ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2018; 4(2): 180 -194 (Derleme Makale)

VEKÂLET TEORİSİ'NİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YANSIMALARININ ULUSAL VE ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

THE EVALUATION OF REFLECTIONS OF THE THEORY OF AGENCY IN THE HEALTHCARE SECTOR IN THE CONTEXT OF NATIONAL AND INTERNATIONAL STUDIES

Arş. Gör. Uzm. Duygu ÜREK

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,

duyguurek@hacettepe.edu.tr

https://orcid.org/0000-0001-6471-5601

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,

geriguc@hacettepe.edu.tr

https://orcid.org/0000-0001-7423-1408

Makale gönderim-kabul tarihi (28.05.2018- 19.07.2018)

Özet

Bu çalışmanın amacı, Vekâlet Teorisi'nin sağlık sektöründeki yansımalarını tüm yönleriyle ortaya koymaktır. Bu kapsamda çalışmada; teorinin tarihsel gelişim süreci, kavramsal çerçevesi ve teorinin temelinde var olan vekâlet ilişkisinin beraberinde getirdiği sözleşme problemleri sağlık sektörüyle ilişkili olarak ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Ayrıca; Vekâlet Teorisi'nin organizasyon teorisine yapmış olduğu katkılar ile literatürde teoriye yöneltilen eleştirilere yer verilmiş ve bu teori kapsamında sağlık sektöründe yapılan ulusal ve uluslararası çeşitli araştırmalara ilişkin bulgular tartışılarak bu kapsamda bazı çıkarımlarda bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler : vekâlet, vekâlet teorisi, vekâlet veren, vekil, sağlık sektörü

Abstract

The purpose of this study is to reveal the reflections of the Theory of Agency in the healthcare sector with all its aspects. In this context; the historical development process and conceptual framework of this theory and contractual problems brought by the agency relationship existing at the basis of the theory have been examined in detail in relation to the healthcare sector. Also; the contributions of the Theory of Agency to the theory of organization and the criticism of this theory in the literature are included and within the scope of this theory, the findings related to various national and international researches made in the health sector have been discussed and some conclusions have been made in this context.

Key Words : agency, the theory of agency, principal, agent, healthcare sector

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

GİRİŞ

20. yüzyılın sonlarına doğru artan küreselleşme faaliyetleriyle birlikte organizasyonların giderek büyümesi ve karmaşıklaşması, günümüz iş ortamında pay sahipliği ile yöneticiliğin birbirinden ayrılmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Kısıtlı zaman ve bilgileri nedeniyle organizasyonları hakkında her şeye tam olarak hâkim olamayan sahipler kurumlarının yönetimini, profesyonel anlamda bu işi yapan yöneticilere devretmeye başlamışlardır. Ancak zamanla taraflar arasında bazı farklılıklar nedeniyle çeşitli problemler yaşanması ve bu problemlerin ortadan kaldırılabilmesi için çeşitli mekanizmalara duyulan ihtiyacın artmasıyla birlikte literatürde, *Vekâlet Teorisi* olarak adlandırılan yönetim felsefesi ortaya çıkmıştır.

Muhasebe, iktisat, finans, pazarlama, siyasal bilimler, örgütsel davranış ve sosyoloji gibi pek çok örgütsel konuda uygulama alanı bulan teori (Eisenhardt, 1989: 57; Karataş ve Aren, 2008: 184; Cuevas-Rodriguez, Gomez-Mejia ve Wiseman, 2012: 526-7; Meydan ve Çetin, 2015: 157); günümüz organizasyonlarında hissedarların çıkarlarını gözetmek üzere yöneticilerin istihdam edildiği kurumsal yapıları incelemekte (Banerjee, 2007: 23) ve bu yapılardaki vekillerin vekâlet verenlerin çıkarları doğrultusunda davrandığından nasıl emin olunacağını araştırmaktadır (Luhman ve Cunliffe, 2012: 1). Teori bu kapsamda, görevlerin ve kararların bir taraftan diğerine açık ya da örtük sözleşmelerle aktarıldığı durumlara odaklanmaktadır. Buradaki amaç, vekâlet verenin bakış açısından en etkin sözleşmenin doğasını belirlemektir (Morschett, Schramm-Klein ve Zentes, 2010: 168; Banerjee, Bergen, Dutta ve Ray, 2012: 42).

Bu çalışmanın amacı, örgütsel yönetim anlayışına yeni bir bakış açısı getiren Vekâlet Teorisi'nin sağlık sektöründeki yansımalarını ortaya koymaktır. Bu kapsamda öncelikle teorinin tarihsel gelişim süreci ve kavramsal çerçevesi çizilerek teorinin temelinde var olan vekâlet ilişkisinin beraberinde getirdiği problemler sağlık sektörüyle ilişkili olarak ayrıntılı bir şekilde incelenecektir. Ardından; söz konusu teorinin organizasyon teorisine yaptığı katkılar ve teoriye yöneltilen eleştirilere yer verilecektir. Son olarak; teori kapsamında sağlık alanında yapılan çeşitli araştırmalara ilişkin bulgular tartışılarak bu doğrultuda bazı çıkarımlarda bulunulması amaçlanmaktadır.

VEKÂLET TEORİSİ'NİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Organizasyonlarda büyümenin getirdiği karmaşıklık ve uzmanlaşma organizasyon sahiplerinin kurumlarıyla ilgili her alanda bilgi sahibi olmalarını zorlaştırmış ve bu durum karşısında sahipler de kurumlarında profesyonel yöneticiler istihdam etme yoluna gitmişlerdir. Bu yol; bir yandan karmaşıklaşan örgütsel fonksiyonların yönetilmesinde etkili bir çözüm oluştururken, diğer yandan istihdam edilen yöneticilerin kişisel uygulamalarıyla organizasyon sahiplerinin asıl niyetleri arasında bazı farklılıklar meydana gelmesine neden olmuştur (Meydan ve Çetin, 2015: 157). Bu doğrultuda; organizasyon sahipleri ile yöneticiler arasında ortaya çıkabilecek beklenti, niyet ve bilgi farklılıkları ile bu farklılıkları ortadan kaldırabilecek kontrol mekanizmalarının oluşturulmasını odağına alan *Vekâlet Teorisi (The Theory of Agency)* ortaya atılmıştır.

Teorinin temelinde var olan *vekâlet ilişkisi (agency relationship)* kavramı ilk olarak Ross (1973) tarafından ortaya atılmıştır. Ross (1973: 134)'a göre vekâlet ilişkisi; vekil (agent) olarak adlandırılan kişinin belirli kararlar için asil ya da vekâlet veren (principal) olarak adlandırılan diğer bir kişiyi temsil etmesi sonucu ortaya çıkan ilişki şeklinde tanımlamaktadır. Bu ilişki, zenginlik sahibinin (vekâlet veren ya da asil) işlerini yönetmesi için bir başka kişiyle (vekil) sözleşme imzalamasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu sözleşmeler; 18. ve 19. yy.'ın başlarında genellikle tek bir vekâlet veren ile tek bir vekil arasında ticari girişimler, yapı projeleri ve bir fabrikayı yönetme şeklinde gerçekleşmiştir.

19. yy.'ın ortalarına gelindiğinde ise, anonim ve limited şirketlerin ortaya çıkışıyla birlikte vekâlet verenlerin ve vekillerin sayısında artışlar meydana gelmiştir (Tricker, 2015: 59). Limited şirketlerin ortaya çıkışı ve pay sahipliği aracılığıyla kurum sahipliğinin halka açılması kurumların kontrol edilmesi gerekliliği üzerinde önemli bir etki yaratmıştır. Böylece kurumlardaki esas pay sahipleri kurumun işletilmesini şirket yönetimine devretmeye başlamış, sahiplik ve kontrolün birbirinden ayrılmasıyla da vekâlet problemi ortaya çıkmıştır (Solomon, 2007: 17; Karataş ve Aren, 2008: 183).

