hekimlere tıbbi uygulamalarını düzeltme ya da düzenlemenin yanı sıra bakım kalitesini artırma konusunda da önemli fırsatlar sunabilmektedir (Grossman 1983).

Başarılı klinik sonuçlar elde etmek için mevcut performans, eşitlerin performansıyla, istatistiksel standartlarla, açık ve kapalı kriterlerle karşılaştırılabilir. Ancak geribildirim formal bir biçimde sağlandığı zaman sık

sık tehdit edici olduğu düşünülmektedir. Geribildirim tıp mesleğinin saygın bir üyesi tarafından yüz-yüze sağlandığı, hekim için bireyselleştirildiği ve mevcut ya da en azından son verileri temsil ettiği zaman çok daha başarılı olabilmektedir. Bu nedenle eğer mümkünse, geri bildirimler kompüterize edilmeli ve tıbbi personelin saygın üyeleri ile yapılacak yüz yüze görüşmelerle desteklenmelidir. Bugün, özellikle Birleşik Devletler’de bazı hastanelerde hekimlerin kaynak tüketimiyle ilgili maliyet verilerine hızlı ve kolay ulaşmasını sağlamak amacıyla bilgisayar terminalerinden yararlanıldığı, gerçek yatış süresi ile önerilmiş yatış süresine ait karşılaştırmaların düzenli raporlar şeklinde kendilerine iletildiği bilinmektedir (Omachonu 1991).

4.4. Katılım

Hekim uygulama biçimlerine müdahale etmede kullanılan diğer bir yönetsel strateji hekimleri yönetsel kararlara ortak etmek şeklinde özetlenebilir (Omachonu 1991). Yönetim teorileri, görevlerin belirsiz olduğu ya da sorumluluğun desantralize olduğu durumlarda davranışı değiştirmenin en etkili yolunun görevleri yerine getiren bireylerin katılımı ile olacağını öne sürmektedir (Eisenberg 1985). Pineault (1977) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin maliyet kısımayla ilgili yönetsel roller üstlendiklerinde laboratuvar testlerinin maliyetinin azaldığı ifade edilmiş ve aktif katılımın ayrıca bakım kalitesini geliştirdiği de görülmüştür.

Spiegel ve arkadaşları (1989) tarafından yapılan bir diğer çalışmada hekimlerin belirli tetkikleri istemesi ile ilgili olarak açık kriter geliştirme faaliyetlerine katılımları sağlandığında tetkik isteme davranışlarının değiştiği ve daha az sayıda laboratuvar testi istedikleri bulunurken, Thompson ve arkadaşları (1983) tarafından yapılan başka bir çalışmada da rutin ve tam kan tetkikleri için kriter geliştirme çalışmalarına bir hekim grubunun katılımı sağlanmış ve istenen tetkiklerde 5 katlık bir düşüş yaşandığı görülmüştür.

Gerek değişim teorileri gerekse bu konudaki ampirik bulgular, maliyet kısıma çabalarının hekimlerin katılımı ve desteği olmaksızın pratik yararının olmayacağına, aksine uygulanan stratejilerin hekimler tarafından otonomilerine ya da karar verme güçlerine karşı bir müdahale olarak algılanabileceğine dikkat çekmektedir (O’Connor 1993). Bu nedenle Heyssel ve arkadaşlarının (1984) da ifade ettiği gibi daha maliyet-etkili tıbbi bakım sunmak için; hekimlerin maliyet kısıma programlarına katılımlarının desteklenmesi ve hastane yönetimleri ile

ortak hareket etmelerinin sağlanması gerekmektedir. Hekimlerin tıbbi uygulamalarını değiştirmeye yönelik yaklaşımlara katkı vermelerini sağlamak için ise, tıbbi uygulamalara yön verecek standartların oluşturulmasında onlara önemli sorumluluklar vermek ya da endüstriyel kalite yönetim tekniklerinin sağlık hizmetlerine uygulanması ile ilgili çabalara onları ortak etmek gibi stratejiler kullanılabilir. Literatüre göre sürekli kalite iyileştirme çabaları maliyetten çok genellikle bakım kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde odaklandığı için, hekimler için çok daha etkileyici olabilmektedir. Ancak, hekimlerin bu tür programlara katılımının sağlanabilmesi için uygulanacak programın asıl amacının maliyetleri azaltmak yerine tedavi sonuçlarının geliştirilmesi olduğu özellikle vurgulanmalıdır (Greco, Eisenberg 1993).

