

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu

HEKİMLERİN DEĞERLENDİRMESİ İLE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME



HEKİMLERİN DEĞERLENDİRMESİ İLE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
ETİK KURULU**

2009 ANKARA



Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme



*Birinci Baskı, Haziran 2009, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



ISBN 978-605-5867-18-8

TÜRK TABİPLERİ BİRLİğİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

ÖNSÖZ

Sağlık politikaları konusunda atılacak adımların toplumu nasıl etkileyeceği, özellikle de gelişmelerin, daha fazla kişiyi içine alacak şekilde “nitelikli yaygınlaşma” yönünde mi, yoksa sınırlı bir kesime hizmet verme şeklinde “özelleştirme” biçiminde mi işleyeceği, tıp etiği alanının temel bir sorusunu oluşturmaktadır ve bu nedenle de TTB Etik Kurulu’nun ilgi alanına girmesi bir anlamda kaçınılmazdır. Bu çalışma, TTB Etik Kurulu olağan toplantılarında, Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin önemli boyutlarından performansa dayalı ödemenin sağlık hizmeti veren hekimlerce nasıl değerlendirildiğini anlamak düşüncesi ile şekillenmiş ve gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada pek çok kişinin emeği bulunmaktadır. Araştırma özellikle anket oluşturma aşamasında etik kurul üyelerinin katılımı sağlanarak tartışılmış ve son haline getirilmiştir. Araştırma Prof.Dr. Hayriye Erbaş ve Prof.Dr. Nurgün Platin tarafından raporlaştırılmıştır.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda geliştirilen önerilerin dikkate alınması dileğiyle.

TTB Etik Kurulu

Katkıda bulunanlar

Prof.Dr. Hayriye Erbaş

(Araştırma koordinatörü, planlama, verilerin değerlendirilmesi ve rapor yazımı)

Prof.Dr. Nurgün Platin

(Eleştirel değerlendirme, rapor yazımı)

Prof.Dr. Berna Arda

Dr. Eriş Bilalođlu

Dr. Nihat Bulut

Dr. Murat Civaner

Doç.Dr. İsmail Demirdöven

Dr. Cemal Güvercin

Dr. Ali Gököz

Prof.Dr. İskender Sayek

Dr. Müge Yetener

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	3
İÇİNDEKİLER	5
GİRİŞ	8
1. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNA İLİŞKİN MODELLER	10
2. YENİ DÜZENLEMELER	12
3. METODOLOJİ	15
3.1. Amaç ve Önem	15
3.2. Metodoloji	16
3.3 Benimsenen Yaklaşım	16
4. BULGULAR ve TARTIŞMA	19
4.1. Demografik Özellikler ve Sosyal Göstergeler ile Hekim Profili	19
4.2. Hekimlerin Mesleklerini Değerlendirmeleri	24
4.3. Hekimlerin Tıp Eğitimine Bakışı	30
4.4. Hekimlerin Sağlık Politikaları ve Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Bilgiye Ulaşma Kaynakları	32
5. HEKİMLERİN PERFORMANS UYGULAMASININ SONUÇLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ	34
5.1. Performans Uygulamasının Çalışma Düzenine Etkisi	36
5.2. Performans Uygulamasının Eğitime Etkisi	39
5.3. Performans Uygulamasının Yönetimsel Boyut ve Çalışma İlişkilerine Etkisi	41
5.4. Performans Uygulamalarının Kurum İçi ve Dışı İletişime Etkisi	45
6. HEKİM DEĞERLENDİRMELERİ İLE PERFORMANS UYGULAMASININ TOPLUMSAL SONUÇLARI ve OLMASI GEREKEN HİZMET SUNUM BİÇİMİ	48
6.1. Hekim Değerlendirmeleriyle Performans Süreci Sonuçları	48
6.2 Hekim Değerlendirmeleriyle Olması Gereken Sağlık Hizmeti Sunum Biçimi	51
7. SONUÇ	54
7.1. Performans Uygulamasının Çalışma Düzenine Etkisi	54
7.2. Performans Uygulamasının Eğitime Etkisi	54
7.3. Performans Uygulamasının Yönetimsel Boyutu ve Çalışma İlişkilerine Etkisi ..	54
7.4. Performans Uygulamasının Kurum İçi ve Kurum Dışı İletişimine Etkisi	55
7.5. Performans Uygulamasının Çalışılan Yere Göre Etkileri	55
7.6. Hekimlerin Performans Uygulamasının Toplumsal Sonuçlarına İlişkin Düşünceleri ve Önerdikleri Hizmet Sunum Biçimi	56
KAYNAKÇA	58
EK. ANKET FORMU	59

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Hekimlerin demografik özellikleri.....	20
Tablo 2 Hekimlerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri	21
Tablo 3 Hekimlerin mezuniyet dönemleri ve mesleki özellikleri.....	22
Tablo 4 Hekimlerin sosyal göstergeleri	23
Tablo 5 Hekimlerin tıp alanına yöneliş biçimi	24
Tablo 6 Hekimlerin mesleklerini yeniden seçme durumları	25
Tablo 7 Hekimlerin hekimlik mesleğinin taşıdığı anlama ilişkin ifadelere katılma durumları.....	30
Tablo 8 Hekimlerin tıp eğitiminde yer alan sosyal ve beşeri bilimlere ilişkin görüşleri.....	31
Tablo 9 Hekimlerin eğitimlerinde etik dersi alma durumları	32
Tablo 10 Hekimlerin sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda bilgi düzeyleri.....	33
Tablo 11 Performans uygulamasına ilişkin ilk bilgi kaynakları.....	34
Tablo 12 Hekimlere göre performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi	36
Tablo 13 Hekimlerin performans uygulamasının çalışma düzenine etkisini önemseme durumları.....	37
Tablo 14 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi	38
Tablo 15 Hekimlere göre performans uygulamasının eğitime etkisi.....	40
Tablo 16 Hekimlerin performans uygulamasının eğitime etkisini önemseme durumları.....	40
Tablo 17 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının eğitime etkisini önemseme durumları	41
Tablo 18 Hekimlere göre performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi	42
Tablo 19 Hekimlerin performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisini önemseme durumları.....	43
Tablo 20 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi	44
Tablo 21 Hekimlere göre performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişime etkisi.....	45
Tablo 22 Hekimlerin performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişim üzerine etkisini önemseme durumları	46
Tablo 23 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişim üzerine etkisi	47

Tablo 24 Hekimlere göre performans uygulamasının hekimlik mesleği üzerine etkileri.....	48
Tablo 25 Hekimlere göre performans uygulamasının sağlık sistemine olası etkileri	50
Tablo 26 Hekimlerin ücret politikasına ilişkin görüşleri	51
Tablo 27 Hekimlerin olması gereken sağlık hizmeti sunum biçimine ilişkin görüşleri ...	52
Tablo 28 Hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum biçimine ilişkin görüşleri	53

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1 Hekimlerin yeniden bu mesleği seçmeme nedenlerinin dağılımı.....	25
Grafik 2 Hekimlerin yeniden bu mesleği seçme nedenlerinin dağılımı.....	28

GİRİŞ

İçinde yaşadığımız dönemde ülkemiz açısından pek çok alanda radikal dönüşümler yaşanmaktadır. Bu dönüşümlerin en yoğun yaşandığı alanların başında sağlık gelmektedir. Çünkü sağlık toplumun geleceği açısından en etkili alanlardan biri olma özelliği açısından, politik müdahaleye de en uygun zemini oluşturur. İnsan bedeni ve sağlığı üzerine politika üretme artık “bio-politika” olarak adlandırılan bir çalışma alanının oluşmasına götürecektir düzeye çıkabilmiştir. Ülkemizde sağlık alanındaki dönüşümler bir anlamda toplumun geleceğini etkileme/belirleme açısından insan bedeni üzerinden politika yapmaya götürmekte ve sonuç açısından bu alan bir sektör biçimine dönüştürülmektedir.

Bilindiği üzere ülkemizde 1980 sonrasında gelişme ve kalkınma stratejisi olarak farklı bir döneme girildi. Bu değişiklik temelde devletin küçülmesi ve özelleştirmelerle gelişmiş, bunun sonucu olarak da toplumsal sınıflar arasındaki eşitsizliği derinleştirmiştir. Sağlık alanındaki uygulamalarda da makro anlamda değişim işsizleşen ya da istihdam edilemeyen kesimlerin artışı söz konusu oldu. Bunun ardından devletçe sunulan hizmetler giderek artan bir oranda özel sağlık hizmeti veren kuruluşlarca verilmeye başlandı. Şimdilerde Türkiye’de nüfusun beşte biri hiçbir sağlık güvencesine sahip değildir. Buna iptal edilecek yeşil kartlar da eklendiğinde durum daha da vahim görünmektedir. Dolayısıyla en önemli vatandaşlık haklarından biri olan sağlığın neo-liberal ve özelleştirmeci politikalar yoluyla rant sağlayan bir sektöre dönüştüğü söylenebilir.

Ülkemizde sağlık alanında radikal dönüşümlere gidilmesi sermaye sözcüsü hükümetler tarafından “daha iyi hizmet “sunma ya da AB standartlarına uyma (özellikle Aile Hekimliği bağlamında) olarak gerekçelendirilmektedir Ancak bu dönüşümün, süreci sağlık alanının tahribine götürmekte olduğu görülmektedir. Örneğin İstanbul Eczacı Odası Başkanı Zafer Kaplan’ın açıklamasına göre sağlıkta dönüşümün başlamış olduğu ilk alan olarak ilaçta, programın başlamasından bu yana ilaç harcamalarının %44 artmış olması bu durumu çok iyi açıklamaktadır. 2010 yılında Türkiye’nin dünyanın en büyük 10 ilaç pazarı içinde olacağı öngörüsü de üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Uygulamaların gidişatı toplumun sağlığının giderek bozulduğu yönündedir. Sağlık alanında gerçekleştirilmeye çalışılan dönüşümler insan yaşamını doğrudan ilgilendirdiğinden bu dönüşümün olası sonuçlarının ve özellikle de olumsuz sonuçlarının etik açıdan ele alınması oldukça önemlidir. Bu nedenle de bu dönüşüm sürecinde yapılanlar, yapılmakta ve yapılacak olanların öncelikle sağlık hizmeti veren hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde halihazırda ve gelecek dönemdeki etkilerinin neler olacağı, sağlık hizmetini alan kesimlerin nasıl etkileneceği önemli bir araştırma konusudur. Tıp etiği hem sınırlı kaynakların paylaşılması, hem hekim kimliğinin değer aşınmasına uğramadan korunması, meslek içi dayanışmanın geliştirilmesi ve çalışma ortamının hizmetin en iyi biçimde verilmek üzere oluşturulması açısından önemlidir. Sağlıkta Dönüşüm’ün genel yaklaşımı tıp etiği açısından ele alındığında şimdiden son derece önemli

sorunlara yol açmış, yakın gelecekte de daha büyük sorunlara yol açacak gibi görünmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları açısından görmezden gelinmesi mümkün olmayan ve aksine bir tutum geliştirmeyi, öneriler üretmeyi zorunlu kılan gerektiren bir durum olduğu açıktır.

Sağlık ve eğitim hakkı en temel insan haklarından ve bu nedenle de devletin sorumluluk alanları içinde olmalıdır. Bu hizmetin finansmanı sağlayan, yöneten yada hizmeti sunan kişilere bırakılması ve sağlık çalışanlarının düşüncelerinin görmezden gelinmesi durumu anti demokratik olduğu gibi yanlış uygulamalara da davetiye çıkartmak anlamına gelebilir. Bu çalışma sağlık politikaları ve uygulamalarının belirlenmesinde sağlık çalışanlarının deneyimlerinden elde edilen saptama ve önerilerinin önemli olduğu düşüncesinden hareketle gerçekleştirilmiş olup sağlık sisteminin dönüştürülmesinde önemli bir değişiklik olarak uygulanmaya başlanan performans sistemi konusunda hekimlerin görüş ve önerilerini açığa çıkarmaya yöneliktir.

1. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNA İLİŞKİN MODELLER

Sağlık alanındaki temel yaklaşımlar, devlet ve vatandaş ilişkisi bağlamında; sağlığın yerinin ne olduğu konusundaki egemen anlayışla şekillenmekte ve bunun sonucunda sağlık ya “bireysel bir sorumluluk” ya da bir “hak” olarak görülmektedir. Bu anlamda, sağlığın ayırım yapılmaksızın herkese genel vergilerden karşılanan, eşit ve ulaşılabilir bir hak olarak sunulduğu ve Beveridge modeli olarak adlandırılan Ulusal Sağlık Sistemleri modeli ile istihdam temelli ve prime dayalı Bismarckçı model en önde gelen modellerdir. Bu model dışında ABD’de uygulanan özel sigorta sistemi modelinden söz edilebilir. ABD’de sağlık bireysel bir sorumluluk olarak tanımlanmakta ve alınacak hizmetin kapsamı ödenen prime göre belirlenmektedir.

Beveridge modeli İngiliz modeli (NHS) ile temsil edilmekte ve vergi temelli şekillendirilmiş bir model iken, ikincisi 19. yüzyılda Almanya’da ortaya çıkan ve yaratıcısı olan Bismarck’tan alan bir modeldir. Bu modellerin dışında Shemashko olarak adlandırılan Sovyetler Birliği dağılmadan önce Orta ve Doğu Avrupa’daki sosyalist ülkelerde uygulanan sağlık sistemi mevcuttur. Bu sistem adını Sovyetler Birliği’nin ilk başkanından almaktadır. Bu sistem de her vatandaşın sağlık hizmetinin alması hedefleyen ve kapsamı oldukça büyük bir merkezi sistemdi.