Vekâlet ilişkisinin teorik olarak ayrıntılı bir şekilde ele alınışı ise, Jensen ve Meckling (1976) tarafından olmuştur (Solomon, 2007: 17). Jensen ve Meckling (1976: 5) vekâlet ilişkisinin, bir ya da birden fazla kişinin kendi adına bazı hizmetleri yürütmesi için bir diğer kişiyi işe alması ve karar verme otoritesini de bir sözleşme yoluyla o kişiye devretmesiyle ortaya çıktığını ifade etmektedir. Vekâlet ilişkisi günümüzde sadece pay sahipleri ile vekil konumundaki üst yönetim arasında kalmamakta, örgütlerdeki bölümlendirmelerin bir sonucu olarak üst ve astlar arasında da vekâlet ilişkileri ortaya çıkmakta ve bazı görev ve kararlar yöneticiler tarafından vekil olan astlara devredilebilmektedir. Vekâlet ilişkisi ayrıca dış tedarik zincirinde yer alan kurumlara kadar da uzanabilmekte, sözleşmeler yoluyla karar verme de dâhil olmak üzere bazı görev ve işlevler kurumlar arasında devredilebilmektedir (Ülgen ve Mirze, 2014: 465).

Vekâlet Teorisi'nin tarihsel gelişim süreci incelendiğinde teorinin Asil-Vekil Yaklaşımı (Principal-Agent Theory) ve Pozitivist Vekâlet Yaklaşımı (Positive Theory of Agency) şeklinde iki ayrı yönde geliştiği görülmektedir (Jensen, 1983: 334; Koçel, 2014: 419; Keskin, Akgün ve Koçoğlu, 2016: 264). *Asil-Vekil Yaklaşımı*, Vekâlet Teorisi'nin daha çok iki taraf arasında işbirliğini sağlayacak optimal bir ilişki düzeni geliştirmekle ilgilenen koludur (Koçel, 2014: 419). Yaklaşım genellikle etkileşimde bulunan taraflar arasındaki sözleşmelerde üç faktörün etkisini modellemeye odaklanmaktadır. Bu faktörler; tarafların sözleşmeler için tercih yapıları, belirsizlik durumu ve çevredeki bilgi yapısıdır (Jensen, 1983: 334). Yaklaşım; asil açısından en verimli sonuçları doğuran sözleşmenin nasıl gerçekleştirileceğini, hangi sözleşme biçiminin çıktı belirsizliği, çıktı ölçülebilirliği, riskten kaçınma ve hedef çatışması gibi değişik koşullar altında daha etkili olduğunu incelemektedir (Keskin ve diğ., 2016: 264; Miles, 2016: 35-6). Yaklaşım Pozitivist Vekâlet Yaklaşımı ile karşılaştırıldığında; daha özet ve matematiksel kaldığı için araştırmacılar tarafından daha az kullanılmakta, ancak teorik uygulamalar konusunda daha geniş bir bakış açısı sunmaktadır (Eisenhardt, 1989: 60).

Vekâlet Teorisi'nin diğer kolu olan *Pozitivist Vekâlet Yaklaşımı,* bir diğer ismiyle *Kurumsal Kontrol (Corporate Control) Yaklaşımı* ise; vekâlet veren ile vekilin amaçları arasındaki farklılıklar ve vekilin kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmesini sınırlayan kontrol mekanizmalarının oluşturulması üzerine odaklanmaktadır (Eisenhardt, 1989: 68; Koçel, 2014: 419). Yaklaşım, bu yönetim mekanizmalarını kapsayan iki önermeye sahiptir. Bu önermelerden ilki, vekâlet veren ile vekil arasındaki çıkar çatışmalarını azaltarak iki tarafın önceliklerini uyumlaştıran çıktı odaklı sözleşmelerin vekâlet fırsatçılığının önlenmesinde etkili olduğudur (Eisenhardt, 1989: 60). Yöneticilere şirket hisselerinden pay verilmesi buna örnek olarak gösterilebilir (Jensen ve Meckling, 1976: 64). İkinci önerme ise, bilgi sistemlerinin vekilin gerçekte ne yaptığı konusunda vekâlet vereni bilgilendirdiği için vekâlet fırsatçılığını önlediği şeklindedir. Bu noktada vekil artık vekâlet vereni aldatamayacağını fark etmektedir (Eisenhardt, 1989: 60). Bu durumun en belirgin örneği yönetim kurullarıdır. Yönetim kurulları hissedarlar tarafından üst yönetimin uygun olmayan davranışlarını kontrol etmede kullanılabildiği için bilgi sistemi işlevi görebilmektedir (Fama ve Jensen, 1983: 311). Pozitivist Vekâlet Yaklaşımı diğer yaklaşıma göre matematiksel olmayan ancak daha deneysel bir yaklaşımdır (Jensen, 1983: 335). Tüm bu karşılaştırmalara rağmen; Pozitivist Vekâlet Yaklaşımı birçok farklı sözleşme alternatifini tanımlaması, Asil-Vekil Yaklaşımı ise sonuç belirsizliği, riskten kaçınma, bilgi gibi değişkenlerin etkisi altında hangi sözleşmenin daha etkili olduğunu ortaya

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

koymaya çalışması bakımından Vekâlet Teorisi'nin daha iyi anlaşılmasını sağladıkları için önem taşımaktadırlar (Eisenhardt, 1989: 60).

VEKALET TEORİSİ'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI

Vekâlet Teorisi; arzu, istek ve çıkarları farklı olan taraflar arasında işlerin ve görevlerin yerine getirilmesi sürecinde tarafların birbirlerini nasıl kontrol edeceğini ve taraflar arasında ilişkilerin ve iletişimin en etkili şekilde nasıl sağlanacağını araştırmaktadır (Saruhan, 2012: 35; Top ve Öge, 2012: 65). Teoriye göre; ortak bir amaç için yardımlaşmak durumunda olan iki taraf vardır ve bu taraflardan vekâlet veren, belirli amaçlara ulaşabilmek için vekilin yardımına ihtiyaç duyar ve bir sözleşme ile vekili işe alır; vekil ise bu amaçlara ulaşmak için gerekli kararlar alır, eylemleri gerçekleştirir ve karşılığında da kendisine ücret ödenir (Eisenhardt, 1989: 59; Stroh, Brett, Baumann ve Reilly, 1996: 751; Koçel, 2014: 418; Tricker, 2015: 62; Miles, 2016: 33). Örneğin; işçi-işveren ilişkisinde işçi vekil, işveren vekâlet veren; konut sözleşmesinde emlakçı vekil, ev sahibi vekâlet veren; hekim ile hasta arasındaki ilişkide hekim vekil, hasta vekâlet veren, avukat-müvekkil ilişkisinde avukat vekil, müvekkil vekâlet veren, hissedar ve yönetici arasındaki ilişkide yönetici vekil, hissedar ise vekâlet veren kişi konumundadır (Peterson, 1993: 277-278).