4.5. Yönetmel Kurallar

Hekimlerin kaynak kullanım davranışını değiştirmenin diğer bir yolu mevcut alternatiflerin sınırlandırılmasından geçmektedir (Grossman 1983). Yönetmel kurallar hekimlerin hangi hizmetleri yazabileceğini veya önerebileceğini dikte ettiği zaman, hekimleri eğitmek ya da onlara geribildirim sağlamak gereksiz görülebilir. Görünürde otokratik bir uygulama olmasına rağmen, bazı hastaneler hekim uygulama biçimlerini kontrol etmek için yönetmel kuralları kullanmaya çalışmaktadırlar. Bu yaklaşım genellikle uygulama biçimlerini kontrol etmede en iyi yol değildir, ancak bazen kaçınılmaz olarak ihtiyaç duyulabilir. Tıbbi karar verme sürecini etkileyen yönetmel kuralların en tipik örneği hastane ilaç listelerinden bazı ilaçların çıkarılmasıdır. Örneğin bir hastanenin ilaç komitesi, maliyet nedeniyle mevcut ilaç ya da ilaç markalarını sınırladığı zaman hekimler yeni sınırlar içerisinde reçete yazmak zorunda kalacaklardır (Omachonu 1991).

Yönetmel kurallar sadece hastane yönetimleri tarafından değil, üçüncü taraf ödeyiciler (sigorta şirketleri) tarafından da oluşturulabilir. Bazı üçüncü taraf ödeyicilerin belirli ameliyatlara için bunun gerekliliği konusunda ikinci bir görüşe başvurmayı zorunlu kılması buna örnek olarak verilebilir. İkinci bir görüşe başvurmanın maliyetine rağmen özellikle pahalı ameliyatlarda çok ciddi tasarruflar sağladığı öne sürülmektedir. Ancak, yönetmel kuralların oluşturulmasının beklenen aksine bir sonuç verebileceği de belirtilmektedir. Eğer hekimler yönetmel kuralların etkililiği konusunda ikna edilmezlerse, başka hizmetler sunma yoluna giderek sınırlandırılmış hizmetler stratejisine direnç gösterebilir (Eisenberg 1985).

4.6. Finansal Özendiriciler

Tıbbi hizmetlerin kullanımını değiştirmek için eğitim, geribildirim ve katılım gibi stratejilere yer vermenin optimal uygulamaların sağlanması yönünde hekimleri isteklendireceği öne sürülmekle birlikte (Grossman 1983), hekimlerin tıbbi uygulamalarını değiştirecek asıl programların onların ekonomik ihtiyaç ve istekleriyle çok daha yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu yönde yapılan deneysel bir programda Pennsylvania'daki küçük bir hekim grubuna ileriye yönelik sabit bir ödeme önerisinde bulunulmuş ve programdan elde edilecek tasarrufların hizmet sunucular arasında paylaşılması öngörülmüştür. Yapılan değerlendirmeler sonucunda programın hastane maliyetlerinde küçük (%3) ancak istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu görülerek, ileriye yönelik ödeme sistemi altında uygulanacak finansal özendiricilerin hekimlerin kaynak kullanımının azaltılması yönünde atılacak önemli adımlardan biri olduğu öne sürülmüştür (Eisenberg 1985).

4.7. Kontrol Çizelgeleri

Hekim uygulama biçimlerini etkilemede kullanılan diğer bir yönetsel strateji kontrol çizelgeleridir. Kontrol çizelgeleri genellikle belirli teşhisler için istenilen test sayısı ve ortalama yatış süresi gibi bir takım hekim faaliyetlerinin sonuçlarını izlemek ve analiz etmek için kullanılan bir yönetsel araçtır. Bu yöntemde üst ve alt sınırlar oluşturulduktan sonra sınırın üstünde ya da altında kalan bir hekimin olup olmadığı incelenir (O'Connor 1993). Faaliyetler kontrol sınırının dışına çıktığında, sapma nedenini belirlemek için klinik olarak etkileyici hekimlerin değişkenliğinin özel nedenlerine karar vermesi gerekebilir (Omachonu 1991).