Güney Avrupa ülkelerinde uygulanan bir sağlık sistemi, geleneksel aile temasına vurgu yapması nedeniyle “Bismarckçı korporatizm” olarak adlandırılmaktadır. Hizmet öncelikle erkeklere verilmekte, kadın eş durumundan çocuklar ise ebeveyn üzerinden bu hizmetlerden yararlanmaktaydı. Öncelik memurlarda olmak üzere sırasıyla, işçiler, serbest meslek sahipleri ve en son yoksul aileler bu hizmetlerden yararlanabilmekteydi. Kısacası bu sistem diğerlerine göre oldukça düşük bir kapsayıcılık taşımakta ve bu nedenle de özünde her vatandaşın sağlık hizmeti almasını hedeflememektedir.

Günümüzde sağlık sistemlerinin tümü tek bir modele doğru dönüşüm yönünde evrilmektedir. Bu dönüşüm ise içinde yaşamakta olduğumuz dönemin neo-liberal makro ekonomik politikaları ile şekillenmekte ve bu şekillenme tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanını da şekillendirmektedir. Diğer bir deyişle devletin küçülmesi ideolojisinden hareketle kamusal harcamaların finansmanının karşılanmasının giderek zorlaştığı bu nedenle de bu alanda finansman bulma sorunu olduğunu ve bu finansmanı sağlayan kurumların devletçe verilen hizmetleri verebileceği düşüncesi egemen olmaya başlamıştır. Ancak her ülkede bu sürecin ayrıntıda ne yönde ve nasıl şekilleneceği, ülkelerin ekonomi- politik tercihleri ile belirlemektedir.

Türkiye’de şimdilerde hedeflenen sağlık sistemi dünyadaki diğer gelişmelerle birlikte şekillenmektedir. Diğer bir deyişle süreci daha çok Sağlıkta Dönüşüm projesinin sahibi Dünya Bankası’nın direktifleri belirlemekte ve bu nedenle de

sağlık sistemlerinde köklü dönüşümler gerçekleşmektedir. Örneğin prim sistemine geçiş, çalışanların tanı ve tedavi süreçlerinde katkı payı vermesine yol açan yasal düzenlemeler ile sağlığın bir “hak” olması durumundan daha da uzaklaşmaktadır.

2. YENİ DÜZENLEMELER

Türkiye’de sağlıkta “reform” süreci 1990 başında gündeme gelmiştir. 2003’te AKP Hükümetiyle “Acil Eylem Planı ve Kamusal Reform” başlığı ile sağlık alanında bir dizi etkinlik gerçekleştirme hedefi açıklanmıştır. Bu hedefler içinde, “Herkesine Sağlık” başlığı ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) yer almaktadır. SDP’nin amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içerisinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Sağlık Bakanlığının ifadesi ile SDP, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu , finansman sağlaması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır. SDP’nin ilkeleri ise, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desentralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirtilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, yukarıda sayılan amaçlara ulaşmak için, Dünya Sağlık Örgütü’nün “21. Yüzyılda Herkesine Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi”ni hükümet tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda yeniden düzenlenen sağlık mevzuatını, Avrupa Birliği sağlık mevzuatını ve diğer uluslararası deneyimleri dikkate alacağı ileri sürülmektedir. Programın adını temel olarak, ‘sosyal güvenliğin ve sağlığın ticarileştirilmesi, toplumsal bir hak olmaktan çıkartılıp metalaştırılması’ biçiminde koymak uygun olacaktır. Performans uygulaması ise bu amaca yönelik yapılanmayı oluştururken bir tür kolaylaştırıcı görevi görmek üzere tasarlanmıştır. Türkiye’de Aralık 2005 tarihinde yapılan “Sağlık 2005 Çalıştayı”nda söz edildiği gibi, Türkiye sağlık ortamı için öngörülen yapı; GSS’ nin kurulması, sağlığın uluslar arası rekabete açılması, katılım payı uygulamasının yaygınlaştırılması, tamamlayıcı özel sigortanın nüfusun %15’ini kapsamaması, ödenmeyen ilaçların artarak daha büyük katkı payları oluşturulması, kısaca “2015’te kişi başında sağlık riskinin yönetildiği yapının kurulması yani herkesin parası kadar sağlık hizmeti alabileceği bir dönüşümün tamamlanmasıdır.

2004 boyunca yapılan değişiklikler “Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, “Genel Sağlık Sigortası” ve “Sağlık Kanunu Tasarısı” olmak üzere üç temel düzenleme çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Devlet memurlarının “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile devlet memurlarının da özel sağlık kuruluşlarından yararlanması sağlanmıştır. 1 Temmuz 2003’te Sağlık Bakanlığı ve SSK arasında yapılan protokol ile başlayan süreçte, 2004 yılında hekimler için mecburi hizmet kaldırılmış ve sözleşmeli çalışma getirilmiştir. 1 Ekim 2008’de “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” yürürlüğe girmiştir.

Tüm bu düzenlemelerin etik sorunlar yaratabildiği çeşitli taraflarca dile getirilmektedir. Türkiye Biyoetik Derneği tarafından düzenlenen VI. Tıp Etiği Sempozyumu’nda, Sağlıkta Dönüşüm uygulamalarının etik açıdan değerlendirilmesi, aşağıda belirten başlıklar biçiminde özetlemiştir (Türkiye Biyoetik Derneği, 2007):

Aile Hekimliği:

Birinci basamağın özelleştirilmesidir. Sağlık çalışanları iş güvencesiz sözleşmeli olacak çalışacak; koruyucu sağlık hizmetlerinin bütünlüğü bozulacak, sadece başvuran üzerinden ve sadece tedavi edici hizmetlere ağırlık verilecek, riskli grupların (yaşlı, çocuk, kadın, engelli, yoksul, kronik hasta) sağlık hizmetine ulaşımı aksayacaktır.

Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı:

Tüm kamu hastaneleri özerkleşecek (özelleşecek), çalışanlar iş güvencesinden yoksun olacaktır.

Genel Sağlık Sigortası:

Hizmeti paralı hale getirecek, prim ödeyemeyen hizmete ulaşamayacak, hastanın prim borcu olup olmadığını denetlemek de hekime düşecektir.

Kamu Personeli Yasası:

Kritik birkaç pozisyon dışında bütün sağlık çalışanları sözleşmeli personel statüsüne geçirilecektir.

SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri:

Tüm sağlık kurumlarını Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirdikten sonra özelleştirilecektir.

Özel eczaneler ve özel hastanelerin kamu ile anlaşma yapması:

Sağlık harcamaları artmış; ilaca, teknolojiye ve özel hastanelere daha çok kaynak ayrılmıştır.

Performans: Sağlık çalışanı açısından Performans sisteminin getirilmesi ile sağlık çalışanının dayanışması zedelenmiş, aksine rekabete dönüşmüş, iş barışı bozulmuş ve endikasyonlar sorgulanır hale gelmiştir.

Atama Nakil Yönetmeliği:

Sağlık Bakanlığı atama ve nakil işlerini yerel yönetimlere bırakmaktadır.

Personel Dağılım Cetveli:

Kamu personelini belirli bir oranda azaltarak özele devretmenin zemini hazırlanmakta ve en az personelle en çok işin yaptırılması ilkesi yaygınlaştırılmaktadır.

Hizmet Satın alma:

Sadece yemek, güvenlik ve temizlik personeli için satın alımı şeklinde başlayan uygulama, artık sağlık çalışanını da kapsamaktadır. Bu durum

aynı hizmeti üreten ama farklı maaş ve farklı statüde sağlık elemanları yaratarak iş barışını bozmaktadır.

Sevk Zinciri:

Sevk zincirinin uygulanmıyor olması hem hastanelerde gereksiz yığılmalara ve hem teknolojinin gereksiz yere kullanılmasına, hem de sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Reçete Kısıtlamaları:

Hekimlerin, aldıkları uzun eğitim sonucu elde ettikleri reçete yazma hakkının kısıtlanması ve hem mesleki yetkilerin “tırpanlanmasına” hem de hasta ile olan ilişkideki güven öğesinin zedelenmesine neden olmaktadır. Bu durum hasta izlemine zorlaştırmakta ve tedavi uygulamalarının temelini sarsmaktadır.

Değınilen boyutların hepsi aslında ayrı araştırma ve tartışmaları gerektirmektedir. Bu çalışma Sağlıkta Dönüşüm’ün sadece performansa dayalı ödeme uygulaması ile sınırlandırılmıştır.

3. METODOLOJİ

3.1. Amaç ve Önem

Bu çalışmada temel amaç performans sisteminin sağlık hizmeti sunan hekimler tarafından nasıl değerlendirildiğini ortaya koymaktır. Sağlık politikalarının üç temel alt başlığı olan finansman, organizasyon ve yönetimdir. Bu temel alanlar birbirleriyle ilişkilidir ve genel olarak politik tercihlerle şekillendiğinden aynı zamanda bir etik tercih anlamına da gelmektedir. Bu alanlardaki tercihler çalışanların hizmet veriş biçiminin de ne olması gerektiğini belirlemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sistem değişiminden nasıl etkilendikleri ve bu değişimleri nasıl değerlendirdikleri önemlidir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının mesleklerini gerçekleştirmelerinin salt kendilerinin özgürleşim ve iş doyumları açısından değil, toplum açısından da anlamlı olduğu açıktır. Bu çalışmada sağlık çalışanı olarak hekimlerin uygulanmakta olan performansa dayalı ücretlendirme sisteminin sonuçlarını nasıl değerlendirdiği araştırılmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin uygulanıp uygulanmayacağı ve performans ölçütlerinin ne olması gerektiği konusu, doğrudan o hizmeti verenlerin görüşlerine dayanmalıdır. Çünkü, sağlık hizmeti verenlerden çok, hizmetin özgün doğası konusunda bilgisi olmayanların belirlediği sistem içinde hekimlere yeni roller biçilmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları ve özellikle de hekimler bir anlamda sürekli daha iyi hizmet verme düşüncesi yerine işini koruma ve daha çok kazanma becerisi edinme çabasına yönlendirilmektedir. Oysa, sağlık çalışanlarının asıl çabası mevcut koşullarda daha iyi hizmet verebilme kaygısı ile mesleki uygulamalara yoğunlaşmak olmalıdır.

Performans sisteminin hekimlerce nasıl değerlendirildiğinin belirlenmesi temel amacı doğrultusunda aşağıdaki noktalar sorgulanmıştır

1. Performans uygulamasının çalışma düzenini nasıl etkilediği,
2. Performans uygulamasının eğitimi nasıl etkilediği,
3. Performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerini nasıl etkilediği
4. Performans uygulamasının uygulamaya ayrılan zamanı nasıl etkilediği,
5. Performans uygulamasının tetkik ve tıbbi girişimleri nasıl etkilediği,
6. Hekimlerin performans sistemine ilişkin bilgi düzeyi ve olması gereken sağlık sistemine ilişkin düşünceleri

Değinilen temel amaç ve sorular dışında, ayrıca genel anlamda hekimlerin bir profili çıkartılmış ve hekimlerin tıp eğitimine ve mesleklerine ilişkin değerlendirmelerine yer verilmiştir.

3.2. Metodoloji

Bu çalışmada, performans sisteminin uygulanması sırasında belirli alanlarda ne türden değişimlerin ortaya çıktığının **hekimler tarafından nasıl değerlendirildiğine** odaklanılmaktadır.

Hekimlerin değinilen temel sorunlara ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi için çoğu kapalı uçlu, toplam 29 soruluk bir anket formu TTB Etik Kurulu tarafından hazırlanmış ve kullanılmıştır. Sorular kendi içinde;

- demografik özellikler
- hekimlerin mesleklerine ilişkin değerlendirmeleri
- tıp eğitimine bakışları
- sağlık politikaları ve uygulamalarına ilişkin bilgileri
- performans uygulamalarının sonuçları ilişkin görüşleri
- performans uygulama sürecinin önemine ilişkin görüşleri
- performans sürecinin olası sonuçları
- Hekimlerin performans sistemine ilişkin bilgi düzeyi ve olması gereken sağlık sistemine ilişkin düşünceleri

olmak üzere 8 grupta toplanmıştır.

Anket formu 15 Kasım 2007 ile 9 Haziran 2008 arasında toplam 7 ay süre ile TTB web sayfasında tutulmuştur. Anketler elektronik ortamda ve kopya ile çoğaltılarak kağıt üzerinde yanıtlanmıştır. Kağıt üzerinde yanıtlanan anketler posta yolu ile TTB'ye gönderilmiştir. Araştırmanın örneklem seçiminde “olasılıksız örneklem” yöntemi kullanılmış ve gönüllü gönüllü kişiler yanıtlanmıştır.

Doldurulan toplam anket sayısı 1567 dir. Eksik doldurulan 98 anketin çıkartılması ile (demografik verileri boş bırakılan anketler) 1469 anket değerlendirilmiştir. Çalışmada SPSS (Statistical Package of Social Sciences) programı kullanılarak verilerin analizi yapılmış ve ardından raporlaştırma gerçekleştirilmiştir.

Çalışma “giriş, sağlık hizmetlerinin verilmesine ilişkin modeller, Türkiye’de sağlık alanında yeni düzenlemeler, bulgular ve tartışma, hekimlerin performans sürecinin sonuçları ve olması gereken hizmet sunum biçimine ilişkin görüşleri ve sonuç” ana bölümlerinden oluşturulmuştur.