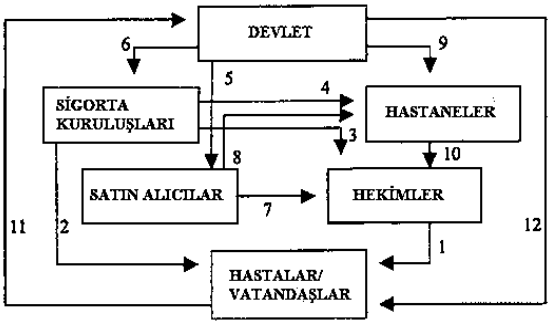
Peterson (1993: 278)'a göre vekalet veren ile vekil arasındaki ilişkiyi karakterize eden 5 unsur bulunmaktadır. İlk olarak, vekillerle ilgili farklı durumlar söz konusudur. Örneğin; vekil dikkatli ya da dikkatsiz, çalışkan ya da tembel, güvenilir ya da güvenilmez, becerikli ya da beceriksiz olabilir. Bu unsur vekâlet verenle sözleşme yapan vekilin görevleri yerine getirme kapasitesiyle ilgilidir. Örneğin; bir hasta (vekâlet veren) diş hekimini (vekil) ziyaret ettiğinde diş hekiminin hem yetenekli hem de güvenilir olmasını istemektedir. İkinci olarak, vekilin eylemleri arzu edilen sonuçları etkilemektedir. Vekilin eylemi, bir işçinin çabası ya da bir hekimin sunduğu bakım olabilir. İşçi-işveren ilişkisinde işçinin gösterdiği çaba ya fiziksel olarak ya da zihinsel olarak belirli bir maliyete sahiptir. Bir araba tamircisi için bir arabayı dikkatli bir şekilde tamir etmek araba tamircisini diğer görevlerini yerine getirmekten alıkoymaktadır ve bu durumun bir maliyeti bulunmaktadır. Üçüncü olarak, vekilin sergilediği eylemlere ek olarak bazı tesadüfi faktörler de sonuçları etkilemektedir. Bu faktörler vekilin ve vekâlet verenin kontrolü dışındadır. Örneğin; bir satış elemanı için sergilediği eylemlerin yanı sıra mağazaya gelecek müşteri sayısı da önemli bir faktördür. Çünkü mağazaya gelecek müşteri sayısı, hava koşulları ya da diğer mağazalardaki özel satış imkânlarından etkilenebilmektedir. Dördüncü olarak, bir sonuç söz konusudur ve bu sonuç vekilin özelliklerine, eylemlerine ve kontrolü dışında olan diğer faktörlere göre değişmektedir. Sonuç; bir fabrikada çalışan bir işçi tarafından üretilen ayakkabı sayısı, bir satış elamanının yaptığı satış miktarı ya da cerrahi bir operasyonun başarısı olabilir. Son olarak, bilgi asimetrisi söz konusudur. Vekil ve vekâlet veren sonucu izleyebilir, ancak bilgi asimetrisi nedeniyle sadece vekil kendi eylemlerini takip edebilmektedir. Vekâlet veren de bazı durumlarda vekilin eylemlerini gözlemleyebilir, ancak bunun bir maliyeti vardır.

Vekâlet veren ile vekil arasındaki bu ilişki sağlık sektörü için de geçerli olan bir olgudur. Çünkü sağlık sektöründe de, faydalarını maksimize etmeye çalışan iki taraf vardır ve bu taraflar arasındaki ilişki de standart vekâlet ilişkisiyle uyumluluk göstermektedir (Neuman ve Neuman, 2007: 2). Jones ve Zanola (2001: 165-6) sağlık sektöründeki vekâlet ilişkilerinde; devlet, toplum (hem hasta hem de vatandaş olarak), sigorta kuruluşları ve hizmet sunucuları (hastaneler, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri) gibi farklı aktörlerin de varlığından bahsetmektedir (bknz. Şekil 1). Ancak genel olarak sağlık sektöründe Vekâlet Teorisi'nin temel odağının, hekim ve hasta arasındaki ilişki olduğu ifade edilmektedir (Scott ve Vick, 1999: 111). Söz konusu bu ilişkide hasta vekâlet veren kişi konumundadır ve tedavisi hakkında kararlar alması için bir vekil tayin etmektedir. Vekil

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

konumundaki hekim ise, hasta adına eylemde bulunması ve hastanın faydasını artırması beklenen karar verici kişi konumundadır ve Vekâlet Teorisi perspektifinde hekimden *"mükemmel vekil (perfect agent) rolü"*nü üstlenmesi ve yerine getirmesi istenir (Peterson, 1993: 277; Neuman ve Neuman, 2007: 2; Nguyen, 2011: i54). Mükemmel vekil, hastanın istekleriyle uyumlu roller sergileyen ve hasta tarafından en çok tercih edilen sağlık hizmeti kombinasyonlarını hastaya sunan hekim olarak tanımlanmaktadır (Labelle, Stoddart ve Rice, 1994: 356; Olsen, 2009: 54). Ancak sağlık hizmeti sunucuları mükemmel vekil olarak davranmak için gerekli bilgiye sahip olmadığında ya da sağlık hizmeti sunucuları bireysel faydalarını maksimize etmek için tüketicilerin bilgi eksikliğinden faydalandığında bu mükemmel vekâlet ilişkisi bozulmaktadır (Morris, 2013: 70).

Şekil 1: Sağlık Sektöründe Vekâlet İlişkisi



Kaynak: Jones ve Zanola, 2001: 166

Vekâlet Teorisi; vekâlet veren ile vekilin öncelikle kendi çıkarlarını artırmaya odaklandıklarını, tarafların kendi çıkarlarıyla motive olduklarını ve durumları kendi çıkarları için yönetebildiklerini; dolayısıyla bencil ve fırsatçı olduklarını varsaymaktadır (Eisenhardt, 1989: 59; Hill ve Jones 1992: 132; Singh ve Sirdeshmukh, 2000: 151; Karataş ve Aren, 2008: 184; Ülgen ve Mirze, 2014: 466; Keskin ve diğ., 2016: 267). Diğer taraftan bazı iktisatçılar, özellikle vekillerin kendi çıkarlarına göre motive olan, rasyonel ve riskten kaçınan aktörler olduklarını ve bu nedenle vekâlet verenlerin vekilleri bazı teşviklerle motive etmeye çalıştıklarını ileri sürmektedirler (Stroh ve diğ., 1996: 751). Bu durum, Vekâlet Teorisi'nin temel varsayımlarından birini oluşturmaktadır. İkinci varsayım ise, bilgi ile ilgilidir. Teori, bilginin maliyeti karşılığında satın alınabilen bir şey olduğunu ileri sürmektedir (Eisenhardt, 1989: 59).

Teorinin bir diğer varsayımı, vekâlet ilişkilerinde taraflar arasında bilgi asimetrisinin olduğudur (Eisenhardt, 1989: 59). Bilgi asimetrisi kavramı; taraflardan birinin nitelik ve/veya nicelik açıdan daha fazla bilgiye sahip olması anlamına gelmektedir (Singh ve Sirdeshmukh, 2000: 151). Koçel (2014: 419) ise bilgi asimetrisini, "ortak bir amaç veya olay doğrultusunda işbirliği yapanlar arasında, olaya veya amacı gerçekleştirme faaliyetlerine ilişkin bilgi farklılığı" olarak tanımlamaktadır. Teoriye göre; vekâlet ilişkilerinde görevlerin yerine getirilebilmesi konusunda gerekli olan bilgi ve becerilere sahip olan taraf vekildir. Vekâlet veren ise; ya bu bilgi ve becerilerden yoksundur, ya bu görevlerin yerine getirilmesinde vekile göre daha az etkilidir, ya da zamanını başka görevlerin yerine getirilmesi konusunda daha verimli kullanmaktadır (Peterson, 1993: 278; Tricker, 2015: 61).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında, bilgi asimetrisi özellikle hekim ile hasta arasında görülmektedir. Hekim ve hasta arasındaki ilişkide; hizmeti sunan kişi olarak hekim, hastanın sağlık durumu hakkında daha fazla bilgiye sahiptir (Nguyen, 2011: i54). Hasta ise; kendisine sunulan sağlık hizmetinin niteliği, fiyatı ve kalitesi hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Aldığı hizmetle ilgili

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

olarak sadece gözlem ve genel bir değerlendirme yapabilmektedir. Dolayısıyla hasta, hekimi kendisi için eylemde (tıbbi kararlar alma gibi) bulunmak üzere tam yetkiyle donatmak zorundadır. Tıbbi bilgi konusundaki bu yetersizlik, hem hekim tarafından sunulan sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmeyi zorlaştırmakta hem de hekimin profesyonel bilgisini hastanın iyiliği için kullanıp kullanmadığının tam olarak bilinememesine yol açmaktadır (Hwa, 2005: 73). Bu durum; arz tarafında bulunan hekim ve hastanenin, talep tarafında bulunan hastanın tutum ve davranışlarında etkili olmasına neden olmaktadır. Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık sektörü kaynaklarının aşırı kullanılması ve harcamaların artırılması şeklinde gerçekleşebilmektedir. Hasta, sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü hekime devretmekte ve hekim de kendi gelirini maksimize etme amacıyla sağlık harcamalarını artırabilmektedir (Gaynor ve Vogt 1999: 8; Bilgili ve Ecevit, 2008: 203). Sağlık sektöründe; özellikle bakım müdahaleleri ile sağlık arasındaki teknik ilişki hakkında hastaların bilgi yetersizliği ve hekim ile hasta arasında açık bir sözleşmenin yokluğu, hastaları daha zayıf bir pozisyona düşürebilmektedir (Scott ve Vick, 1999: 111-112). Ancak hekim hastanın ihtiyaçlarını en iyi şekilde belirlediği ve hastayı da sağlık durumu ve muhtemel tedavi alternatifleri hakkında bilgilendirdiği takdirde, hizmet sunucu olarak mükemmel vekil rolünden daha az sapma göstermiş olacaktır (Hwa, 2005: 74; Nguyen, 2011: i54-5).