4.8. Cezalar

Hekimlerin kaynak kullanım davranışlarını değiştirme konusundaki literatür, bir takım özendiricilerin kullanım davranışını değiştirmede genellikle cezalardan daha etkili olduğunu iddia etmesine rağmen, cezalar özendiricilere göre kısmen daha fazla uygulanmaktadır. Bu yaklaşımda hekimlerin sundukları hizmetler meslektaşları (peer review groups) tarafından incelenmekte ve gereksiz talep yaratarak sistemi suistimal eden hekimler maddi ya da maddi olmayan cezalarla değerlendirilmektedir (Eisenberg, Rosoff 1978).

Cezalar yönetsel bir yaklaşım olarak çeşitli ortamlarda tıbbi uygulama biçimlerini değiştirmede başarı sağlamış olmasına karşılık, sadece ceza tehditinin kaynak kullanımını azaltmada yeterli olması olası değildir. Cezaların başarılı olarak uygulandığı bir çok örnekte bu yaklaşımın eğitim ve geribildirim gibi diğer stratejilerle birlikte kullanıldığı görülmektedir. Hekim davranışının karmaşıklığı dikkate alındığında, karma bir yaklaşım uygulayan programların, sadece birini kullanan programlardan çok daha etkili olacakları söylenebilir (Grossman 1983; Eisenberg 1985).

Sonuç olarak geribildirim, maliyet eğitimi, katılım, cezalar, yönetsel kurallar ve finansal özendiriciler gibi hekim uygulama biçimlerini değiştirmek için tasarlanan stratejiler ister tek başına isterse birlikte kullanılsın bazen aşırı kullanılan hizmetlerin gereğinden az kullanımına da neden olabilmektedir. Bu nedenle maliyet kısma yönünde kullanılacak yönetsel yaklaşımların uygulanmadan önce, doğasındaki riskleri aşabildiğinden emin olmak gerekmektedir. Mevcut gelişmeler aynı hızla devam ederse, tedavi biçimlerini standardize etme yönünde daha güçlü özendiricilerin ortaya çıkacağı ve bu ölçüde de tıbbi uygulamalarda rastlanan değişkenliklerin azalacağı ümit edilmektedir (Evans 1990).

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemleri üzerindeki artan finansal baskılar, uygun olmayan bakım düzeylerini gösteren verilerdeki artışlar ve hekimlerin kaynak kullanımında gözlenen değişkenlikler hastane ve hekim performansının giderek sorgulanmasına ve sağlık bakım yöneticilerinin karmaşık ve dinamik hasta bakım süreçlerini daha az kaynakla yönetme sorumluluğu ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır.

Sağlık bakım yöneticilerinin bu sorumluluğu yerine getirebilmeleri için verilen hizmetlerin klinik ve finansal etkilerini bilmeleri ve hasta bakım süreçlerini yönetmeleri gerekir. Sağlık bakım yöneticilerinin hasta bakım süreçlerine yön verebilmeleri için ise, ortalamadan ya da standarttan farklı olan ve marjinal özellik gösteren hizmet sunucuları tanımlamaları gerekmektedir. Örneğin, kullanım inceleme açısından yatış süresi gibi göstergelerin devreye girmesiyle standardı aşan vakaların gereksiz hizmet kullanımını temsil edeceği, bu marjinal vakalar tarafından temsil edilen gereksizliğin düzeltilmesiyle de

vaka başına harcamaların azalacağı ve sonuçta mevcut yatakların daha fazla başvuru için bir fırsat yaratacağı değerlendirilmektedir.