3.3 Benimsenen Yaklaşım

Sağlık sistemi “devlet vatandaş ilişkisi” çerçevesinde şekillenmekte olan iki önemli düzlemde ele alınabilir. Bunlardan ilki yukarıda değinildiği gibi sağlık sisteminin kapsayıcılığı (daha çok kişiye daha nitelikli hizmet) “nitelikli yaygınlaşma” ya da “nitelikli kapsama” düzlemi ikincisi ise birincisi ile bağlantılı

sağlık sisteminin nasıl bir “birey” anlayışı üzerine oturduğudur. Diğer bir deyişle sağlık sisteminin tüm vatandaşları kapsamının yanı sıra onun bireyleri “değer” olarak görebilecek biçimde işlemesidir. Özellikle de performans sistemi insanı tam da bu noktada bir niceliğe ve üzerinde işlem yapılacak, işlem yapıldığı oranda da puan kazanılacak bir araca dönüştürmektedir. İşletme mantığı ile bakıldığında verimlilik artırma açısından bu süreç anlamlı olabilir. Ancak verimliliğin gerçekten arttığına ölçüsü bazı alanlar için salt sayısal artışla ölçülemeyecek kadar hassastır, ki bu alanların başında sağlık hizmeti gelmektedir. Diğer bir deyişle, performans artışı hizmet niteliğinin iyileşmesi anlamına gelmediği gibi, tam tersine, hizmet niteliğinin olumsuzlaşması anlamına da gelebilir. Performans sistemi niceliği artırma anlayışı ile şekillendiğinde, insan zaten bir “değer” olarak değil, bir “organlar bütünü” olarak tanımlanıyor olacaktır.

Burada iki tartışmalı sorun bulunmaktadır. İlki performansa dayalı ücretlendirmenin kendisinin tartışılması, ikincisi ise performans ölçütlerinin neler olduğu üzerinden yürütülebilecek tartışmadır. Bu iki temel tartışmanın da, performans artırmanın gerçekten uygun nitelikli hizmet vermeye dayanıyor olması temeli üzerinden yürütülmesi gereklidir. Ayrıca bir ülkede işleyen bir performans değerlendirme sisteminin diğer bir ülkede aynen uygulanamayacağı, bu nedenle de farklı toplumsal yapılarda farklı “etik” sorunlarla karşılaşabileceği açıktır.

Tüm bu nedenlerden dolayı, performansa dayalı ücretlendirmenin ve performans ölçütü geliştirmenin toplumsal bir yapılanma olduğunun ve bu nedenle de hangi koşullarda ne türden toplumsal sonuçların ortaya çıkabileceğinin irdelenmesi önemlidir. Bu da konunun toplumbilimsel / sosyolojik açıdan ele alınması anlamına gelir. Böylesine bir ele alış ise, makro düzlemde bir takım düzenlemelerin gerekli olduğunu açığa çıkarmaktadır (Erbaş, 2006). Çünkü sağlık sisteminin işleyişi bir toplumsal kuruluş süreci olarak gerçekleşir. Gerçekleşme zemini ise, tarihsel bir süreç içinde toplumun farklı öğeleri arasında oluşan yapılanmalardır. Diğer bir deyişle sağlık sisteminin işleyişi, toplumdaki ekonomik, siyasal, kültürel özellikler dolayımı bir “ilişkiler yumağı” biçiminde gelişir. Bu nedenle de dönüşümlerin toplumun yapısal özelliklerinin dikkate alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle de Deppe'nin ifadesi ile “sağlık sistemleri başka ülkelerden ithal edilemez ya da başka ülkeye ihraç edilemez” (2006: 136) .

1980'lerden sonra pek çok ülkede uygulanan neo-liberal politikalar sosyal devleti aşındırmakta ve küreselleşme ideolojisini benimseyenlerce ileri sürülen tersine dünyada ülkeler ve sınıflar arasındaki eşitsizlik artmaktadır (Erbaş, 1999; Erbaş, 2000-1; Erbaş, 2005). Bu durumda örneğin bütçede sağlığa ayrılan payın çok düşük olduğu ülkemizde (%7) milli geliri daha yüksek ülkelerdeki bir sistemi oluşturmaya çalışmak zaten başından çelişkili görünmektedir. Diğer bir deyişle milli gelire sağlık arasında doğrudan bir ilişki vardır ve bu nedenle de toplumsal koşulların tümünün dikkate alındığı bir sağlık politikasının geliştirilmesi zorunludur. Preston, kişi başına düşen milli gelir ile yaşam beklentisi arasındaki

0.85 düzeyindeki doğrusal ilişkiyi göstermiştir. Pritchett ve Summer ise, “varsıllar daha sağlıklıdır” (“*wealthier is healthier*”) başlıklı makalelerinde, son otuz yıllık dönemde ülkeler arasındaki gelir oranı farklılıklarının ölümcül hastalıkların % 40’ını açıkladığını belirtmişlerdir (Akt. Waters 2003:172). Türkiye özelinde prim sistemine geçiş enformel kesimde çalışanların oranınının fazla olması ve ard arda yaşanan ekonomik krizler nedeniyle sağlık sisteminin kapsamının yaygınlaşması yerine daha da daralmasına yol açabileceği düşünülebilir. Bir taraftan enformel kesimin yaygınlığı nedeniyle özellikle kriz dönemlerinde iflasların artışı, diğer taraftan uygulanan tarım politikaları prim ödemelerini aksatmaktadır. Ekonomik krizler ile sağlık arasındaki ilişki toplumsal ve bireysel düzlemde rahatlıkla görülebilmektedir (Erbaş ve Turan, 2004; Erbaş ve Turan, 2009).

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Demografik Özellikler ve Sosyal Göstergeler ile Hekim Profili

Bu bölümde hekimlerin demografik özellikleri, mezuniyet dönemleri ve mesleki özellikleri ve sosyal göstergeleri ile ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ve sosyal göstergeleri yer almaktadır. Demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, doğum yeri, medeni durum ve çocuk sayısı ele alınmıştır (Tablo 1). Çalışmada elde edilen bulgulara göre performans anketine yanıt veren hekimlerin çoğu ve yanıt verenlerin yaklaşık yarısı (%48.6) 36-45 yaş dilimi yani “genç erişkin” yaş grubunda yer almaktadır. Bunu 46 yaş ve üzeri grupla (%23.5) “orta erişkin yaş grubu” izlemektedir (range 24-79 yaş, ortalama yaş 40.4, sd 7.8).

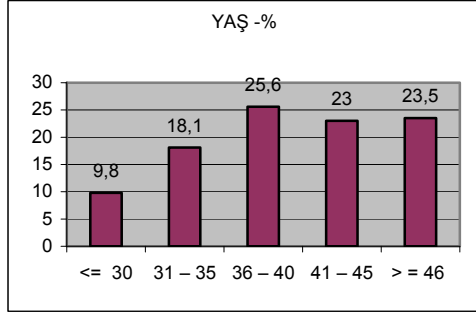
Diğer bir deyişle, grubun genç erişkinlik döneminde olması bu grubun; zihinsel, duygusal ve sosyal olarak yaşamın en sağlıklı döneminde olduklarını göstermektedir. Risk alma eğilimi yüksek olan bu grubun, atılgan, cesaretli ve ayrıca girişimci olma özelliği de vardır.

Psikolojik olarak sürekli beklenmedik durumlarla karşılaşmak bu yaş grubundaki bireyin etkili olma duygusunu bozucu olabildiği gibi, sosyal olarak işi de bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir.

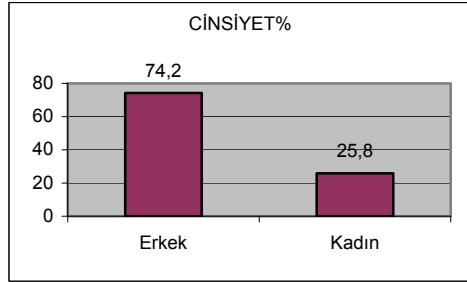
Anketi yanıtlayan bu grubun yine çoğunluğu (%72.2) erkek, evli (83.3), iki çocukludur (%37.3). Katılımcıların %50’si kent, %33’ü kasaba doğumludur.

Tablo 1 Hekimlerin demografik özellikleri

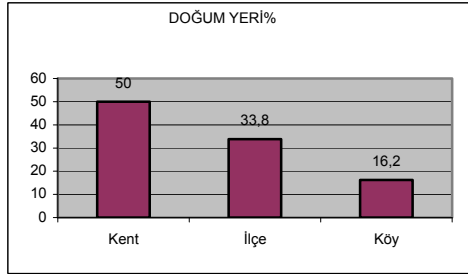
YAŞ	S	%
<= 30	143	9.8
31 – 35	266	18.0
36 – 40	376	25.6
41 – 45	337	23.0
>= 46	344	24.0
Toplam	1466	100.0



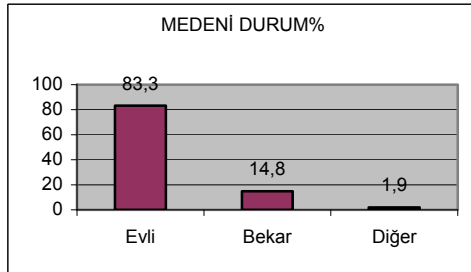
CİNSİYET	S	%
Erkek	1063	74.2
Kadın	369	25.8
Toplam	1432	100.0



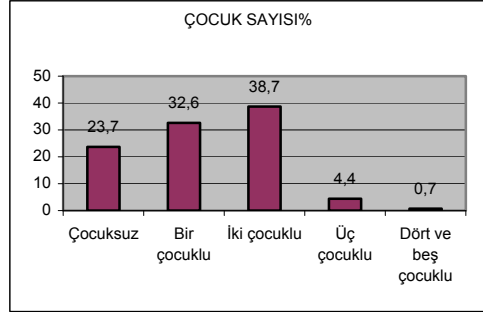
DOĞUM YERİ	S	%
Kent	600	50.0
İlçe	406	33.8
Köy	195	16.2
Toplam	1201	100.0



MEDENİ DURUM	S	%
Evli	1184	83.3
Bekar	210	14.8
Diğer	27	1.9
Toplam	1421	100.0



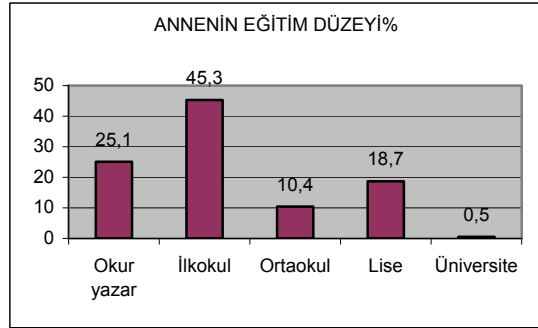
ÇOCUK SAYISI	S	%
Çocuksuz	326	23.7
Bir çocuklu	448	32.6
İki çocuklu	533	38.7
Üç çocuklu	60	4.4
Dört ve beş çocuklu	9	0.7
Toplam	1376	100.0



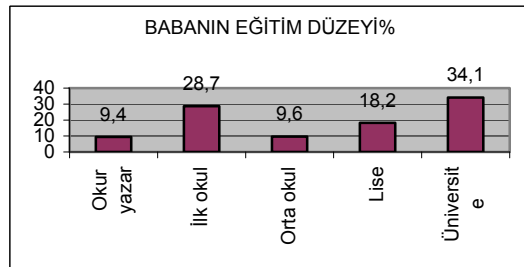
Çalışmaya katılan hekimlerin anne ve babalarının eğitim düzeylerine bakıldığında, bir anlamda ülkemizde kadın ve erkek arasındaki eğitim düzeyi farklılığını da gösterir bir biçimde, ilköğretimli (%45.3) anne ve üniversite eğitilmiş (%34.1) babadan doğmuş oldukları görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2 Hekimlerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri

ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ	S	%
Okur yazar	299	25.
İlkokul	539	45.
Ortaokul	124	10.
Lise	223	18.
Üniversite	6	0.5
Toplam	119	100



BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ	S	%
Okur yazar	135	9.4
İlk okul	410	28.
Orta okul	138	9.6
Lise	260	18.
Üniversite	488	34.
Toplam	143	10

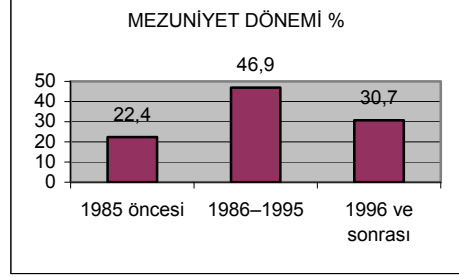


Anketi yanıtlayan hekimlerin büyük bir bölümünün (%46.9), 1986-1995 yılları arasında tıp fakültesini bitirmiş, halen ikinci basamak (%50.5) sağlık

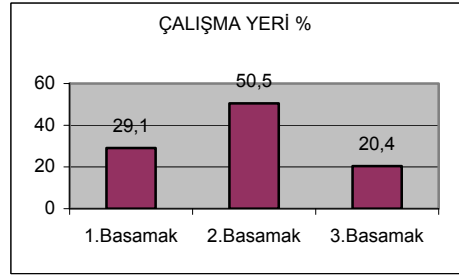
hizmetlerinde ve uzman hekim (%46.9) olarak çalıştıkları görülmektedir (Tablo 3). Mezun oldukları tıp fakülteleri ise yoğunlukla Ankara, Cerrahpaşa, Ege, Hacettepe ve İstanbul'dur.