Vekâlet Teorisi genel olarak, vekâlet ilişkilerinde ortaya çıkan iki sorunun çözümüyle ilgilenmektedir. *Vekâlet sorunu* olarak adlandırılan ilk problem, vekâlet veren ile vekilin arzu ve amaçları çatıştığında ya da vekilin tam olarak ne yaptığından emin olmak vekâlet veren için zor ya da pahalı olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu sorun, vekâlet verenin vekilin doğru davranıp davranmadığını kanıtlayamamasından kaynaklanmaktadır. Literatürde vekâlet sorununun iki türünden bahsedilmektedir. Bu sorunlardan ilki *ahlaki tehlike (moral hazard)'*dir (Eisenhardt, 1989: 58-61). İktisat kuramcıları vekillerin; boş zaman ve rahatlığa çalışkanlıktan daha çok önem verdikleri için ilk başta anlaştıkları şekilde çalışmadıklarını, sorumluluk ve görevleri yerine getirmediklerini ileri sürmektedir. Ahlaki tehlike sorunu, vekilin örgütün çıkarları için beklenen gayreti göstermemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum literatürde vekilin aldatması ya da kaytarması olarak da ifade edilmektedir. Bir iş görenin mesai saatleri içerisinde kişisel bir iş üzerinde çalışırken işin karmaşıklığından dolayı kurum yönetiminin o iş görenin gerçekte ne yaptığını belirleyememesi ya da vekil olarak çalışan kişinin iş saatlerinde bilgisayar oyunu oynayarak vakit geçirmesi, ancak üst yönetimin bilgisayar başında çalışıyor gibi görünen çalışanın tam olarak ne yaptığını izleyememesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Vekil ne kadar özerkse ve işini yapmak için ne kadar çok özel bilgiye ihtiyacı varsa ahlaki tehlikenin o kadar yüksek olacağı ileri sürülmektedir (Eisenhardt, 1989: 61; Wasti, 2013: 114).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise ahlaki tehlikenin hem arz kanadında hem de talep kanadında ortaya çıktığı söylenebilir. Talep kanadında ortaya çıkan ahlaki tehlike, sağlık güvencesi olan bireyin hastalandığında sağlık güvencesi olmayan bireylere göre sağlık hizmetlerini aşırı bir şekilde tüketmesi anlamına gelmektedir. Bireye göre bu durum oldukça normaldir, çünkü bireyler en çok ihtiyaç duyacakları zamanlar için prim ödediklerinden bakım maliyeti konusunda endişe duymak istemezler (Flood, 2001: 3). Talep kanadındaki bu ahlaki tehlike sorunu iki şekilde gerçekleşebilmektedir. İlk olarak, bireyler nasıl olsa sigorta öder düşüncesiyle hareket ederek hasta olmasalar dahi gereksiz ya da aşırı bir şekilde sağlık hizmeti kullanmaya yönelebilirler; ikinci olarak da, sigortalı bireyler hastalandıklarında nasıl olsa sigorta öder düşüncesiyle sağlıklarına çok dikkat etmeyebilirler. Arz kanadındaki ahlaki tehlike ise, arzın talep yaratması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol oynayan hekimler; mükemmel vekil rolü ile hastanın yararına hizmet sunacakları gibi, hastanın ihtiyacı olmamasına rağmen mevcut bilgi asimetrisi nedeniyle elinde bulunan vekâleti gelirlerini maksimize etmek amacıyla kötüye kullanıp gereksiz talep de oluşturabilirler. Sunucu/arz kaynaklı talep *(induced supplier demand)* olarak isimlendirilen bu

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

problem, hizmeti sunan kişinin hastanın talep eğrisini kendi çıkarları yönünde değiştirecek eylemlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Çelik, 2011: 54; Nguyen, 2011: i53-5). Bu doğrultuda hasta adına karar veren hekimin, kendi gelirini artırmak için hastanın sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü kullanarak sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının artmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 203). Sağlık sektöründe ortaya çıkan ahlaki tehlike sorununu yönetebilmek amacıyla literatürde hem arz yönlü hem de talep yönlü bazı mekanizmalar önerilmektedir. Bu mekanizmalar; arz kanadında ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemlerinde değişiklik olarak ön plana çıkarken; talep kanadında maliyet paylaşım düzenlemeleri, başka bir ifadeyle kullanıcı katkıları şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Vekâlet sorununun literatürde bahsedilen ikinci türü ise, *ters seçim (adverse selection)'*dir. Ters seçim kavramı, vekilin yeteneğini yanlış tanıtması olarak tanımlanmaktadır. Buradaki sorun ise, vekilin işe alındığında belirli beceri ve yeteneklere sahip olduğunu iddia etmesidir. Ters seçim, vekâlet verenin bu beceri ve yetenekleri ne vekili işe alırken ne de vekil çalışırken tam olarak doğrulayamamasından kaynaklanmaktadır. Örnek olarak; bir kişinin belirli bir uzmanlık alanında deneyimlerinin olduğunu iddia etmesi ve işverenin bu durum hakkında bir yargıda bulunamaması verilebilir (Eisenhardt, 1989: 61). Top ve Öge (2012: 71)'ye göre ters seçim kavramı; "işverenin veya girişimcilerin piyasadaki yanlış, eksik, mükemmel olmayan bilgilerden dolayı çalışanlarına, tedarikçilerine, yöneticilerine ödediği fazla parayı veya katlandığı yüksek maliyet"i ifade etmektedir. Ters seçim kavramı ilk kez Akerlof (1970: 489-490) tarafından ortaya atılmış ve ikinci el araba piyasası örneği ile açıklanmıştır. İkinci el araba satıcılarının arabalar hakkında sahip oldukları bilgiden yoksun olan alıcılar, pazardaki kusurlu bir araba için "normal" bir fiyat sunabilir ve arabanın "eder"ini bilen satıcı da, normal fiyattan bu satışı kabul edebilir. Çünkü alıcıların aldıkları arabanın kalitesi hakkında fazla bilgisi yoktur. Böylece iyi bir araba ile kötü bir araba, eksik ve yetersiz bilgiden dolayı aynı fiyata satılabilmektedir.

Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise ters seçim, hastaların kendi sağlık durumları ve risk düzeyleri hakkında sigorta şirketlerinden daha fazla bilgiye sahip olmaları ve bu durumu sigorta şirketlerinden saklamalarıyla ortaya çıkmaktadır (Shmanske, 1996: 192; Gaynor ve Vogt, 1999: 7). Müşterilerinin risk durumlarını bilemeyen sigorta kuruluşları da bu nedenle sağlık açısından iyi olan bireylerle daha fazla risk altında bulunan bireyler arasında ayrım yapamamakta ve ortalama bir sigorta primi belirleme yoluna gitmektedirler. Bu durum sonucunda da düşük risk düzeyine sahip olan hastalarla yüksek risk düzeyine sahip olan hastalar aynı primi ödemek zorunda kalmaktadır. Böyle bir durum karşısında daha riskli grupta yer alan bireyler için sigortalanmak daha ucuz olurken, daha sağlıklı olanlar için daha pahalı hale gelecektir. Özel sigorta şirketleri de dolayısıyla; kendilerini düşük primler ve yüksek potansiyel maliyetlerin etkilerinden korumak için *risk seçim (risk selection)* yoluyla, portföylerindeki kötü riskleri en aza indirebilmek amacıyla ya kötü riskleri sigortalamama ya da risklere göre fiyat farklılaştırma yoluna gidebilmektedirler (Bilgili ve Ecevit, 2008: 210; Yıldırım, 2012: 27).