Son 20 yıldır sağlık hizmetleri araştırma alanı içerisinde, tıbbi karar verme sürecinin kapalı kalmış alanlarını aralamak, hizmet sunucular arasında değişkenliğe ve uygun olmayan kullanıma neden olan faktörleri belirlemek için çeşitli çalışmaların yapıldığı bilinmektedir (Eisenberg 1985). Ancak bu yönde yapılan çalışmalarda metodolojik olarak gelişimine ihtiyaç duyulan önemli eksiklikler bulunmaktadır. Hekim ve hastane gibi hizmet sunucular arasında gözlenen değişkenliğe felsefi açıdan derinlik kazandırabilmek için konunun çok boyutlu ve sistematik bir biçimde irdelenmesi gerekmektedir. Bu noktada hekimlerin uygulamalarında gözlenen değişkenliğin kendi çıkarlarının egemen olması nedeniyle mi yoksa hasta karmasındaki farklılıklardan mı kaynaklandığı sorgulanmalıdır. Oysa toplumsal ve klinik düzeyde hizmet sunucuların performanslarının değerlendirilmesine ilişkin yapılan çalışmalarda genellikle vaka karmasının (case mix) dikkate alınmadığı, ancak anlamlı veri analizini mümkün kılmak ve potansiyel yanlılıktan kaçınmak için farklı sağlık kurumlarında ya da hizmet sunucularında tedavi edilen hastaların vaka karmalarındaki farklılıkların da dikkate alınması gerekmektedir.

Bu yönde yapılacak çalışmalarda metodolojik açıdan gelişimine ihtiyaç duyulan bir diğer konu ise, tıbbi karar verme alanındaki araştırmaların çoğunun tanımlayıcı olmasıyla ilgilidir. Bu çalışmalar tıbbin nasıl uygulandığını anlamada değerli olmasına rağmen, tıbbin nasıl uygulanması gerektiğini tanımlamaya daha az katkı sağlamışlardır. Bu noktada tıbbin nasıl uygulanması gerektiğine karar vermek ve kaynak kullanım kararlarının uygun olup olmadığını daha doğru bir biçimde ortaya koymak için yapılacak değişkenlik araştırmalarında klinik haritaların ya da tedavi planlarının da dikkate alınması gerekmektedir. Bilindiği üzere tedavi planlarının geliştirilmesinde güdülen temel amaç, hizmet sunum sürecini standartlaştırarak tedavi süreçlerindeki gereksiz değişkenlikleri ortadan kaldırmak, verimliliği artırmak ve bakım kalitesini yükseltmektir. Tedavi planlarının uygulanması sonucunda, tedavi süreci içinde yer alan faaliyetler, faaliyetlerin gerçekleştirilmesi zamanı, tedavi sürecinde kullanılan kaynaklar hastadan hastaya önemli farklılık göstermeyecektir. Dolayısıyla tedavi planları dikkate alınarak yapılacak değişkenlik ölçümleriyle bir yandan hekimlerin daha isabetli karar almaları sağlanırken, diğer yandan yöneticilerin tolere edilebilir sapmalara karar vererek

maliyetleri denetim altına almaları ve kaynak planlaması yapmaları sağlanabilecektir (Kavuncubaşı 2000).

Kaynak kullanımındaki değişkenliğin incelenmesi yönünde girişilecek araştırma alanlarından bir diğeri de makul olmayan değişkenliğin giderilmesi için bu makalede yer verilen yönetsel strateji ve programların uygulamaya ilişkin yansımalarının değerlendirilmesi olabilir. Ancak, herhangi bir program hekimlerin kullanım davranışlarını değiştirmede etkili olmasına karşın maliyeti yararından fazla olabilir. Bunun için hekimlerin hizmet kullanım davranışını değiştiren programlardan elde edilen tasarrufların ekonomik yararları açık olsa dahi bu programların hastaların ya da genel anlamda toplumun sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Greenwald et al. 1984). Çünkü, tıbbi bakım kaynaklarının uygun kullanım düzeyi nedir sorusuna fonksiyonel ve pratik değeri olan bir yanıt vermek tedavilerin sağlık statüsü üzerindeki etkileri bilinmediği sürece mümkün gözükmemektedir.

Gerek politika belirleyicilerin gerekse sağlık bakım yöneticilerinin toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesi konusundaki temel misyonlarını yerine getirebilmeleri için, verilen hizmetlerin toplumun sağlık statüsüne yaptığı katkının girdi-çıkı ilişkisi açısından izlenerek performans kriterleri haline dönüştürülmesi gerekmektedir. Bunun için Wennberg (1982) toplumun hizmet kullanım oranları ile sağlık sonuç araştırmalarının birleştirilmesini önermektedir.