Tablo 3 Hekimlerin mezuniyet dönemleri ve mesleki özellikleri

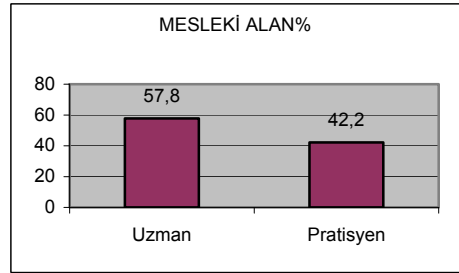
MEZUNİYET DÖNEMİ	S	%
1985 öncesi	326	22.4
1986-1995	682	46.9
1996 ve sonrası	446	30.7
Toplam	1454	100.0



ÇALIŞMA YERİ	S	%
Birinci basamak	412	29.1
İkinci basamak	714	50.5
Üçüncü basamak	288	20.4
Toplam	1414	100.0



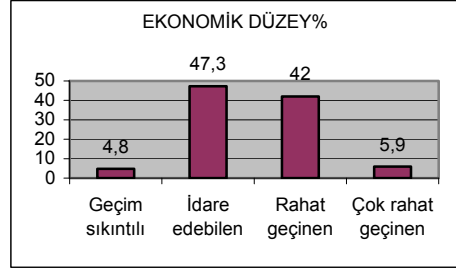
MESLEKİ ALAN	S	%
Uzman	767	57.8
Pratisyen	560	42.2
Toplam	1327	100.0



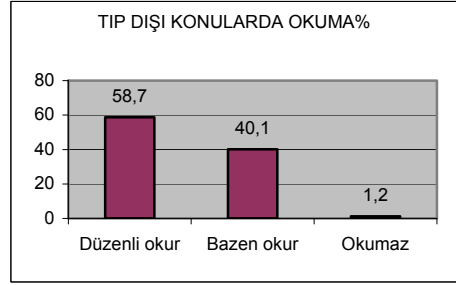
Çalışmaya katılan hekimlerin ekonomik durumlarına bakıldığında, kendi ifadeleri ile "idare edebilen" (%47.3) bir ekonomik düzeyde yaşamakta ve tıp dışı "düzenli okuyan" (%58.7) bir grup olarak daha çok politika alanında okumayı yeğledikleri görülmektedir. Gazetelerde ilgi duyulan konular yönünden bakıldığında ise, birinci sırada politika (%43.1), ikinci sırada bilim ve teknoloji (%20.9) ve üçüncü sırada ekonomi (%14) gelmektedir (Tablo 4).

Tablo 4 Hekimlerin sosyal göstergeleri

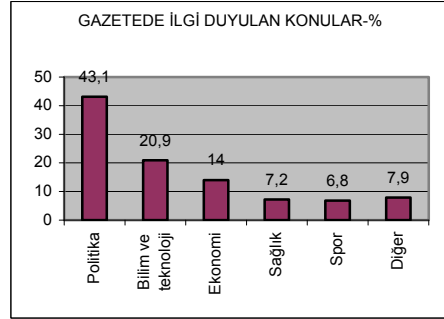
EKONOMİK DÜZEY	S	%
Geçim sıkıntılı	69	4.8
İdare edebilen	678	47
Rahat geçinen	601	42
Çok rahat geçinen	84	5.9
Toplam	1432	100.0



TIP DIŞI KONULARDA OKUMA	S	%
Düzenli okur	839	58.7
Bazen okur	573	40.1
Okumaz	17	1.2
Toplam	1429	100.0



GAZETEDE İLGİ DUYULAN KONULAR	S	%
Politika	606	43.1
Bilim ve teknoloji	294	20.9
Ekonomi	197	14.0
Sağlık	101	7.2
Spor	96	6.8
Diğer	111	7.9
Toplam	1405	100.



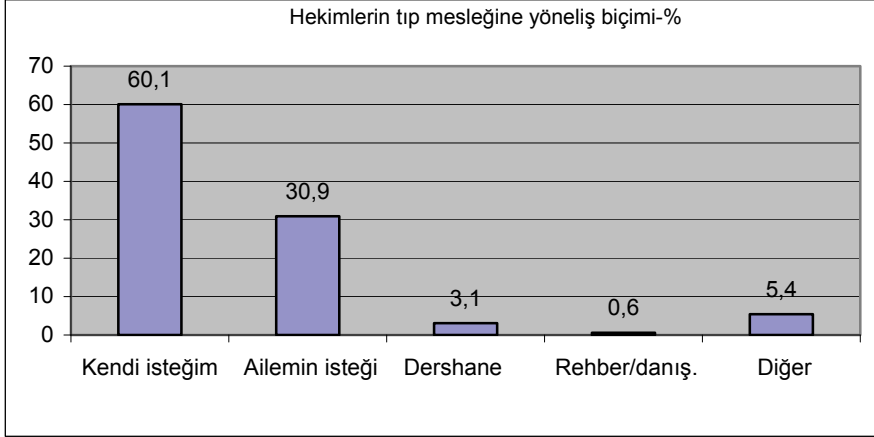
4.2. Hekimlerin Mesleklerini Değerlendirmeleri

Türkiye’de eğitim, yukarı doğru sosyal hareketlilik yönünden önemli bir ölçüt olagelmıştır. Ancak özellikle şimdilerde bunu söylemek oldukça zorlaşmıştır. Diğer mesleklere göre hekimlik iş bulma ve bireyin geleceği yönünden hala önemli olmakla birlikte eski saygınlığını koruduğu söylenememektedir. Özellikle TUS sınavının varlığı bu mesleğe yönelmede caydırıcı bir etmen olmaktadır. İnsanlar gelecekte hep pratisyen düzeyinde kalmayı istememektedirler. Ayrıca günümüzde farklı mesleklerin daha cazip hale gelişi tıp mesleğine yönelim konusunda düşüşe neden olmuştur.

Tabloda görüldüğü gibi her ne kadar hekimlerin büyük çoğunluğu (%60.1) mesleğe yönelmede kendi tercihlerine göre davrandıklarını belirtmiş olsa da ailesinin yönlendirdiğini belirtenlerin oranı da oldukça yüksektir (%30.9) (Tablo 5).

Tablo 5 Hekimlerin tıp alanına yönelik biçimi

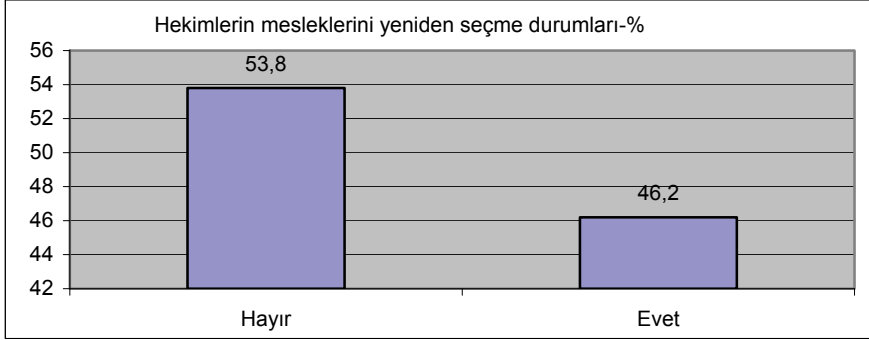
Tıp alanına / mesleğine yöneliş	S	%
Kendi isteğim	854	60.1
Ailemin isteği	439	30.9
Dershane	44	3.1
Rehber/danış.	8	0.6
Diğer	77	5.4
Toplam	1422	100.0



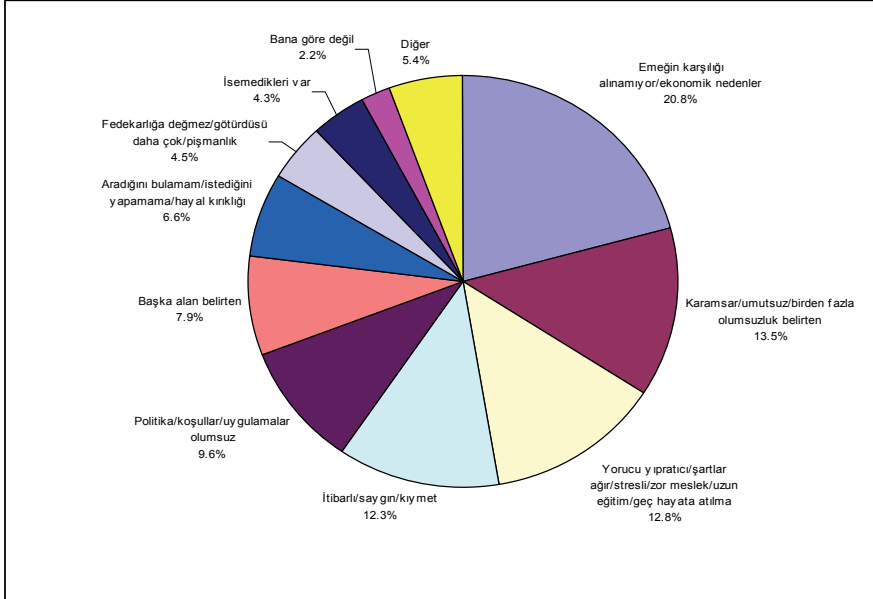
Hekimlerin mesleklerine ilişkin değerlendirmelerinde kullanılacak diğer ölçüt onların yeniden hekimlik mesleğini seçip seçmeyecekleri durumudur. Araştırmanın sonuçlarına göre hekimlerin yarısından fazlasının (%53.8) hekimliği yeniden tercih etmeyecekleri yönündeki ifadeleri yukarıda yapılan yorumu daha da bir anlamlı kılmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6 Hekimlerin mesleklerini yeniden seçme durumları

	Yeniden seçme	
	S	%
Hayır	744	53.8
Evet	638	46.2
Toplam	1382	100.0



Hekimliği neden yeniden seçmeyeceklerini açıklayanlar ise oldukça yüksek oranda olup (%84.1) Grafik.1'de verilmektedir.

Grafik.1 Hekimlerin yeniden bu mesleği seçmeme nedenlerinin dağılımı

Eğer grafikte koşul, ortam, uygulama, ortam ve emek gibi nedenlere bağlı olumsuzluklardan söz edenler (%20.8, %13.5, %12.8 ve %9.6) bir arada değerlendirilecek olursa ortaya çıkan %56.7 gibi bir oranın “hoşnut olunmayan” koşullardan söz ettiği görülmektedir. Bu dört grupta yer alan bazı çarpıcı yanıtlardan örnekler şöyledir:

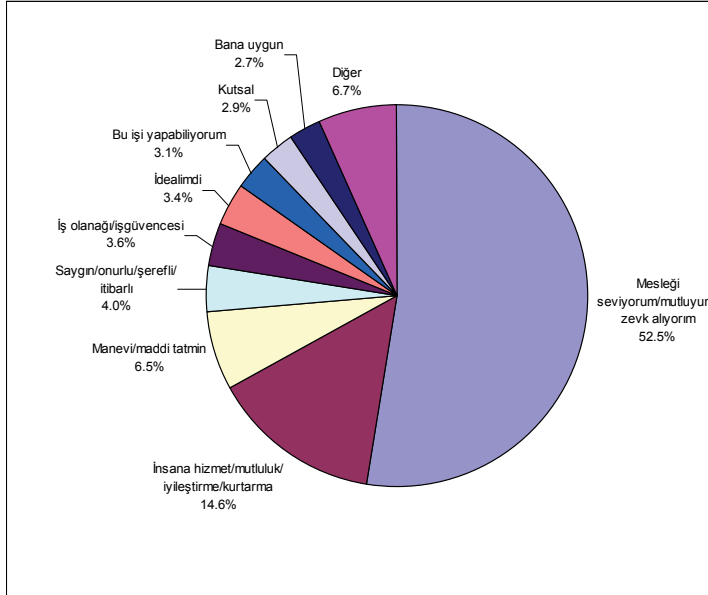
- *Tekrar sürünmek istemediğimden*
- *Öğretilenle yaşanan örtüşmüyor (karamsar grubu örneği 10)*
- *Ağır sorumluluk ve bu sorumluluğu yeterince yerine getirebilmek için sürekli eğitim olanaklarından yoksun olmak (karamsar grubu örneği 10)*
- *Türkiye’de doktor olmanın sadece saygınlığı vardı, sonunda o da tükendi. Bu kadar yıpranmaya karşılık sağlık sistemi daha da kötüye gidiyor (Ülkenin durumu ile korele olarak). Başka bir meslekte 12 yılımı bu tempo ile çalışarak harcasam daha mutlu olabilirdim (karamsar grubu örneği 10)*
- *Bilimsel tatminsizlik ve görevli olarak düşük maddi kazanç (karamsar grubu örneği 10)*
- *Bu kadar karmaşık olan, her gün değişen sistemde ve özlük haklarına yansımayan prim sistemi. Düşünün izinliyim prim yok maaş 1100; geçici görev veriliyor askerlik muayenesi için kaymakamın EMRİYLE yine prim yok. İhtiyaç bölgesi muayene sayısı az olan köye gittin yine prim düştü. Sağlık müdürlüğü ne kadar dağıtırsa o kadar prim. 50 hasta muayenesi ideal olmalı buna biz 80 diyelim ama maksimum prim için 150 hastadan fazla günlük bakmak lazım. Yine de bunlar problem değil aslında, asıl sorun şu, kendime saygımı kaybetmekten korkuyorum. Kimse saygı duymuyor gibi hissediyorum. Bakanlığın ya da kaymakamlığın benim arkamda olacağına inanmıyorum. Savcıların bile sanki hatamızı kolladığını düşünüyorum. Siyasette ne kadar güçlüysen o kadar avantajın varmış gibi geliyor. Özel sektörde iş arıyorum. Korkuyorum aile hekimliği gelecek diye (karamsar grubu örneği 10)*
- *Hekimlik mesleğinin benden aldıkları bana verdiklerinden çok fazla (emeğin karşılığını alamama 3)*
- *O kadar uzun sene sıkıntılar ile okuyorsunuz ve karşınıza inanamayacağınız problemler çıkıyor. Hak ettiğiniz muameleyi görmediğiniz gibi devamlı her yerde eziliyorsunuz. Mecburi hizmet yapmazsanız diplomanızı alamıyorsunuz, hastanenin acilinde görev yapıyorsunuz, acil dışında gece gündüz servisten sorumlusunuz acil sevklerle saatlerce uğraşıyorsunuz sonuç; doktorluğunuzu en iyi şekilde doktorluk ve insanlık duyguları içinde layıkıyla yaptığınızdan eminsiniz ki takdir ediliyorsunuz ancak döner sermaye dağıtılırken hastane içinde çalışan tüm personelden daha az döner sermaye alıyorsunuz (uzman doktor, hemşire, sağlık memuru, hizmetli memur). Hem de aynı yerde acilde çalıştığınız personelden bile daha az alıyorsunuz, aynı sayıda beraber aynı hastaya müdahale etmenize rağmen.. neden doktor olmak isteyeyim ki!! Tek bir sebep gösterin!! (karamsar grubu örneği 10)*