Genel olarak organizasyonlarda ahlaki tehlike ve ters seçim nedeniyle gözlenemeyen bu davranışlar karşısında vekâlet verenin iki seçeneği vardır. Bu seçeneklerden ilki; bütçeleme sistemleri, raporlama prosedürleri, yönetim kurulları ve ilave yönetim kademeleri gibi bilgi sistemlerine yatırım yaparak vekilin davranışlarını takip etmektir. İkinci seçenek ise; vekil davranışlarının sonuçları üzerine sözleşme yapmaktır. Bu tarz çıktı odaklı bir sözleşme vekilin önceliklerini vekâlet verenin öncelikleriyle uyumlaştırmakta, ancak riski de vekile transfer etmektedir. Öte yandan devlet politikaları, ekonomik kültür, rakip faaliyetleri, teknolojik gelişmeler de sonuçlarda kontrol edilemeyen varyasyonlara neden olabilmektedir (Eisenhardt, 1989: 61; Keskin ve diğ., 2016: 256).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Dolayısıyla, son derece iyi niyet ve gayretle çalışan bir yönetici bile beklenen sonuçları elde edemeyebilir ve sözleşmesinde vaat ettiği çıktılara ulaşamayabilir (Wasti, 2013: 114).

İkinci vekâlet sorunu ise, vekâlet veren ile vekilin riske karşı farklı tutumlara sahip olduğunda ortaya çıkan *risk paylaşım sorunu*dur. Buradaki problem ise, farklı risk tercihleri nedeniyle vekâlet veren ile vekilin farklı eylemler tercih etmesinden kaynaklanmaktadır (Eisenhardt, 1989: 58). Taraflar arasında amaç çatışması olduğu için özellikle vekil, vekâlet verene göre daha fazla riskten kaçınmak istemektedir. Bu nedenle vekâlet veren ile vekil arasında etkin bir risk paylaşımı gerçekleştirilmesi vekil için önemli bir teşvik unsuru oluşturmaktadır. Vekâlet veren ile vekil arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, en etkin sözleşmenin yapılması için tarafların riske karşı tutumlarının da incelenmesi gerektiğini ileri sürmektedirler (Keskin ve diğ., 2016: 256).

VEKÂLET TEORİSİ'NİN ORGANİZASYON TEORİSİNE KATKILARI VE TEORİYE YÖNELTİLEN ELEŞTİRİLER

Vekâlet Teorisi, genel itibariyle kökenini iktisat ve finans düşüncesinden alan ve farklı alanlardan pek çok araştırmacı tarafından kullanılan bir teoridir (Eisenhardt, 1989: 57; Karataş ve Aren, 2008: 184; Cuevas-Rodriguez ve diğ., 2012: 526-527; Wasti, 2013: 112; Meydan ve Çetin, 2015: 157). Teori; potansiyel olarak birbiriyle çatışan ve bireysel çıkarları doğrultusunda davranmak isteyen vekiller ile vekâlet verenler arasında "her iki tarafın da tatmin olabileceği" bir ilişkinin nasıl kurulabileceği sorusunu araştırmaktadır (Saruhan, 2012: 35; Keskin ve diğ., 2016: 253). Yönetim ilişkilerini özünde hissedarlar ve yönetici arasındaki bir dizi sözleşme olarak algılayan teori; bireysel, örgütsel ve bilgiyle ilgili bazı varsayımlar altında en etkin sözleşmenin belirlenmesini odağına almaktadır (Eisenhardt, 1989: 58; Tricker, 2015: 61).

Vekâlet Teorisi; örgüt sahipleri, çalışanlar, tedarikçiler ve taşeronlar arasındaki ilişkiler çerçevesinde örgütün kendi amaçlarına ulaşma gayretleriyle ilgilenmektedir (Wasti, 2013: 106). Taraflar arasında amaç birliğinin sağlanması, bireysel amaçların kurumsal amaçların önüne geçmemesi ve taraflar arasında oluşabilecek çıkar çatışmalarının engellenebilmesi için; ücretlendirme, ödüllendirme, bilgi akışını netleştirme gibi çeşitli önlemler üzerine odaklanmaktadır (Saruhan, 2012: 36). Özellikle bilgi sistemlerine yatırım yapılarak yöneticilerin fırsatçılık ve bencillik eğilimlerinin kontrol altında tutulabileceğini ve böylelikle amaç birliğinden daha az sapma gösterileceğini savunmaktadır (Eisenhardt, 1989: 60; Keskin ve diğ., 2016: 266). Örgütlerin vekâlet maliyetlerini en aza indirmek ve ekonomik verimliliği artırmak için hangi örgütsel düzenlemelerin yapılması gerektiğini araştırmak, örgüt içinde ve dışındaki kesimlerin davranışlarını kontrol etmek için oluşturulabilecek yönetişim süreçlerine de odaklanmaktadır (Wasti, 2013: 106-107). Teori, kurumsal yönetim süreçlerine dikkatli bir bakış açısı sunduğu için güçlü bir yaklaşım olarak kabul edilmekle birlikte (Tricker, 2015: 62), uzun zamandır "kara kutu" olarak nitelendirilen organizasyonların içindeki aktiviteleri incelemeye açtığı için de teorinin bir devrim niteliğinde olabileceği ileri sürülmektedir (Eisenhardt, 1989: 57-58). Teori ayrıca; yönetici ücretlendirme ve ödüllendirme planlarının yapılması, risk yönetimi, bilgi akış sistemleri tasarımı, çeşitlendirme, stratejik iş birimleri, işletmeler arası birlikteliklerde karar veren yönetici ile sahip durumundaki kişi(ler) arasındaki sorunları netleştirmek ve çözüm alternatifleri geliştirmek için de kullanılmaktadır (Dil ve Gümüştekin, 2008: 302; Koçel, 2014: 419).

Vekâlet Teorisi'nin organizasyon teorisine yaptığı katkıların yanı sıra literatürde teoriye yöneltilen bazı eleştiriler de bulunmaktadır. Bu eleştirilerden ilki, teorinin insan doğası hakkında çizdiği tablonun oldukça karamsar olmasıdır. Teoriye göre; kişiler özellikle vekiller kendi çıkarları için güdülenmişlerdir ve kendi kişisel faydalarını maksimize etmek amacıyla kendileri için avantajlı, ancak vekâlet verenler açısından zarar verici hareketlerde bulunma eğilimindedirler. Buna göre,

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

vekiller vekâlet verenlere göre daha fazla fayda sağlayabilmek için kendilerini farklı göstermek ve sorumluluklarını hakkıyla yerine getirmemek de dâhil olmak üzere her şeyi yapmaya hazırdır. Ancak bazı kuramcılara göre vekâlet verenlerin de kendilerini vekillere yanlış tanıtma olasılığı olabilmektedir. Vekiller de yaptıkları işin vekâlet verenler için gerçek değerini bilemeyebilirler. Dolayısıyla ters seçim olarak adlandırılan bu sorun aslında her iki taraf için de geçerli olabilmektedir (Wasti, 2013: 115; Tricker, 2015: 61; Keskin ve diğ., 2016: 267). Teori temelde her ne kadar yöneticilerin bireysel çıkarları doğrultusunda davranacağını savunsa da; bazı örgütlerde yöneticiler örgütlerine ve vekâlet verenlere fayda sağlayacak şekilde bilgi ve yeteneklerini üstün bir şekilde kullanırlarken, örgüte asıl zarar veren ve örgütün uzun dönemli çıkarlarını tehlikeye düşürenler vekâlet verenler olabilmektedir (Miller ve Sardais, 2011: 6).