Gelişmiş ülkelerde hizmet sunucuların performanslarının değerlendirilmesine ilişkin yapılan çalışmalar belirli bir seviyeye ulaşmış olmasına karşılık, hekim ve hastane performansının değerlendirilmesi konularının henüz Türk sağlık sektörüne girmediği bilinmektedir. Ancak, yakın gelecekte kaynakların artırılması mümkün görünmediğinden mevcut kaynakların daha verimli ve etkili kullanılması için mikro ölçekte hekimlerin karar verme süreçlerinin izlenmesi, makro ölçekte ise hastaneler arası karşılaştırmalara yer verilmesi gibi konulara sağlık hizmetleri yönetiminde daha fazla yer verileceği tahmin edilmektedir.

Ancak ülkemiz açısından bunun gerçekleştirilmesi için politik bir inisiyatifte ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çerçevede örneğin kamu ve özel hastanelerde aynı hastalığın tedavisi için kullanılan kaynakların (ilaç, tetkik, yatış süresi) ya da tedavi maliyetinin aynı düzeyde gerçekleşip gerçekleşmediği, hatta ülkemizde kamuya ait üniversite hastanelerinde yaygın bir şekilde görülen özel poliklinik

uygulanmasının kullanılan hastane kaynaklarında gereksiz kullanıma neden olup olmadığı değerlendirilebilir. Bu yönde elde edilecek veriler hem hastane yöneticilerine örgütsel kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığı konusunda bilgiler sağlayacaktır, hem de bu bilgilerin kamu ile paylaşılması halinde hizmet satın alan tarafların (sigorta kuruluşlarının) hizmeti satın alacakları kişi ya da kurumları daha rasyonel temelde belirlemelerine yardımcı olacak ve böylece verimsiz çalışan kurumların sözleşme dışı kalması riskiyle karşılaşmalarına neden olacaktır.

Diğer yandan, tıbbi uygulamalardaki değişkenlikleri azaltmak ve aynı hastalığın çok farklı maliyetlerde tedavi olmasını önlemek üzere hekimlere kullandıkları kaynakların maliyet boyutu konusunda da bilgiler verilmelidir. Bunun için tıp fakültelerinin formal eğitim programlarında maliyet analizi, maliyet-etkililik ve maliyet-fayda analizlerine yer verilmelidir. Sonuç olarak, hangi strateji tercih edilirse edilsin, hekimlerin tıbbi uygulamalarının düzenlenmesi yönünde atılacak adımlarda diplomatik bir yaklaşım benimsenmeli, aksi taktirde hekimlerin bu tür girişimleri otonomilerine karşı bir tehdit olarak görebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Andersen T.F. and Mooney G. (1990) "Medical Practice Variations: Where Are We?" In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**, Mooney, The Macmillan Press Ltd.
2. Bareford D. and Hayling A. (1990) Inappropriate Use of Laboratory Services: Long Term Combined Approach to Modify Request Patterns. **BMJ** 301:1305-1307.
3. Bennet M.D., Applegate W.B., Chilton L., Skipper B.J., White R.E. (1983) Comparison of Family Medicine and Internal Medicine: Charges for Continuing Ambulatory Care. **Medical Care** 21: 830-839.
4. Bertakis K.D. and Robbins J.A. (1989) Utilization of Hospital Services: A Comparison of Internal Medicine and Family Practice. **The Journal of Family Practice** 28(1): 91-96.
5. Blanc P.D., Katz P.P., Henke J., Smith S., Yelin E.H. (1997) Pulmonary and Allergy Subspecialty Care in Adults With Asthma: Treatment, Use of Services, and Health Outcomes. **West J Med.** 167(6): 398-407.