- Özelliği olmayan geleni memnun etmeye çalışan, etik dışı davranmaya zorlanan toplum hiyerarşisinde alt sınıf kabul gören, meslektaşlar arası birlikten uzak meslek gurubu (karamsar grubu örneği 10)
- Uzun, yorucu ve yıpratıcı bir eğitim süreci var. Mezuniyet sonrası hiçbir yüksek lisans mezunu insanın gitmediği mahrumiyet bölgelerine zorunlu tayin ediliyorsunuz. Mecburi hizmet sonrası tayin garantiniz yok (hakim, savcı, askerlerden farklı). Sistemdeki bütün aksamaların sebebi olarak doktorlar görülüyor. Doktorlar aleyhine yapılacak her türlü düzenleme kamuoyunda destek görüyor (ağır çalışma şartları, nöbet vb). Adeta mesleğe yönelik bir linç kampanyası var. Döner sermayede adaletsiz bir ücret dağılımı var. Yeri geldiğinde bir hekim beraber çalıştığı hemşireden daha düşük döner sermaye ücreti alabiliyor. Emeklilik sonrası birikiminiz yoksa (maaşınız ilkokul mezunu bir memurdan çok da farklı değil) maddi sıkıntılar başlıyor demektir. Gerek kamu gerekse özel sektörde mesleğin geleceği konusunda belirsizlik var. Malpraktis yasası konusunda gelişmiş ülkelerden farklı olarak, olası komplikasyonlardan hekim sorumlu tutulmakta adeta defansif hekimliğe zorlanmaktadır (karamsar grubu örneği 10)
- Mesleğimi çok sevmeme rağmen meslektaşlarımla bütünlük sağlayamadığımızdan maalesef toplumda hakkettiğimiz yerde değiliz, saygılığımız gün geçtikçe azalıyor. Politikacıların popülist politikalarıyla oyuncak olamayacak bir meslek seçerdim galiba (karamsar grubu örneği 10)
- Sorunları çok olan bir meslek grubu ekonomik ve sosyal yönden erozyona uğratıldığı için (karamsar grubu örneği 10)
- Harcanan emeğin takdiri hem maddi hem manevi yeterli değil. Eski saygınlığı yok. Toplumda en çok suistimal edilen meslek gruplarından biri oldu (karamsar grubu örneği 10)
- Deontoloji bitti ve meslek siyasilerin ayakları altında eziliyor (karamsar grubu örneği 10)
- Çok emek gerektiriyor. Çok özveri gerektiriyor. Aileme yeterince zaman ayıramıyorum. 24 saat yeri geldiğinde çalışmak zorundasınız. Riski fazla. (karamsar grubu örneği 10)
- Ülkemizde insana ve tıp mesleğine verilen değer artık sıfırın altına inmiştir. Sağlık ticarileştirilmesi bu mesleği icra edilemez hale getirmiştir. Ne kendim ne de çocuklarım için bu mesleği düşünmem (karamsar grubu örneği 10)
- Mesleğimi çok sevmekle birlikte ülkemizde sağlık sisteminde hekimlik yapmanın çok zor olduğunu düşünüyorum. Yanlış sağlık politikaları yüzünden işimizi tam hakkı ile yapamadığımız gibi bir de halka karşı yanlışlıkların sorumlusu sadece bizmiş gibi gösteriliyor. Hekimliğin eski saygınlığı kalmadığını ve insanlarda doktorlara karşı kötü bir tepki olduğunu düşünüyorum. Başka bir ülkede yaşasaydım tercih edeceğim tek meslek yine hekimlik olurdu (karamsar grubu örneği 10)

- Maddi manevi hiç bir yönden tatmin değilim. Aileme sevdiğime zaman ayıramıyorum. Bu kadar çile çekilen ve karşılığı olmayan bir meslek daha yok (emeğin karşılığını alamama 3)
- İnsanın aldığı eğitim ve harcadığı enerjiye göre daha iyi çalışma koşulları ve yaşam düzeyi beklentisini karşılamadığı, çalışma koşulları ve yaşam düzeyi beklentisini karşılamadığı, çalışma ortamının bilgisini ve tecrübesini kullanacağı donanımına sahip olmadığı için (karamsar grubu örneği 10)
- Eğitim çok uzun ama yetersiz. Pratisyenliğimde ciddi maddi sorunlar yaşadım. Asistanlık felaket, uzmanlık bunaltıcı, yoğun, partililik, siyaset, torpil, rüşvet teklifleri diğer faktörler (karamsar grubu örneği 10)
- Devletin yeterince yatırım yapmadığı, alana gereken ilgiyi göstermediği, hekime, sağlık çalışanına ve de halka yeterince benimsetemediği bir meslek. Saha dediğimiz bölümde tıp eğitimi yılları dışında eğitimin bölgesel ve ulusal düzeyde hiç önemsenmediği, zamanla halkın hekime, hekim mesleğine nefreti ile süren soğuk bir girdap içinde bir kez daha yer almam ne denli olabilir ki? (karamsar grubu örneği 10)
- Saygınlığı azaldı, sorumluluğu fazla olmasına rağmen getirisi o oranda değil. Hasta ve toplum zorluklarımıza rağmen saygılı değil (karamsar grubu örneği 10)

Tablo 6’da, hekimliği “evet, tekrar seçerdim” eğilimi gösterenler de grubun yaklaşık diğer yarısını oluşturmaktadır. Hekimliği yeniden seçerdim diyenlerin, yanıtlarını açıklayanlar ise oldukça yüksek oranda olup (%84.0), en yüksek oranda (%51.1) “mesleğimi seviyorum” demişlerdir (Grafik.2)

Grafik.2 Hekimlerin yeniden bu mesleği seçme nedenlerinin dağılımı



Mesleğini tekrar seçeceğini belirten hekimlerin yanıtlarından bazı çarpıcı örnekler şöyledir:

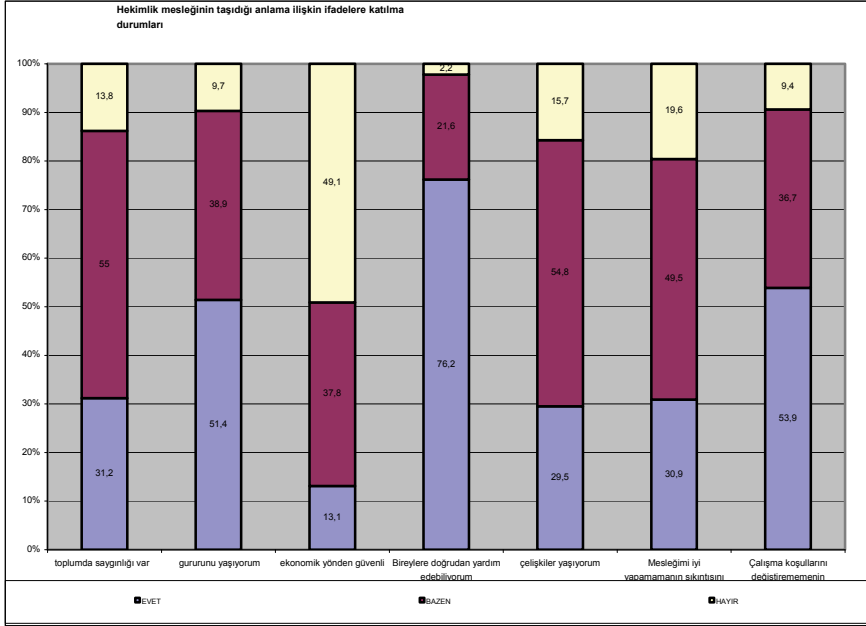
- Çok büyük sıkıntıları olsa da şerefli bir meslek
- İşimi seviyorum, koşullarımı sevmiyorum
- Severek yapıyorum. Ağır sorunlarına rağmen manevi tatmin tarafı ağır basıyor
- Olanak olursa kendimi ifade edebildiğim (analitik; insanla içiçe-sıcak) bir meslek. Ancak bu sağlık sisteminde kendimi ifade etmeyi gerçekleştirmede zorluk çekiyorum. Ancak bu mesleğin kendisinin sonucu değil. Olumsuz, piyasacı sağlık politikalarını sonucu.
- Doktor olmaktan memnunum
- Bütün zorluklarına rağmen ben doktor olmayı seviyorum. Hayır ve hizmet yönü yoğun bir meslek bana manevi tatmin sağlıyor
- Zorluklarla mücadeleyi sevdiğim için
- İçinde bulunduğum bu şartların olmadığı bir ortama yine seçerdim
- Seviyorum (para için ise yanlış meslek)
- Gene de kutsal ve zeuk almasını öğrendiğim bir meslek
- İnsanı temel alan yaşam tarzı çok önemli. Ancak hekimlerin hastaları, hastaların da hekimleri ticari anlayışla değerlendirip her türlü çirkeflige başvuru mesleği sevmemi zorlaştırıyor
- Mesleğimi seviyorum ama çocuklarıma tavsiye etmedim
- Sevdiğim için. Fakat farklı koşullarda çalışmak isterdim
- Stresli olmasına rağmen işimi severek yapıyorum ve sıkılmıyorum
- Pozitif bilim olması, mesleki doyum sağlaması
- Türkiye'de alternatifi yok. Fakir çocukları açısından en azından
- Açım ama seviyorum

Katılımcıların çoğu mesleklerini toplumda “bazen” saygın (%55) olduğunu düşünmekte, bazen mesleklerini yaparken çelişkiler yaşamakta (%54.8), bazen mesleklerini iyi yapamamanın (49.5) ve sürekli olarak da “çalışma koşullarını değiştirememenin sıkıntısını yaşamaktadır (%53.9). Bu denli ikilemlerin yaşandığı bir mesleki uygulamanın yanı sıra hekimlerin çoğu (%51.4) mesleğini iyi yapmanın gururunu yaşamakta ve büyük bir çoğunlu da (%76.2) hekimliği “bireylere doğrudan yardım edebilen bir meslek” olarak değerlendirmektedir. Bu bulgular grubun halen, daha çok manevi değerler ve manevi doyum yönünden güçlü olduğunu göstermektedir. Mesleğinin ekonomik yönden güvenli olduğunu belirten katılımcıların oranı ise yalnız %13.1 dir. (Tablo 7).

Yine Tablo 7'ye başka bir yönden bakılacak olursa, tabloda yer alan son üç ifadenin doyumlu, huzurlu, rahat, barışık çalışma koşullarına yönelik ifadeler olma özelliği taşıdıkları dikkate alındığında, hekimlerin yarıdan fazlasının mesleğini yaparken çelişki ve sıkıntı yaşadıklarını ve ayrıca çalışma koşullarını değiştirememenin de sıkıntısı içinde oldukları görülmektedir.