Öte yandan bazı araştırmacılar, teorinin vekilleri harekete geçirecek şeyin kendi çıkarları olduğunu varsaydığı ve güven, örgütsel vatandaşlık, motivasyon gibi olguları değerlendirmeye almadığı yönünde bir eleştiride de bulunmaktadırlar (Meydan ve Çetin, 2015: 173; Tricker, 2015: 61). Bunun yanı sıra, bazı kuramcılara göre teoride fırsatçılık, tembellik, işten kaytarma gibi davranışlar abartılı bir şekilde ele alınmaktadır. Bu kuramcılar çalışanların her zaman yöneticiler tarafından harekete geçirilmesi gerekmediğini, her yaptıklarının arkasında maddi çıkarlar olmadığını, çoğu zaman fazladan sorumluluk almak için gönüllü olabileceklerini, dürüst ve yardımsever davranışlarda bulunabileceklerini ifade etmektedirler. Vekâlet Teorisi'nin bu varsayımı kesin olarak kabul edilirse iyi niyetle yapılmış bazı davranışların arkasında bile açgözlülük veya tembelliğin görülebileceği ileri sürülmektedir (Wasti, 2013: 115). Yapmış olduğu tüm katkılara rağmen, örgütsel araştırmacılar açısından teorinin öneminin çok açık olmadığı (Eisenhardt, 1989: 58) ve hatta bazı örgüt kuramcılarının yönetsel ve örgütsel problemleri çözmede Vekâlet Teorisi'nin gerçek değerini görmezden gelme eğiliminde olduğu da ifade edilmektedir (Miles, 2016: 37).

TARTIŞMA

Örgütsel yönetim anlayışına yeni bir bakış açısı getiren Vekâlet Teorisi çoğunlukla soyut bir felsefe olarak literatürde kendine yer edinmiştir. Ancak yapılan bazı araştırmalar, söz konusu teori perspektifinde çeşitli değişkenlerin incelenmesiyle teorinin daha somut bir hal alabileceğini ve bu doğrultuda sağlık sektörü açısından bazı önemli bulgulara ulaşılabileceğini de ortaya koymaktadır (Vick ve Scott, 1998; Hwa, 2005; RAND, 2006; Leonard, 2009; Wong ve diğ., 2010; Nguyen, 2011; Hewitt-Taylor ve Bond, 2012; Jiang, Lockee ve Fraser, 2012; Lee ve diğ., 2013). Örneğin Vick ve Scott (1998: 587-589) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve hasta arasındaki vekâlet ilişkilerinde hastalar için önem taşıyan özellikleri ortaya koymak amacıyla İskoçya'da yaşları 16-70 arasında değişen 160 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada; hastaların en çok önem verdikleri özelliğin *«hekimle konuşabilme»*, en az önem verdikleri özelliğin ise *«tedaviyi kimin seçtiği»* olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların her zaman daha fazla bilgiyi tercih ettikleri saptanmıştır. Vekalet ilişkisi perspektifinde Malezya'da faaliyet gösteren bir kamu ve bir özel hastaneye başvuran 158 diyabet hastasının klinik konsültasyon esnasındaki bilgi tercihlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise; söz konusu iki hastanenin hastalarının da aldıkları bilginin niceliğinden çok niteliğine önem verdikleri saptanmıştır (Hwa, 2005: 71).

ABD'de 65 yaşın altında olan 7700 bireyden oluşan 2750 aile üzerinde gerçekleştirilen RAND Sağlık Sigortası Deneyi (RAND Health Insurance Experiment)'nde; maliyet paylaşımlarının hemen hemen tüm sağlık hizmetleri kullanım oranını azalttığı ve bu durumun katılımcıların sağlığı üzerinde genel olarak olumsuz etkiler yaratmadığı tespit edilmiştir (RAND, 2006: 1). Kamerun'un Mbonge şehrinde rastgele seçilen 40 köyden rastgele seçilen 20 haneden toplanan verilerle yapılan bir çalışmada, mükemmel bir vekâlet ilişkisinin olmadığı durumlarda sağlık hizmetleri kullanım oranının en az %160

oranında artabileceği tespit edilmiştir (Leonard, 2009: 282-285). Hong Kong'da 2005 yılında gerçekleştirilen Thematic Household Survey verileriyle gerçekleştirilen bir araştırmada ise; sigorta kapsamında olan ve olmayan bireylerin ayakta ve yatan hasta olarak sağlık hizmeti kullanımları karşılaştırılmış ve bu bireyler arasında ahlaki tehlikenin varlığı değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda; istihdamdan kaynaklanan yarar kapsamının (employment-based benefits coverage) Hong Kong'da ayakta ve yataklı sağlık hizmeti erişim ve kullanım yoğunluğunu artırarak (kamu hastaneleri dışında) yüksek derecede ahlaki tehlikeye yol açtığı ortaya konulmuştur. Kişinin kendisinin satın aldığı sigortanın (self-purchased insurance) ise sağlık bakım hizmetlerine olan talebi artırmadığı bulunmuştur (Wong ve diğ., 2012: 24).

Nguyen (2011: i53)'in Vietnam Ulusal Sağlık Araştırması aracılığıyla 158.000'den fazla kişinin sağlık durumları, sigortalılık durumları ve kullanımları ile kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularının harcamalarıyla ilgili elde edilen veriler doğrultusunda yaptığı bir araştırmada; özel sağlık hizmeti sunucularının benzer hastalık ve hasta profili için kamu sunucularından daha fazla ilaç yazarak talebi artırma eğiliminde (arzın talep yaratması) oldukları belirlenmiştir. Bu durumun nedeninin özel sağlık hizmeti sunucularının hastalar arasında daha fazla güven kazanmak istemeleri olduğu ve hastaların yüksek eğitim derecesine sahip olmalarının ise özel sağlık hizmeti sunucularının yarattığı bu talep artışını azaltmaya olanak sağladığı tespit edilmiştir. Hewitt-Taylor ve Bond (2012: 1-7) tarafından diyabetle ilgili tartışmaların olduğu en aktif 4 internet sitesinde Kasım 2010 tarihinde yapılan tüm paylaşımlar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada ise; hekim-hasta ilişkisi bağlamında diyabet hastalarının her zaman hekimlerin kendileriyle aynı fikirde olmalarını beklemedikleri, ancak kendilerine saygı gösterilmesini, kendilerinin dinlenilmesini ve fikirlerin açıkça tartışılmasını istedikleri ve bunları yapan hekimlere de değer verdikleri bulunmuştur.

Jiang ve diğ. (2012: 144); Vekâlet Teorisi perspektifiyle kalite denetimi hakkında yönetim kurullarının rol ve uygulamalarını araştırmış ve bu uygulamaların benimsenmesiyle ilgili olarak hastanelerin kalite performanslarını karşılaştırmıştır. Bu kapsamda, 2007 yılında The Governance Institute tarafından yürütülen bir çalışmadaki yönetim kurulu uygulamalarına ilişkin veriler ile iki federal kaynaktan çekilen hastane kalitesi verilerini kullanarak ABD'deki toplam 445 kamu ve vakıf hastanesine ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, Vekâlet Teorisi'yle tutarlı olarak 13 yönetim kurulu uygulamasının yönetim kurulunun, yönetimin ve sağlık personelinin hesap verebilirliğini artırdığı yönünde bir bulgu elde edilmiştir. En yaygın uygulamanın hastanenin kalite performansının düzenli olarak değerlendirilmesi olduğu belirlenmiştir. Hesap verilebilirliği artıran diğer uygulamalardan bazıları ise; kalite kriterlerini karşılamak için yeni temel klinik programların oluşturulması, teorik olarak ideal seviyede bazı kalite hedefleri oluşturma, kalite üzerine oluşturulan tartışma gündemlerine yönetim kadar yönetim kurulunun ve sağlık personelinin de katılımının sağlanması, hastanenin kalite/güvenlik performansıyla ilgili olarak halka raporlamada bulunması şeklindedir. Araştırmacılar söz konusu çalışmanın sağlık sektörü açısından ters seçim ve ahlaki tehlike gibi potansiyel vekâlet problemlerini belirlemede etkili uygulamalar ortaya koyma açısından bir rehber görevi görebileceğini ifade etmişlerdir. Diğer hastanelerin yönetim kurullarına da bu anlamda kendi uygulamalarını incelemelerini ve hesap verebilirliklerini artırmak için bu uygulamaları benimsemelerini önermişlerdir. Kore'de 489 hasta üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise; birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesinin 4 yıllık bir hekim-hasta ilişkisinden sonra anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur (Lee ve diğ., 2013: 508-13).