6. Burkett G.L. (1982) Variations in Physician Utilization Patterns in a Capitation Payment IPA-HMO. **Medical Care** 20: 1128-1139.
7. Burns L.R., Wholey D.R., Huonker J. (1989) Physician Use of Hospitals: Effects of Physician, Patient, and Hospital Characteristics. **Health Services Management Research** 2(3): 191-203.
8. Burns L.R. and Wholey D.R. (1991) The Effects of Patient, Hospital, and Physician Characteristics on Length of Stay and Mortality. **Medical Care** 29(3): 251-271.
9. Cherkin D.C., Rosenblat R.A., Hart L.G., Schneeweiss P., LoGerfo J. (1987) The Use of Medical Resources by Residency-Trained Family Physicians and General Internist: Is There A Difference?. **Medical Care** 25: 455-469.
10. Chilingerian J.A. (1995) Evaluating Physician Efficiency in Hospitals: A Multivariate Analysis of Best Practices. **European Journal of Operational Research** 80: 548-574.
11. Davidoff F., Goodspeed R., Clive J. (1989) Changing Test Behavior: A Randomized Controlled Trial Comparing Probabilities Reasoning with Cost-Containment Education. **Medical Care** 27: 45-48.
12. Dresnick S.J., Roth W.I., Linn B.S., Pratt T.C., Blum A. (1979) The Physician's Role in the Cost-Containment Problem. **JAMA** 241(15): 1606-1609.
13. Eckerlund I. and Hakansson S. (1989) Variations in Resource Utilization-The Role of Medical Practice and Its Economic Impact. **Social Science & Medicine** 28(2): 165-173.
14. Eddy D.M. (1984) Variations in Physician Practice: The Role of Uncertainty. **Health Affairs** pp:74-89.
15. Eddy D.M. (1990) Clinical Decision Making: From Theory to Practice. **JAMA** 263(2): 287-290.
16. Eisenberg J.M. and Rosoff A.J. (1978) Physician Responsibility for the Cost of Unnecessary Medical Services. **The New England Journal of Medicine** 299: 76-80.
17. Eisenberg J.M. (1985) Physician Utilization: The State of Research About Physicians' Practice Patterns. **Medical Care** 23(5): 461-483.
18. Eisenhardt K.M. (1989) Agency Theory: An Assessment and Review. **Academy of Management Review** 14(1): 57-74.

19. Elpstein A.M., Colin B.D., McNeil B.I. (1986) The Use of Ambulatory Testing in Prepaid and Fee for Service Group Practices. **N Engl J Med** 314: 1089-1094.
20. Evans R.G. (1990) "The Dog in the Night-Time: Medical Practice Variations and Health Policy". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.
21. Feinglass J., Martin G.J., Sen A. (1991) The Financial Effect of Physician Practice Style on Hospital Resource Use. **Health Services Research** 26: 183-205.
22. Fihn S.D. (1995) Physician Specialty, System of Health Care, and Patient Outcomes. **JAMA** 274(18): 1473-1474.
23. Flood AB., Scott W., Ewy W., Forrest W.H. (1982) Effectiveness in Professional Organizations. The Impact of Surgeons and Surgical Staff Organizations on The Quality of Care in Hospitals. **Health Services Research** 17: 341-366.
24. Flood A.B., Scott W.R., Ewy E. (1984) Does Practice Make Perfect? Part I: The Relation Between Hospital Volume and Outcomes for Selected Diagnostic Categories. **Medical Care** 22: 98-114.
25. Freeborn D.K., Baer D., Greenlick M.R., Bailey J.W. (1972) Determinants of Medical Care Utilization: Physicians' Use of Laboratory Services. **American Journal Public Health** 62(6): 846-853.
26. Gama R., Nightingale P.G., Broughton PMG et al. (1992) Modifying the Request Behavior of Clinicians. **J Clinical Pathology** 45: 248-249.
27. Gerard K. (1991) The Challenges of Medical Practice Variation. **Australian Journal of Public Health** 15(1): 68-69.
28. Greco P.J. and Eisenberg J.M. (1993) Changing Pyhsician's Practices. **The New England Journal of Medicine** 329(17): 1271-1273.
29. Greenfield S., Nelson E., Zubkoff M., Manning W., Rogers W., Kravitz R.L., Keller A., Tarlov A.R., Ware J.E. (1992) Variations in Resource Utilization Among Medical Specialties and Systems of Care: Results from The Medical Outcomes Study. **Journal of The American Medical Association** 267(12): 1624-1630.
30. Greenfield S., Rogers W., Mangotich M., Carney M.F., Tarlov A.R. (1995) Outcomes of

Patients with Hypertension and Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Treated by Different Systems and Specialities. **JAMA** 274: 1436-1444.