Tablo 7 Hekimlerin hekimlik mesleğinin taşıdığı anlama ilişkin ifadelerle katılma durumları

İfadeler	Evet		Bazen		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Mesleğimin toplumda saygınlığı var	443	31.2	780	55.0	195	13.8	1418	100.0
Mesleğimi iyi yapmanın gururunu yaşıyorum	729	51.4	552	38.9	137	9.7	1418	100.0
Mesleğim ekonomik yönden güvenli	185	13.1	532	37.8	692	49.1	1409	100.0
Bireylere doğrudan yardım edebilen bir meslek	1081	76.2	307	21.6	31	2.2	1419	100.0
Mesleğimi yaparken çelişkiler yaşıyorum	416	29.5	773	54.8	222	15.7	1411	100.0
Mesleğimi iyi yapamamanın sıkıntısını yaşıyorum	435	30.9	696	49.5	275	19.6	1406	100.0
Çalışma koşullarını değiştirememenin (çevrenin temizliği ve düzeni vb.) sıkıntısını yaşıyorum	759	53.9	517	36.7	133	9.4	1409	100.0



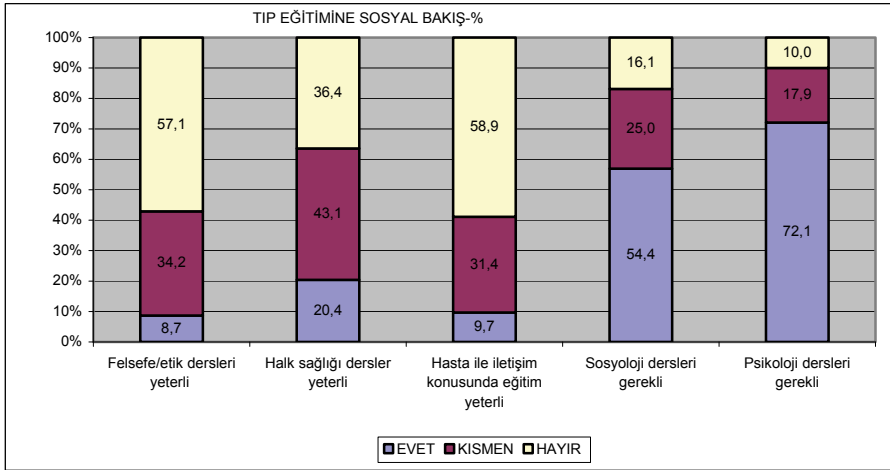
4.3. Hekimlerin Tıp Eğitimine Bakışı

Hekimlerin temel eğitimlerinde aldıkları ve mesleki yaşamlarında kullanacakları sosyal ve insan bilimlerine yönelik bilgi ve becerilere ilişkin görüşleri Tablo 8 ve

9 da verilmektedir. Bugünkü tıp eğitiminde, özellikle ilgili sosyal bilim derslerine pek fazla yer verilmediği, verildiğinde ise önemsenmeyen “sözde” ders olarak görüldüğü söylenebilir. Bu nedenle hekimlerin belirli derslerin gerekliliği konusundaki görüşleri önemli olmaktadır.

Tablo 8 Hekimlerin tıp eğitiminde yer alan sosyal ve beşeri bilimlere ilişkin görüşleri

Tıp eğitimine sosyal bakış	Evet		Kısmen		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Felsefe/etik dersleri yeterli	122	8.7	479	34.2	801	57.1	1402	100.0
Halk sağlığı dersler yeterli	287	20.4	606	43.1	512	36.4	1405	100.0
Hasta ile iletişim konusunda eğitim yeterli	136	9.7	442	31.4	829	58.9	1407	100.0
Sosyoloji dersleri gerekli	822	54.4	348	25.0	224	16.1	1394	100.0
Psikoloji dersleri gerekli	1013	72.1	251	17.9	141	10.0	1405	100.0



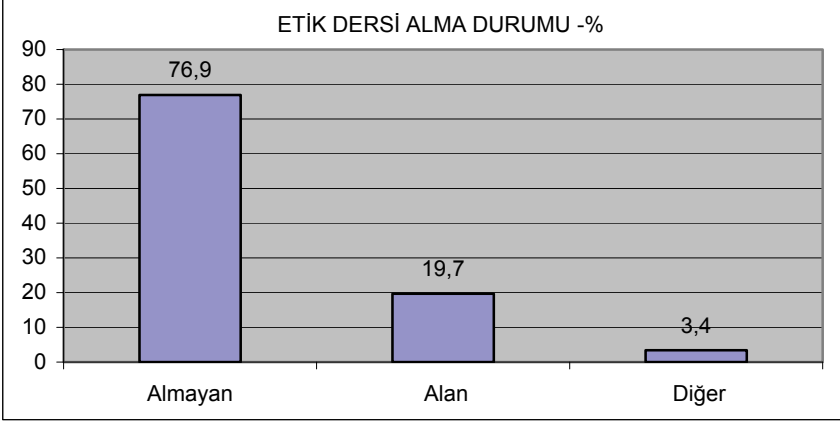
Hekimlerin çoğu temel eğitimleri sırasında aldıkları felsefe/etik dersleri (%57.1) ile hasta-hekim ilişkisine yönelik eğitimlerini (%58.9) yetersiz bulmuş ve yine çoğu; sosyoloji (%54.4) ve psikoloji derslerinin (%72.1) gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Bu yaklaşımda olan grubun eğitimleri sırasında ancak %19.7 gibi bir oranda etik dersi alındığı Tablo 9’da görülmektedir. Burada etik dersi almayanların oranının bu denli düşük olması anket formunda bu sorunun, “deontoloji ya da etik dersi” olarak sorulmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan ilgili soruya “diğer” yanıtı verenlerin de “deontoloji” dersini düşünerek yanıtlamış olabilme olasılıkları yüksektir. Ancak ilgili dersin Türkiye’de pek çok tıp

fakültesinde son on yıldır müfredat programlarına eklendiği de dikkate alındığında, bu dersin alınma oranının zaman içinde artması beklenmektedir.

Tablo 9 Hekimlerin eğitimlerinde etik dersi alma durumları

Etik dersi alma durumu	S	%
Almayan	1087	76,9
Alan	279	19,7
Diğer	48	3,4
Toplam	1414	100,0

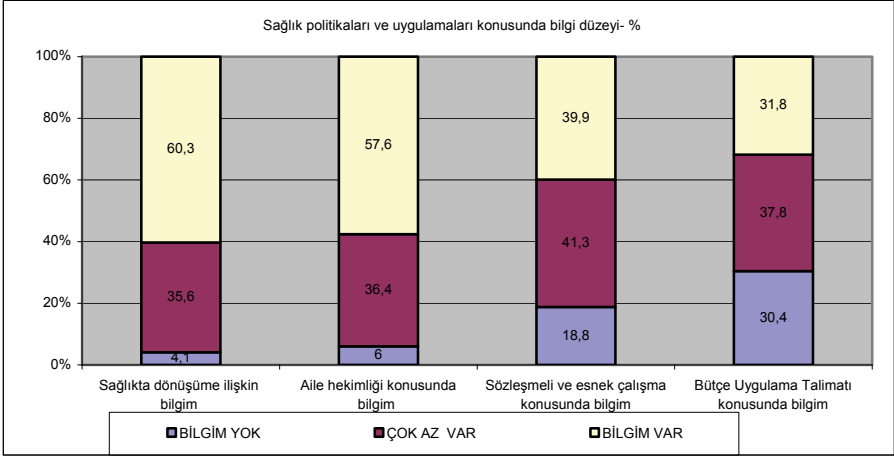


4.4. Hekimlerin Sağlık Politikaları ve Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Bilgiye Ulaşma Kaynakları

Hekimlerin hızla değişen ve gelişen sağlık politika ve uygulamalarına ilişkin ne denli bilgi sahibi oldukları kendilerine sorulduğunda, alınan yanıtlarda hekimlerin %60.3 ünün “sağlıkta dönüşüm” ve %57.6 sının “aile hekimliği” konusunda bilgili olduklarını söylemişlerdir (Tablo 10). Ancak yine aynı tabloda “sözleşmeli ve esnek çalışma” ve son “Bütçe Uygulama Talimatı-BUT” konuları gibi gerek hekimin kendi çalışma koşullarına yönelik ve gerekse çalışırkenki sağlık hizmetlerinin günlük işleyişine yönelik konularda “çok az” bilgileri olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 10 Hekimlerin sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda bilgi düzeyleri

GÖRÜŞLER	Bilgim yok		Çok az bilgim var		Bilgim var		Toplam	
	N	%	S	%	S	%	S	%
Sağlıkta dönüşüme ilişkin yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda bilgim	58	4.1	502	35.6	852	60.3	1412	100
Aile hekimliği konusunda bilgim	84	6.0	512	36.4	810	57.6	1406	100
“Sözleşmeli ve esnek çalışma” konusunda bilgim	264	18.8	579	41.3	560	39.9	1403	100
Son Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) konusunda bilgim	428	30.4	532	37.8	447	31.8	1407	100



5. HEKİMLERİN PERFORMANS UYGULAMASININ SONUÇLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

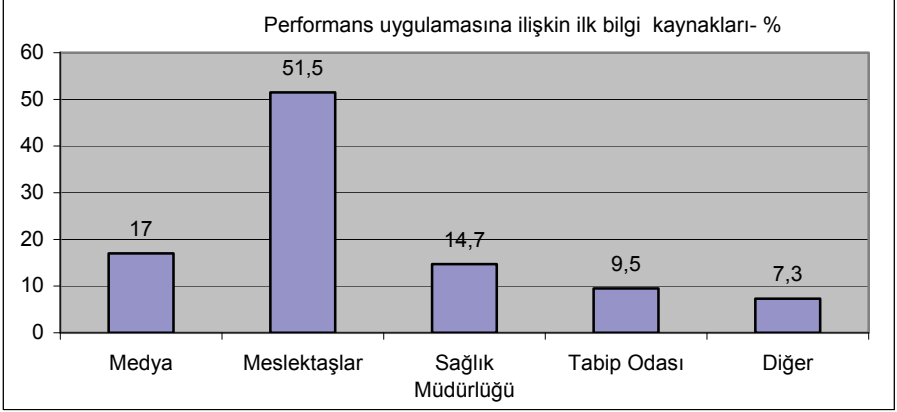
Bu bölümde performans uygulaması sonuçlarına ilişkin görüşler yer almaktadır. Konuya ilişkin ayrıntılı bilgi alınmadan önce, hekimlerin konu ile ne denli tanışık olduklarına bakılmıştır. Bu nedenle hekimlere performans konusuna ilişkin bilgi kaynakları ve uygulamanın kendi kurumlarında yer alıp almadığı sorulmuştur. Alınan yanıtlarda hekimlerin ilk bilgi kaynaklarının meslektaşları (%51.5) ardından medya (%14.7), sağlık müdürlüğü (%14.7) ve en son tabip odasının (%9.5) olduğu görülmektedir (Tablo 11).

İlk bilgi kaynağının “meslektaşlar” olması, “tabip odalarının” ve “sağlık müdürlüğü” nün son sıralarda yer alması, konuya ilişkin iletişimin daha çok bir yatay iletişim tipinde olduğunu göstermektedir. Yatay iletişim, her ne kadar meslektaşlar arasında bir bilgi akışı olduğunu gösterse de, bilginin her zaman yorumlarla karışma ve doğruluğunu yitirme riski taşıması nedeni ile böyle bir konuda yeterli ve sağlıklı bir iletişim tipi olduğu söylenemez. Diğer taraftan güvenli bir meslek-içi iletişimin sağlanabileceği ve bir dikey iletişim kaynağı olan “tabip odaları” nın ise bir bilgi kaynağı olma konusundaki etkilerinin oldukça düşük olduğu (%7.8) gözlenmektedir.

Bu bulgu, performans uygulamasına geçme gibi bir değişim gerçekleştirilirken, öncelikle neyin, neden, nasıl, ne ile değiştirileceğine ilişkin doğru ve güvenilir bilginin ilgili kişilerle paylaşılması, değişimden etkilenecek grupta bir bakış açısının oluşturulması ilkelerine uyulmadığını göstermektedir. Aksi halde değişim sürecinde karmaşa ya da kaos yaşanması, güvensizliğin oluşması, motivasyonun kaybı kaçınılmazdır. Ayrıca bu bulgu, tabip odalarının eğitim ve bilgilendirmede daha etkili olma yönünde çaba göstermesi gerektiği biçiminde de okunabilir.

Tablo 11 Performans uygulamasına ilişkin ilk bilgi kaynakları

İlk Bilgi Kaynağı	S	%
Meslektaşlar	620	51.5
Medya	205	17.0
Sağlık Müdürlüğü	177	14.7
Tabip Odası	114	9.5
Diğer	88	7.3
Toplam	1204	100.0



Hekimlerin performans uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemek için oluşturulan 34 maddelik soru grubu, bir tablo halinde sorulmuştur. Yanıtların “azaldı”, “değişmedi” ve “arttı” şeklinde bir değerlendirme niteliğinde olması istenmiştir. Hekimler aslında bu maddeleri performans uygulaması öncesine göre bir karşılaştırma yaparak yanıtlamışlardır. Bu nedenle de yanıtlar değişimin yansımaları olarak değerlendirilmiştir. Uygulamaya ilişkin görüşlerin, ne denli önemli olduklarının da belirtilmesi istendiği bu maddeler kendi içlerinde, ilgili konulara göre aşağıda belirtilen 4 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir:

1. Performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi
2. Performans uygulamasının eğitime etkisi
3. Performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi
4. Performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişim üzerine etkisi

5.1. Performans Uygulamasının Çalışma Düzenine Etkisi

“Performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi” grubunda toplam 11 madde bulunmaktadır.

Tablo 12 performans uygulamasının çalışma düzenine etkisine ilişkin çarpıcı bilgiler içermektedir. Buna göre, bir kurumda tetkik, lokal anestezi, yatırılan hasta, yoğun bakıma yatırılan hasta ve konsültasyon isteme sayılarının artış göstermesi bir dinamikliğin göstergesi, olumlu bir gelişme ve hatta önemli bir başarı olarak değerlendirilebilir. Ancak aynı tabloda “endikasyonsuz müdahaleler”, “etik olmayan uygulamalar” ve “uygulama hatalarının (malpraktis)” artmış ve “hasta başına düşen muayene süresi” nin azalmış olması, görünürdeki bu başarıya daha dikkatli yaklaşmayı akla getirmektedir. Özellikle “hasta başına düşen muayene süresi”, “uygulama hataları”nın artması ve “verilen sağlık hizmeti niteliğinin azalması” performans uygulaması ile topluma verilen hizmetin niteliğinin de olmayacak bir şekilde düştüğünü göstermektedir. Her ne kadar “komplikasyon sayısı”nın değişmediğinin belirtilmesi (%49.1) yüksek orandaysa da, “arttı” diyenlerin sayıları da (%45.2) oldukça yüksektir.