Vekâlet Teorisi öğretilerinin sağlık sektöründeki yansımalarına yer veren bazı ulusal çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Özçakır (2004: 411) tarafından yapılan bir çalışmada, hekim ile hasta arasında görülen bazı etkileşim modellerinden ve bu etkileşim sürecinde hastayla tıbbi kararın paylaşımı konusunun öneminden bahsedilmiştir. Gezergün, Şahin, Tengilimoğlu, Demir ve Bayer

(2006: 129) tarafından Ankara'da bir eğitim hastanesine başvuran 403 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, hekim-hasta ilişkisi hasta bakış açısına göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; hekimin teknik yeterliliği, hekime duyulan güven, hekimin davranış şekli, hekimin hastayı bilgilendirme düzeyi, hekimin kullandığı dil ve iletişim ile hekimle ilgili genel izlenimin hastaların yaşına, hekimin adını bilip bilmemelerine, görüşme süresine, genel sağlık durumlarına ve başvurdukları polikliniğe göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Elazığ'da faaliyet gösteren üç hastaneye başvuran 400 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada da, hekim ile hasta arasındaki ilişki hasta bakış açısından incelemeye alınmıştır. Araştırma sonucunda; hekimlerin büyük bir oranının hastalarıyla kurdukları iletişimde mesleki bir dil kullandıkları, hastaların büyük bir kısmının hekimlerin verdikleri bilgileri anlamadıkları, hastaların verilen bilgileri anlamadıkları halde hekime soru yöneltmemelerinin nedenleri arasında "utangaçlık", "çekingenlik" veya "sorulsa da bilgi alamayacağı hissi" gibi unsurların yer aldığı, hastaların anlaşılmayan bilgiler için yine sağlıkla ilgili (hemşire, başka hekimler) diğer kişilere veya aynı rahatsızlığı yaşayanlara yöneldikleri, hekimlerin önemli bir kısmının hasta ile sağlıklı bir iletişim kurmak, anlamak veya hastayı rahatlatmak için çaba göstermedikleri ve herhangi bir hekimin iletişimsel tutumundan hoşnut olan hastaların sürekli o hekimi tercih etmelerinde etkili olduğu gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Yağbasan ve Çakar, 2006: 627).

Bilgili ve Ecevit (2008: 201) sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerinden belirsizlik ve asimetrik bilgiyi inceleyerek asimetrik bilginin neden olduğu problemlerden ters seçim, ahlaki tehlike ve arzın talep yaratması kavramlarını ele almışlar ve bu problemlerin çözümüne yönelik olarak arz ve talep yanlı maliyet paylaşımı ve karma ödeme sisteminden bahsetmişlerdir. Yıldırım, Yıldırım ve Erdem (2011: 93-94) tarafından yapılan bir çalışmada ise, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları genel hatlarıyla ortaya koyulmaya çalışılmış ve çalışma sonucunda Türkiye sağlık hizmetleri ortamı için yapılan bazı değerlendirmelerde, hem fayda hem de zararları bir arada bulunduran kullanıcı katkılarının kendisinden beklenen faydaların elde edilmesi ve olumsuz etkilerinin de en aza indirilmesi için yoksullar ve diğer kolay zarar görebilecek kesimler için koruma mekanizmalarının etkili ve güçlü bir biçimde sistemde kullanılması gerekliliğinden bahsedilmiştir. Akkaş (2012: iii) tarafından vekâlet ilişkisi çerçevesinde hekimlere yönelik olumsuz algılamaların (tıbbi hatalar, maddi çıkar elde etme, gereksiz yere talep yaratma) incelenmesi hedeflenerek Isparta il merkezindeki hastanelerde görev yapan hekimlerin ve bu hastaneye gelen hastaların algılarının değerlendirildiği bir tez çalışmasında ise; hastaların hekimlere bakış açısı ile hekimlerin meslektaşlarına olan bakış açısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş olup, hastaların hekimlere olan güvenlerinin hekimlerin meslektaşlarına olan güvenlerinden daha düşük olduğu; hekimlerin maddi çıkar elde etme davranışları, etik problemlere kaynaklık etmeleri, tıbbi kötü uygulamada bulunma ve informel ödemeler alma eğilimleri gibi bulundukları vekil konumuna yönelik olumsuz algıların hastalarda hekimlere nispeten daha belirgin durumda olduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; Vekâlet Teorisi'nin tarihsel gelişim süreci ve kavramsal çerçevesi çizilerek teorinin temelinde var olan vekâlet ilişkisinin beraberinde getirdiği problemler sağlık sektörüne olan yansımalarıyla birlikte ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Ayrıca; söz konusu teorinin organizasyon teorisine yaptığı katkılar ve teoriye yöneltilen eleştirilere yer verilerek, teorinin öğretileri çerçevesinde sağlık alanında yapılan bazı ulusal ve uluslararası araştırmalara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Vekâlet Teorisi oldukça soyut bir yaklaşım olmasına rağmen, ulusal ve uluslararası çalışma sonuçları; teorinin iletişim yetenekleri, hasta memnuniyeti, sağlık bakım hizmetleri kalitesi, sağlık hizmetleri

kullanımı gibi çeşitli değişkenlerle birlikte incelenebilecek ve bu bağlamda sağlık sektörü için önemli çıkarımlarda bulunulabilecek kadar geniş kapsamlı bir teori olduğunu göstermektedir. Öte yandan yapılan çalışmaların çoğu Vekâlet Teorisi perspektifinde sadece hekim ve hasta arasındaki ilişkilere odaklanmakta ise de (Vick ve Scott, 1998; Hwa, 2005, Gezergün ve diğ., 2006; Yağbasan ve Çakar, 2006; Akkaş, 2012; Hewitt-Taylor ve Bond, 2012; Lee ve diğ., 2013), sağlık sektöründeki tek vekâlet ilişkisinin hekim ile hasta arasında olmadığının vurgulanmasında da fayda vardır. Jones ve Zanola (2001: 165) sağlık sektöründe çok sayıda aktör (devlet, toplum, sigorta kuruluşları, hizmet sunucuları gibi) olduğundan ve bu anlamda hekim ile hasta arasındaki ilişkinin dışında 11 farklı vekâlet ilişkisinin bulunduğundan (örneğin; hasta-sigorta kuruluşları, hekim-sigorta kuruluşları, devlet-sigorta kuruluşları, devlet-hastane, hekim-hastane gibi) bahsetmektedir. Dolayısıyla bu aktörler arasındaki vekâlet ilişkilerini inceleyecek çalışmalara da ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık hizmetleri sektöründe mükemmel olmayan bir vekâlet ilişkisi varlığının; hasta bütçesi, sigorta kuruluşu bütçesi ve toplamda da ülke bütçesine olan mali külfetinin boyutunu ortaya koyacak çalışmaların yapılmasının durumun mahiyetini göstermek açısından oldukça önemli olduğu ifade edilebilir.

KAYNAKÇA

Akerlof, G.A. (1970). The market for lemons: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics, 84*(3), 488-500.

Akkaş, E. (2012). "Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği", Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Banerjee, S.B. (2007). Corporate Social Responsibility: The Good, The Bad and The Ugly. UK: Edward Elgar Publishing Limited.

Banerjee, R., Bergen, M., Dutta, S. and Ray, S. (2012). Applications of Agency Theory in B2B marketing: Review and future directions, in G. L. Lilien & R. Grewal (eds.), *Handbook of Business-to-Business Marketing*, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 41-53.

Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008) Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11*(2), 201-228.