31. Greenwald H.P., Peterson M.L., Garrison L.P., Hart G., Moscovice I.S., Hall T.L., Perrin E.B. (1984) Interspecialty Variation in Office-Based Care. **Medical Care** 22(1): 14-29.
32. Grossman R.M. (1983) A Review of Physician Cost-Containment Strategies for Laboratory Testing. **Medical Care** 21(8): 783-802.
33. Hayward R.A., Manning W.G., McMahon L.F., Bernard A.M. (1994) Do Attending or Resident Physician Practice Styles Account for Variations in Hospital Resource Use? **Medical Care** 32(8): 788-794.
34. Heyssel R.M., Gaintner J.R., Kues I.W. et al (1984) Decentralized Management in a Teaching Hospital. **N Eng J Med.** 310: 1477.
35. Hillman A.L., Pauly M.V., Kerstein J.J. (1989) How Do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and The Financial Performance of Health Maintenance Organizations? **New England Journal Medicine** 321: 86-92.
36. Hlatkey M.A., Lee K.L., Botvinick E.H., Brundage B.H. (1983) Diagnostic Test Use in Different Practice Settings: A Controlled Comparison. **Archives of International Medicine** 143: 1886-1889.
37. Kavrakoğlu İ. (1998) **Toplam Kalite Yönetimi**. Kalder Yayınları, İstanbul.
38. Kavuncubaşı Ş. (2000) **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
39. Krakauer H., Bailey C.R., Cooper H., Yu W.K., Skellan K.J., Kattakkuzhy G. (1995) The Systematic Assessment of Variations in Medical Practices and Their Outcomes. **Public Health Reports** 110(1): 1-12.
40. Kritchevsky S.B. and Simmons B.P. (1994) Variation in Medical Practice: Implications for The Hospital Epidemiologist. **Infection Control and Hospital Epidemiology** 15(2): 116-19.
41. Labelle R., Stoddart G., Rice T. (1994) A Re-examination of The Meaning and Importance of Supplier-Induced Demand. **Journal of Health Economics** 13: 347-368.
42. Lomas J. (1990) "Promoting Clinical Policy Change: Using The Art to Promote The

Science in Medicine". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.

43. McGuire A. (1990) "Measuring Performance in the Health Care Sector: The Hows". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.
44. McLean L.C. and Richman A. (1989) Physician Practice Style Variations. **Socio-Economic Plan Sci.** 23(6): 361-371.
45. McMahan L.F., Wolfe R.A., Tedeschi P.J. (1989) Variation in Hospital Admissions over Small Areas: A Comparison of Maine and Michigan. **Medical Care** 27: 623-631.
46. McPherson K. (1990) "Why Do Variations Occur". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.
47. Mooney G. and Andersen T.F. (1990) "Challenges Facing Modern Health Care". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.
48. Mooney G. and Ryan M. (1993) Agency in Health Care: Getting Beyond First Principles. **Journal of Health Economics** 12: 125-135.
49. Myrhe B.A. (1991) To Treat The Patient or to Treat The Surgeon. **JAMA** 261: 97-98.
50. Nackel J.N., Powell D.P., Goran M.J. (1984) Case Mix Management: Issues and Strategies. **Hospital and Health Services Administration** January/February: 7-14.
51. O'Connor K. (1993) Management Implication of Physician Practice Patterns: Strategies for Managers. **Hospital & Health Services Administration** 38(4): 572-577.
52. Omachonu V.K. (1991) "Physician Practice Patterns and Hospital Efficiency". **Total Quality Productivity Management in Health Care Organizations**. Industrial Engineering and Management Press. 227-243.
53. Panniers T.L. (1987) Severity of Illness, Quality of Care, and Physician Practice As Determinants of Hospital Resource Consumption. **QRB** May, 158-165.
54. Perlstein P.H., Atherton H.D., Donovan E.F., Richardson D.K., Kotagal U.R. (1997) Physician Variation and The Ancillary Costs of Neonatal Intensive Care. **Health Services Research** 32(3): 299-311.