Tablo 12 Hekimlere göre performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi

GÖRÜŞLER	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hasta başına düşen muayene süresi	761	67.3	290	25.6	80	7.1	1131	100
Tetkik sayısı (radyoloji, laboratuvar)	119	10.6	286	25.6	714	63.8	1119	100
Lokal anestezi sayısı	72	8.7	344	41.7	408	49.5	824	100
Yatırılan hasta sayısı	91	9.8	278	30.1	555	60.1	924	100
Yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı	59	7.3	374	46.4	373	46.3	806	100
Komplikasyon sayısı	50	5.7	428	49.1	394	45.2	827	100
Konsültasyon isteme sayısı	175	19.1	332	36.2	409	44.7	916	100
Endikasyonsuz müdahaleler	55	5.9	276	29.7	599	64.4	930	100
Verilen sağlık hizmetinin niteliği	626	60.3	276	26.6	136	13.1	1038	100
Etik olmayan uygulamalar	89	8.6	221	21.4	724	70.0	1034	100
Uygulama hataları (malpraktis)	69	7.2	380	39.9	503	52.8	952	100

Olumsuz yönlerin artmış olduğunu gösteren bu tablonun ardından, Tablo 13'te bu durumun hekimlerce “çok önemsendiği” görülmektedir. Diğer bir deyişle, hekimlerce önemsenen konularda, olumsuz gelişmeler meydana gelmektedir.

Tablo 13 Hekimlerin performans uygulamasının çalışma düzenine etkisini önemseme durumları

GÖRÜŞLER	Önemsiz		Kısmen önemli		Çok önemli		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hasta başına düşen muayene süresi	33	3.7	126	14.0	738	82.3	897	100
Tetkik sayısı (radyoloji, laboratuvar)	57	6.5	326	37.2	494	56.3	877	100
Lokal anestezi sayısı	126	19.3	285	43.6	242	37.1	653	100
Yatırılan hasta sayısı	74	10.4	313	44.0	324	45.6	711	100
Yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı	98	15.5	233	36.9	300	47.5	631	100
Komplikasyon sayısı	58	8.5	139	20.3	489	71.3	686	100
Konsültasyon isteme sayısı	69	9.7	309	43.5	333	46.8	711	100
Endikasyonsuz müdahaleler	38	5.2	104	14.3	586	80.5	728	100
Verilen sağlık hizmetinin niteliği	25	3.0	81	9.9	714	87.1	820	100
Etik olmayan uygulamalar	16	2.0	61	7.4	742	90.6	819	100
Uygulama hataları (malpraktis)	24	3.1	96	12.5	648	84.4	768	100

Performans sisteminin uygulanması sonucunda çalışma düzeninde meydana gelen değişikliklerin farklı basamaklarda çalışan hekimlerce nasıl değerlendirildiğine ilişkin veriler Tablo 14'te sunulmaktadır. Tabloya bakıldığında çok yönlü ve en çok, birinci basamak sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Örneğin: birinci basamak hizmetlerinde, koruyucu hizmetlerin öncelikli olması gerekirken, bu basamakta “tetkik”, “yatırılan hasta”, “konsültasyon isteme” ve “endikasyonsuz müdahale” sayısının artmış olması, bu basamak hizmetlerinin esas amaçlarından farklılaştığı yönünde dikkat çekmektedir. Bunun yanında yine aynı tabloda, “hasta başına düşen muayene süresi” ve “verilen sağlık hizmetinin niteliği”ndeki azalma, “etik olmayan uygulamalar” ve “tıbbi hatalarda” artma birinci basamak sağlık hizmetlerinin, performans sistemi uygulanmasından da olumsuz etkilediklerini vurgulamaktadır.

Hasta başına düşen muayene süresi ($p < .05$), tetkik sayısı ($p < .05$), lokal anestezi ($p < .05$), endikasyonsuz müdahale ($< .005$), verilen sağlık hizmetinin niteliği ($< .005$), etik olmayan uygulamalar ($p < .001$) ve uygulama hataları (malpraksis) konularındaki değişimlerin çalışma yerlerine göre anlamlı düzeyde farklı değerlendirildiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre her üç grup da “hasta başına düşen muayene süresi”nin azaldığını belirtirken özellikle birinci basamak hekimlerinde bu oran diğerlerinden (sayısal olarak) daha yüksektir.

Tetkik sayısındaki değişim konusunda da benzer bir sonuç bulunmaktadır. Her üç grup da tetkik sayısında “artış” olduğunu belirtirken yine bu oran birinci basamak hekimleri arasında (sayısal olarak) daha yüksektir. Lokal anestezi sayısındaki değişim konusunda da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yine her üç hekim grubunun “artış” olduğunu belirtmelerine karşın bu oran ikinci basamak hekimlerinde en yüksektir. Endikasyonsuz müdahale, verilen sağlık hizmetinin niteliği, etik olmayan uygulamalar, uygulama hataları (malpraksis) konularındaki değişimler yönünden gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Tüm gruplar, özellikle de birinci basamak hekimleri, belirtilen dört değişkenin tümü için artış olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 14 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi

Görüşler	Basamak	Azaldı S (%)	Değişmedi S (%)	Arttı S (%)	Total S (%)*
Hasta başına düşen muayene süresi	1.Basamak	194	51 (19,0)	24 (8,9)	269 (100,0)
	2.Basamak	(72,1)	167 (26,6)	40 (6,4)	628 (100,0)
	3.Basamak	421 (67,0)	69 (31,5)	14 (6,4)	219 (100,0)
		136 (62,1)			1116 (100,0)
Tetkik sayısı (radyoloji, laboratuvar)	1.Basamak	25 (9,5)	53 (20,2)	184	262 (100,0)
	2.Basamak	59 (9,5)	164 (26,4)	(70,2)	622 (100,0)
	3.Basamak	32 (14,5)	64 (29,0)	399 (64,1)	221 (100,0)
				125 (56,6)	1105 (100,0)
Lokal anestezi sayısı	1.Basamak	16 (11,4)	66 (47,1)	58 (41,4)	140 (100,0)
	2.Basamak	45 (9,1)	184 (37,2)	266	495 (100,0)
	3.Basamak	10 (5,6)	87 (49,2)	(53,7)	177 (100,0)
				80 (45,2)	812 (100,0)
Yatırılan hasta sayısı	1.Basamak	12 (9,8)	30 (24,4)	81 (65,9)	123 (100,0)
	2.Basamak	63 (10,8)	167 (28,7)	351 (60,4)	581 (100,0)
	3.Basamak	15 (7,3)	75 (36,4)	116 (56,3)	206 (100,0)
					910 (100,0)
Yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı	1.Basamak	7 (6,5)	43 (40,2)	57 (53,3)	107 (100,0)
	2.Basamak	39 (7,7)	225 (44,5)	242 (47,8)	506 (100,0)
	3.Basamak	11 (6,0)	100 (54,9)	71 (39,0)	182 (100,0)
					795 (100,0)

Görüşler	Basamak	Azaldı S (%)	Değişmedi S (%)	Arttı S (%)	Total S (%)*
Komplikasyon sayısı	1.Basamak	5 (4,4)	49 (43,0)	60 (52,6)	114 (100,0)
	2.Basamak	34 (6,2)	268 (48,8)	247 (45,0)	549 (100,0)
	3.Basamak	9 (4,6)	107 (54,9)	79 (40,5)	195 (100,0)
Konsültasyon isteme sayısı	1.Basamak	27 (22,3)	34 (28,1)	60 (49,6)	121 (100,0)
	2.Basamak	112 (19,4)	204 (35,4)	261 (45,3)	577 (100,0)
	3.Basamak	32 (15,7)	89 (43,6)	83 (40,7)	204 (100,0)
Endikasyonsuz müdahaleler	1.Basamak	9 (6,1)	34 (23,1)	104 (70,7)	147 (100,0)
	2.Basamak	35 (6,2)	157 (27,8)	373 (66,0)	565 (100,0)
	3.Basamak	11 (5,4)	81 (39,7)	112 (54,9)	204 (100,0)
Verilen sağlık hizmetinin niteliği	1.Basamak	158 (67,2)	54 (23,0)	23 (9,8)	235 (100,0)
	2.Basamak	341 (59,5)	143 (25,0)	89 (15,5)	573 (100,0)
	3.Basamak	120 (55,6)	74 (34,3)	22 (10,2)	216 (100,0)
Etik olmayan uygulamalar	1.Basamak	14 (6,1)	46 (20,1)	169 (73,8)	229 (100,0)
	2.Basamak	60 (10,3)	107 (18,4)	413 (71,2)	580 (100,0)
	3.Basamak	14 (6,5)	67 (31,3)	133 (62,1)	214 (100,0)
Uygulama hataları (malpraktis)	1.Basamak	14 (7,2)	64 (33,0)	116 (59,8)	194 (100,0)
	2.Basamak	42 (7,8)	209 (38,6)	290 (53,6)	541 (100,0)
	3.Basamak	12 (5,9)	103 (50,5)	89 (43,6)	204 (100,0)

* Yüzdeler her görüş için yanıt veren kişi sayısına göre alınmıştır.

5.2. Performans Uygulamasının Eğitime Etkisi

Üniversite ve bazı Devlet hastanelerinin topluma sağlık hizmeti verme görevlerinin yanında sağlık personeli yetiştirme görevleri de bulunmaktadır. Bu anlamda bazı hastanelerin bir eğitim kuruluşu olmaları nedeni ile, eğitimin nicelik ve niteliği de önem kazanmaktadır.

Tablo 15 hekimlerin “Performans uygulamasının eğitime etkisi” grubunda yer alan toplam 6 maddenin performans uygulamasından önceki durum ile uygulama sonrası durumu karşılaştırarak yanıtladıkları maddeler verilmektedir. Tabloya göre uygulamalı bir meslek olan tıp eğitiminde “beceri kazandırma”ya ayrılan süre”, “hasta başı eğitim süresi” ve “asistanların teorik eğitimine ayrılan süre” gibi hem kuramsal hem de beceri eğitiminin “azaldığı” belirtilmektedir. Diğer taraftan aynı tabloda, yeni insan gücü yetiştirecek hekimlerin kendilerinin yenilenmesi ve yenilikleri izlemeleri yönünden önemli olan “sürekli tıp eğitimine katılma” ve “literatür okumaya ayrılan süre” nin de azalmış olduğu görülmektedir. Buna göre eğiten ve eğitilenlerin koşullarında meydana gelen bu “eğitimde nitelik kaybı”nın, uzun vadede (temel eğitim ve ihtisas) getireceği sorunlar bugünden yordanabilmektedir. Tablo 15’e göre bir tek “kurul ve komisyonlarda görev alma” da bir artış olduğu görülmektedir.

Tablo 15 Hekimlere göre performans uygulamasının eğitime etkisi

GÖRÜŞLER	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre	560	70.9	190	24.1	40	5.1	790	100
Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma	190	20.8	274	30.0	448	49.1	912	100
Hasta başı eğitim süresi	540	66.6	224	27.6	47	5.8	811	100
Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre	445	69.6	154	24.1	40	6.3	636	100
Sürekli tıp eğitime katılma sıklığı	582	64.4	253	28.0	69	7.6	904	100
Literatür okumaya ayrılan süre	622	65.8	278	29.4	46	4.9	946	100

Tablo 16’da ise performans uygulamasının eğitime olumsuz etkisi hekimlerce “çok önemsendiği” görülmektedir.

Tablo 16 Hekimlerin performans uygulamasının eğitime etkisini önemseme durumları

GÖRÜŞLER	Önemsiz		Kısmen önemli		Çok önemli		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre	27	4.2	87	13.6	526	82.2	640	100
Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma	125	17.3	320	44.4	276	38.3	721	100
Hasta başı eğitim süresi	35	5.5	150	23.4	456	71.1	641	100
Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre	23	4.3	78	14.6	433	81.1	534	100
Sürekli tıp eğitime katılma sıklığı	29	4.0	125	17.4	566	78.6	720	100
Literatür okumaya ayrılan süre	25	3.3	123	16.5	599	80.2	747	100

Tablo 17 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının eğitime etkisini önemseme durumları

GÖRÜŞLER	Basamak	Azaldı S (%)	Değişmedi S (%)	Arttı S (%)	Total S(%)*
Eğitim hastanesinde beceri kazandırma	1.Basamak	109 (71,2)	38 (24,8)	6 (3,9)	153 (100,0)
	2.Basamak	291 (70,5)	98 (23,7)	24 (5,8)	413 (100,0)
	3.Basamak	151 (71,2)	51 (24,1)	10 (4,7)	212 (100,0)
					778 (100,0)
Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma	1.Basamak	51 (37,0)	39 (28,3)	48 (34,8)	138 (100,0)
	2.Basamak	97 (17,2)	156 (27,7)	311 (55,1)	564 (100,0)
	3.Basamak	41 (20,7)	74 (37,4)	83 (41,9)	198 (100,0)
					900 (100,0)
Hasta başı eğitim süresi	1.Basamak	103 (74,6)	27 (19,6)	8 (5,8)	138 (100,0)
	2.Basamak	296 (65,6)	128 (28,4)	27 (6,0)	451 (100,0)
	3.Basamak	131 (62,7)	67 (32,1)	11 (5,3)	209 (100,0)
					798 (100,0)
Asistanların teorik eğitimlerine ayrılan süre	1.Basamak	65 (67,7)	24 (25,0)	7 (7,3)	96 (100,0)
	2.Basamak	244 (73,1)	70 (21,0)	20 (6,0)	334 (100,0)
	3.Basamak	129 (64,8)	59 (29,6)	11 (5,5)	199 (100,0)
					629 (100,0)
Sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı	1.Basamak	135 (70,3)	43 (22,4)	14 (7,3)	192 (100,0)
	2.Basamak	317 (64,6)	135 (27,5)	39 (7,9)	491 (100,0)
	3.Basamak	124 (58,8)	72 (34,1)	15 (7,1)	211 (100,0)
					894 (100,0)
Literatür okumaya ayrılan süre	1.Basamak	143 (71,1)	49 (24,4)	9 (4,5)	201 (100,0)
	2.Basamak	336 (65,1)	156 (30,2)	24 (4,7)	516 (100,0)
	3.Basamak	134 (61,8)	70 (32,3)	13 (6,0)	217 (100,0)
					934 (100,0)

* Yüzdeler her görüş için yanıt veren kişi sayısına göre alınmıştır.