Cuevas-Rodriguez, G., Gomez-Mejia, L.R. and Wiseman, R.M. (2012). Has Agency Theory Run its Course? Making the Theory more Flexible to Inform the Management of Reward Sytems. *Corporate Governance: An International Review, 20*(6), 526-546.

Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Dil, M. ve Gümüştekin, G.E. (2008). Vekâlet Teorisinin Aile İşletmelerine Katkıları ve Model Önerisi. in T. Koçel (ed.), *3. Aile İşletmeleri Kongre Kitabı*, İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 78, İstanbul: Golden Medya Matbaaacılık ve Tic. A.Ş, 301-312.

Eisenhardt, K.M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review, 14*(1), 57-74.

Fama, E.F. and Jensen, M.C. (1983). Separation of Ownership and Control. *Journal of Law & Economics, 26*(2), 301-325.

Flood, C.M. (2001). International Experience with Managed Care, Managed Competition and Internal Markets: Lessons for Canada. 01.12.2015 tarihinde <http://www. parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/volume3ver3-e.pdf> adresinden alınmıştır.

Gaynor, M. and Vogt, W.B. (1999) Antitrust and Competition in Health Care Markets. *NBER Working Paper*, No: 7112, 1-89.

Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E. (2006) Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6*(1), 129-144.

Hewitt-Taylor, J. and Bond, C.S. (2012). What E-Patients Want From the Doctor-Patient Relationship: Content Analysis of Posts on Discussion Boards. *Journal of Medical Internet Research, 14*(6), e155: 1-9.

Hill, C.W.L. and Jones, T.M. (1992). Stakeholder- Agency Theory. *Journal of Management Studies, 29*(2), 131-154.

Hwa, Y.S. (2005). Principal-Agent Relationship in Medical Care: Eliciting Patients' Preferences in Patient-Doctor Relationship. *Jurnal Ekonomi Malaysia, 39*, 71-88.

Jensen, M.C. and Meckling, W.H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. 28.02.2017 tarihinde <https://www2.bc.edu/thomas-chemmanur/phd fincorp/MF891%20papers/Jensen%20and%20Meckling%201976.pdf> adresinden alınmıştır.

Jensen, M.C. (1983). Organization Theory and Methodology. *The Accounting Review, 58*(2), 319-399.

Jiang, H.J., Lockee, C. and Fraser, I. (2012). Enhancing Board Oversight on Quality of Hospital Care: An Agency Theory Perspektive. *Health Care Management Review, 37*(2), 144-153.

Jones, A. and Zanola, R. (2001). Agency and Health Care. in M. Marrelli & G. Pignataro (ed.), *Public Decision-Making Processes and Asymmetry of Information*, New York: Springer Science+Business Media, LLC.

Karataş, A. ve Aren, S. (2008). Vekâlet Teorisi ve Bilgi Asimetrisi Problemi. in A. Özyılmaz ve F. Ölçer (ed.), *Güncel Yönetim ve Organizasyon Yaklaşımları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 183-204.

Keskin, H., Akgün, A.E. ve Koçoğlu, İ. (2016). Örgüt Teorisi (1. bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

Koçel, T. (2014). İşletme Yöneticiliği (Genişletilmiş 15. bs.). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Labelle, R., Stoddart, G. and Rice, T. (1994). A Re-Examination of the Meaning and Importance of Supplier Induced Demand. *Journal of Health Economics, 13*, 347-368.

Lee, J., Choi, Y., Lee, S.H., Sung, N., Kim, S. and Hong, J.Y. (2013). Association of the Length of Doctor-Patient Relationship with Primary Care Quality in Seven Family Practices in Korea. *Journal of Korean Medical Science, 28*, 508-515.

Leonard, K.L. (2009). The Cost of Imperfect Agency in Health Care: Evidence from Rural Cameroun. *Journal of Development Economics, 88,* 282-91.

Luhman, J.T. and Cunliffe, A.L. (2012). Key Concepts in Organization Theory (1st. ed.). Sage Publications.

Meydan, C.H. ve Çetin, F. (2015). Vekâlet Kuramı. in H.C. Sözen & H.N. Basım (ed.), *Örgüt Kuramları (3. bs.),* İstanbul: Beta Basım A. Ş., 157-177.

Miles, J.A. (2016). Yönetim Organizasyon Kuramları (1. Basımdan Çeviri). Çev. Ed. M. Polat & K. Arun, Çev. C.H. Meydan & M.E. Bayık. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

Miller, D. and Sardais, C. (2011). Angel Agents: Agency Theory Reconsidered. *The Academy of Management Perspectives, 25*(2), 6-13.

Morris, S. (2013). Health Economics for Nurses: An Introductory Guide. USA: Routledge Taylor & Francis Group.

Morschett, D., Schramm-Klein, H. and Zentes, J. (2010). Strategic International Management: Text and Cases (2nd. ed.). Netherlands: Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Neuman, E. and Neuman, S. (2007). Agency in Health-Care: Are Medical Care-Givers Perfect Agents?. *IZA Discussion Paper,* April, 1-14.

Nguyen, H. (2011). The Principal-Agent Problems in Health Care: Evidence from Prescribing Patterns of Private Providers in Vietnam. *Health Policy and Planning, 26,* i53-i62.

Olsen, J.A. (2009). Principles in Health Economics and Policy. New York: Oxford University Press.

Özçakır, A. (2004). Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri. *Türkiye Klinikleri, 24,* 411-415.

Peterson, T. (1993). The Economics of Organization: The Principal-Agent Relationship. *Acta Sociologica, 36,* 277-293.

RAND (2006). The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. 26.03.2017 tarihinde http://www.rand.org adresinden alınmıştır.

Ross, S.A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *The American Economic Review, 63*(2), 134-139.

Saruhan, Ş.C. (2012). Yönetim Düşüncesinin ve Uygulamalarının Gelişimi. in S. Besler & H.Z. Tonus (ed.), *Yönetimde Güncel Yaklaşımlar,* Eskişehir: T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2-45.

Scott, A. ve Vick, S. (1999). Patients, Doctors and Contracts: An Application of Principal-Agent Theory to the Doctor-Patient Relationship. *Scottish Journal of Political Economy, 46*(2), 111-134.

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

Singh, J. ve Sirdeshmukh, D. (2000). Agency and Trust Mechanisms in Consumer Satisfaction and Loyalty Judgments. *Journal of the Academy of Marketing Science, 28*(1), 150-67.

Solomon, J. (2007). Corporate Governance and Accountability (2. ed.). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Stroh, L.K., Brett, J.M., Baumann, J.P. and Reilly, A.H. (1996). Agency Theory and Variable Pay Compensation Strategies. *Academy of Management Journal, 39*(3), 751-67.

Top, S. and Öge, E. (2012). İşletmelerde Vekâlet Teorisinin Öngörü ve Varsayımları Bağlamında Yönetim Olgusuna Genel Bir Bakış. *T. C. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi, 27-28*, 62-83.

Tricker, B. (2015). Corporate Governance: Principles, Policies, and Practices (3. ed.). UK: Oxford University Press.

Ülgen, H. and Mirze, S.K. (2014). İşletmelerde Stratejik Yönetim (7. bs.). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Vick, S. and Scott, A. (1998). Agency in Health Care: Examining Patients' Preferences for Attributes of the Doctor-Patient Relationship. *Journal of Health Economics, 17*, 587-605.

Wasti, N. (2013). İktisadi Örgüt Kuramları. in D. Taşcı & E. Erdemir (ed.). *Örgüt Kuramı*, Eskişehir: T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 104-119.

Wong, I.O.L., Lindner, M.J., Cowling, B.J., Lau, E.H.Y., Lo, S. and Leung, G.M. (2010). Measuring Moral Hazard and Adverse Selection by Propensity Scoring in the Mixed Health Care Economoy of Hong Kong. *Health Policy, 95*, 24-35.

Yağbasan, M. ve Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15*, 609-629.

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi, 44*(2), 71-98.

Yıldırım, H.H. (2012) Sağlık Sigortacılığı. T.C. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.