55. Pineault R. (1977) The Effect Medical Training Factors on Physicians Utilization Behavior. **Medical Care** 15: 51-67.
56. Poses R.M., Wigton R.S., Cebul R.D., Centor R.M., Collins M., Fleischli G.J. (1993) Practice Variation in the Management of Pharyngitis: The Importance of Variability in Patients' Clinical Characteristics and in Physicians' Responses to Them. **Med Decis Making** 13: 293-301.
57. Rethans J. and Saebu L. (1997) Do General Practitioners Act Consistently in Real Practice When They Meet The Same Patient Twice? Examination of Intra-Doctor Variation Using Standardized (Simulated) Patients. **BMJ** 314: 1170-1173.
58. Rhee, S.O., Luke, R., Culverwell, M.B. (1980). Influence of Client Colleague Dependence on Physician Performance in Patient Care. **Medical Care**, 18: 829-841.
59. Rice, T.H. (1983). The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand. **Medical Care** 21: 803-815.
60. Roos L.L., Brazauskas R., Cohen M.M., Sharp S.M. (1990) "Variations in Outcomes Research". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Pres Ltd.
61. Ryan M. (1994) Agency in Health Care. **American Journal of Economics and Sociology** 53(2): 207-217.
62. Skipper K. (2000) **A Pilot Study to Demonstrate the Feasibility of Providing Supplemental Clinical Information to Clinicians in an Adult Intensive Care Unit**. Master Thesis, The Division of Medical Informatics and Outcomes Research and The Oregon Health Sciences University, School of Medicine. U.S.A.
63. Smith D.H. and McWhinney I.R. (1975) Comparison of The Diagnostic Methods Family Physicians and Internist. **J Med Educ** 80: 264-270.
64. Spiegel J.S., Shapiro M.F., Berman B., Greenfield S. (1989) Changing Physician Test Ordering in a University Hospital: An Intervention of Physician Participation, Explicit Criteria, and Feedback. **Archives Internal Medicine** 149: 549-553.
65. Stano M. (1993) Evaluating the Policy Role of the Small Area Variations and Physicians Practice Style Hypotheses. **Health Policy** 24(1): 9-17.
66. Stefanu C., Newman R.G., Pate M.L., Chassie M.B., Anderson R.J. (1984) Severity of

Patient's Illness: An Important Factor Contributing to Laboratory Costs in a Teaching Hospital. **Journal of Medical Education** 59: 598-599.

67. Steinberg E.P. (1993) Variations Research: The Physician Perspective. **Medical Care** 31(5): YS86-YS88.
68. Stuart M.E. and Steinwachs D.M. (1993) Patient-Mix Differences Among Ambulatory Providers and Their Effects on Utilization and Payments for Maryland Medicaid Users. **Medical Care** 31(12): 1119-1137.
69. Şahin B. (2002) **Hekimlerin Klinik Karar Verme Süreçlerinin Kaynak Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve Hasta Tatmini Üzerine Etkisi: Astım Hastalarına İlişkin Bir Araştırma**. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara
70. Şahin B., Tatar M., Karakaya G., Kalyoncu F., Artvinli M. (2003) **Özel Poliklinik Uygulamasının Astım Hastalarının tetkik Giderleri ve Tatmin Düzeyleri Üzerine Etkisi**. Toraks Derneği 6. Yıllık Kongresi. 23-26 Nisan, Antalya, ss: 84.
71. Vestergaard F. (1990) "Variations from a Lay Perspective". In: Andersen T.F. and Money G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Press Ltd.
72. Yelin E.H., Shearn M.A., Elpstein W.V. (1986) Health Outcomes for a Chronic Disease Prepaid Group Practice and Fee for Service Settings. **Medical Care** 24(3): 236-247.
73. Wennberg J.E., Barnes B.A., Zubkoff M. (1982) Professional Uncertainty and The Problem of Supplier-Induced Demand. **Social Science & Medicine** 16: 811-824.
74. Wennberg J. and Gittelsohn A. (1982) Variations in Medical Care Among Small Areas. **Scientific American** 246: 120-134.
75. Wennberg J.E. (1984) Dealing With Medical Practice Variations: A Proposal for Action. **Health Affairs** 3: 6-32.
76. Wennberg J.E. (1985) Variations in Medical Practice and Hospital Costs. **Connecticut Medicine** 49(7): 444-453.
77. Wennberg J.E. (1990) "On the Need for Outcomes Research and The Prospects for the Evaluative Clinical Sciences". In: Andersen T.F. and Mooney G. (ed.) **The Challenges of Medical Practice Variations**. The Macmillan Pres Ltd.
78. Westert G.P., Nieboer A.P., Groenewegen P.P. (1993) Variation in Duration of Hospital

232 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:2 (2004)*

Stay Between Hospitals and Between Doctors Within Hospitals. **Social Science & Medicine** 7(6): 833-839.