Tablo 17’de görüldüğü gibi performans uygulamasının eğitime etkisi açısından sonuçlarına bakıldığında her ne kadar “çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma” dışındaki tüm değişkenlerde (“eğitim hastanesinde beceri kazandırma”, “hasta başı eğitim süresi”, “sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı” ve “literatür okumaya ayrılan süre”) en çok birinci basamak hekimleri etkilenmiş gibi görünse de farklı basamak hekimleri arasında istatistiksel olarak farklılıklar bulunmayacak biçimde tüm gruplarda eğitime ayrılan sürenin azaldığı belirtilmektedir. Sadece kurul ve komisyonlarda görev alma konusunda farklı basamak hekimleri arasında anlamlı fark ($p < .001$) bulunmuştur.

5.3. Performans Uygulamasının Yönetimsel Boyut ve Çalışma İlişkilerine Etkisi

Tablo 18 hekimlerin performans uygulamasının kurum içi çalışma ve yönetimine etkisini değerlendirmeleri yer almaktadır. Bu tablo performans uygulamasının kurum içi çalışma ve yönetimine etkisine ilişkin çarpıcı bilgiler içermektedir.

Buna göre, bir kurumda “çalışanlar arasında rekabetin” (%81.1), “klinikler arasında rekabetin” (%69.3) ve “çalışma düzeninde” (%42.2) bir artışın sağlanması yönetsel olarak kurumun bir dinamizm kazandığı şeklinde ve olumlu bir yansıma olarak değerlendirilebilir. Ancak aynı tabloda “motivasyonun” (%45.9), “klinik içi görevlendirme dağılımının adil yapılması” (%53.3). “denetim” (%36.0) ve “izin ve dinlenme süreleri”nin azalmış (%73.4) ve “çalışma stresi”nin artmış olması (%75.6), görünürdeki bu kazanılan kurum dinamizmine daha dikkatli yaklaşmayı ve kurumun ne denli sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturduğu gibi soruları akla getirmektedir. Yine aynı tabloda, özellikle belirtilen motivasyon ve denetimin azalması, performans uygulamasının felsefesine aykırı anlayışlar olarak önemli görülmektedir. Ayrıca bu durum daha önceki bulgularla da bağdaştırılacak olursa (Tablo 11), değişime ilişkin yeterince ön bilgilendirme yapılmadan uygulamaya geçilmesinde ya da “yaparak öğrenme”de yaşanabilecek karmaşa ve motivasyon kaybının yaşandığı burada görülmektedir. Ayrıca yine aynı tabloda “mesleki örgütlenme arayışının” (%39.0) ve “mesleki geleceği görmenin” de azaldığına değinilmesi (%74.4), çalışanlar arasında ortak mesleki hedeflerin kaybolduğunu da düşündürmektedir.

Tablo 18 Hekimlere göre performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi

GÖRÜŞLER	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Çalışanlar arasında rekabet	26	2.2	195	16.7	947	81.1	1168	100
Klinikler arası rekabet	30	2.8	303	28.0	750	69.3	1083	100
Mesleki örgütlenme arayışı	447	39.0	403	35.2	295	25.8	1145	100
Mesleki geleceği görme	851	74.4	200	17.5	93	8.1	1144	100
Çalışma düzeni	277	24.1	383	33.6	481	42.2	1141	100
Çalışma stresi	49	4.2	235	20.2	881	75.6	1165	100
Motivasyon	527	45.9	269	23.5	351	30.6	1147	100
Klinik içi görevlendirmede adil dağılım	441	53.3	317	38.3	69	8.3	827	100
Denetim	355	36.0	336	34.0	296	30.0	987	100
İzin ve dinlenme süreleri	793	73.4	236	21.9	51	4.7	1080	100

Ayrıca, bu bulgulara göre hekimlerin büyük bir oranının (%81.1) çalışanlar arasında rekabetin ve çalışma stresinin arttığı (%75.6), mesleki geleceği görememe kaygısının (%74.4) ve izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını (%73.4) belirtmeleri, nitelikli hizmet sunumu açısından dikkate alınması gereken kurumsal boyutlar olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 19’da ise performans uygulamasının kurum içi çalışma ve yönetsel boyut üzerine etkisinin hekimlerce “çok önemsendiği” görülmektedir.

Tablo 19 Hekimlerin performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisini önemseme durumları

GÖRÜŞLER	Önemsiz		Kısmen önemli		Çok önemli		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Çalışanlar arasında rekabet	121	12.6	417	43.6	419	43.8	957	100
Klinikler arası rekabet	171	19.4	389	44.2	320	36.4	880	100
Mesleki örgütlenme arayışı	66	7.0	178	18.9	697	74.1	941	100
Mesleki geleceği görme	34	3.7	96	10.4	789	85.9	919	100
Çalışma düzeni	63	6.9	264	28.9	587	64.2	914	100
Çalışma stresi	40	4.3	166	17.9	721	77.8	927	100
Motivasyon	35	3.8	213	23.3	668	72.9	916	100
Klinik içi görevlendirmede adil dağılım	32	4.8	165	24.6	474	70.6	671	100
Denetim	39	5.0	225	28.8	518	66.2	782	100
İzin ve dinlenme süreleri	28	3.3	215	25.5	601	71.2	844	100

Tablo 20 performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi yönünden incelendiğinde, yine birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin olumsuz etkilendikleri görülmektedir. Buna göre, “mesleki örgütlenme arayışı”nda, “mesleki geleceği görme”de ve “motivasyon” da azalmadan söz edilmesi, gelecek ve bugün için karamsar bir tablo sergilemektedir. Bu tablonun yanında yine bu basamakta çalışan hekimlerin “klinik içi görevlendirmelerde adil dağılım”. “denetim” ve “izin ve dinlenme süreleri” yönünden “azalma” ya da “kayıp”ların yaşandığını belirtmeleri, bu grubun “bugün” için de bazı önemli çıkmazlar yaşadıklarını göstermektedir.

“Performans uygulamalarının, kurum içi çalışma ve yönetsel boyut üzerine etkisine farklı sağlık hizmet basamaklarında çalışan hekimlerin yanıtları arasında farklılık olup olmadığına bakıldığında toplam 10 değişkenden 6’sı için anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 20). Çalışanlar arasında rekabet ($p < .005$), mesleki örgütlenme arayışı ($p < .001$), klinik içi görevlendirmelerde adil dağılım ($p < .005$), denetim ($p < .01$) ve izin ve dinlenme süreleri ($p < .01$) konusunda farklı basamaklarda çalışan hekimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışanlar arasında rekabetin arttığını düşünen hekimler arasında ikinci basamak çalışanları önde gelmektedir. Bunu birinci basamak çalışan hekimleri izlemektedir. Klinikler arası rekabetin tüm gruplar tarafından arttığı belirtilirken bu konuda birinci basamakta çalışan hekimler ilk sıradadır.

Birinci ve ikinci basamaklarda çalışan hekimler mesleki örgütlenme arayışının azaldığını belirtirken, üçüncü basamak hekimleri değişmediğini belirtmektedir. Klinik içi görevlendirmenin adil dağıtılması konusunda her üç grup da azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda birinci basamakta çalışan hekimler ilk, ikinci basamak çalışan hekimleri ikinci sırada gelmektedir. Örgüt içi denetim

konusunda birinci ve ikinci basamak çalışanlarının çoğu, “azaldığı”nı belirtirken üçüncü basamakta çalışan hekimlerin çoğu “değişmediği”ni belirtmişlerdir.

İzin ve dinlenme sürelerindeki değişim konusunda ise, azaldığını belirtme açısından yine birinci basamak önde gelmektedir.

Tablo 20 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi

GÖRÜŞLER	Basamak	Azaldı S (%)	Değişmedi S (%)	Arttı S (%)	Total S (%)*
Çalışanlar arasında rekabet	1.Basamak	3 (1,1%)	51 (18,0)	230 (81,0)	284 (100,0)
	2.Basamak	18 (2,8%)	88 (13,6)	541 (83,6)	647 (100,0)
	3.Basamak	5 (2,3)	55 (24,8)	162 (73,0)	222 (100,0)
					1153 (100,0)
Klinikler arası rekabet	1.Basamak	4 (1,8)	39 (17,1)	185 (81,1)	228 (100,0)
	2.Basamak	23 (3,7)	193 (31,0)	406 (65,3)	622 (100,0)
	3.Basamak	2 (,9)	69 (31,7)	147 (67,4)	218 (100,0)
					1068 (100,0)
Mesleki örgütlenme arayışı	1.Basamak	123 (46,1)	87 (32,6)	57 (21,3)	267 (100,0)
	2.Basamak	255 (39,7)	217 (33,7)	171 (26,6)	643 (100,0)
	3.Basamak	64 (29,1)	93 (42,3)	63 (28,6)	220 (100,0)
					1130 (100,0)
Mesleki geleceği görme	1.Basamak	210 (77,5)	42 (15,5)	19 (7,0)	271 (100,0)
	2.Basamak	470 (73,7)	110 (17,2)	58 (9,1)	638 (100,0)
	3.Basamak	158 (71,8)	46 (20,9)	16 (7,3)	220 (100,0)
					1129 (100,0)
Çalışma düzeni	1.Basamak	70 (26,1)	81 (30,2)	117 (43,7)	268 (100,0)
	2.Basamak	144 (22,6)	211 (33,2)	281 (44,2)	636 (100,0)
	3.Basamak	61 (27,5)	83 (37,4)	78 (35,1)	222 (100,0)
					1126 (100,0)
Çalışma stresi	1.Basamak	10 (3,6)	57 (20,4)	212 (76,0)	279 (100,0)
	2.Basamak	29 (4,5)	118 (18,3)	498 (77,2)	645 (100,0)
	3.Basamak	9 (4,0)	58 (25,7)	159 (70,4)	226 (100,0)
					1150 (100,0)
Motivasyon	1.Basamak	130 (47,1)	67 (24,3)	79 (28,6)	276 (100,0)
	2.Basamak	290 (45,7)	135 (21,3)	209 (33,0)	637 (100,0)
	3.Basamak	101 (45,3)	63 (28,3)	59 (26,5)	223 (100,0)
					1133 (100,0)
Klinik içi görevlendirmede adil dağılım	1.Basamak	83 (62,4)	35 (26,3)	15 (11,3)	133 (100,0)
	2.Basamak	261 (54,3)	183 (38,0)	37 (7,7)	481 (100,0)
	3.Basamak	92 (45,1)	97 (47,5)	15 (7,4)	204 (100,0)
					818 (100,0)
Denetim	1.Basamak	84 (40,6)	81 (39,1)	42 (20,3)	207 (100,0)
	2.Basamak	201 (36,2)	175 (31,5)	180 (32,4)	556 (100,0)
	3.Basamak	66 (31,0)	75 (35,2)	72 (33,8)	213 (100,0)
					976 (100,0)
İzin ve dinlenme süreleri	1.Basamak	198 (79,2)	44 (7,6)	8 (3,2)	250 (100,0)
	2.Basamak	443 (74,0)	132 (22,0)	24 (4,0)	599 (100,0)
	3.Basamak	145 (66,5)	56 (25,7)	17 (7,8)	218 (100,0)
					1067 (100,0)

* Yüzdeler her görüş için yanıt veren kişi sayısına göre alınmıştır.

5.4. Performans Uygulamalarının Kurum İçi ve Dışı İletişime Etkisi

İletişimin önemli olmadığı bir alan düşünölemeyeceğinden, sağlık alanının bir hizmet alanı olmasından, tıbbın bir yardım edici meslek olmasından, sağlık alanının bir ekip çalışması gerektirdiğinden kurum içi yatay ve dikey iletişim de önemli olmaktadır. Tablo 21 hekimlerin “performans uygulamasının kurum içi yatay ve dikey iletişim üzenine etkisi” ne ilişkin değerlendirmelerini içermektedir. Bu grupta toplam 7 madde yer almaktadır. Çalışmada elde edilen verilere göre performans sürecinin “çalışma arkadaşları ile ilişkiyi” (%54.9), “mesleki dayanışmayı” (%56.1), “çalışanlar arasındaki işbirliğini” (%62.7), “yönetimlerle ilişkiyi” (%40.3), “hekim-hasta ilişkisini” (%52.7) ve “aile içi dayanışma ve paylaşım” ve çalışma dışı ilişkileri” (%50.2) “azalma” ile olumsuz yönde etkilediği görölmektedir. Bu bölümdeki sorulardan yalnız “hekim dışı sağlık personeli ile ilişki”nin değişmediği belirtilmiştir.. Diğer bir deyişle hekimlerin kurum içi ve dışı iletişimin bütün boyutlarında olumsuz yönde bir değişim olduğu yönünde değerlendirme yaptıkları söylenebilir.

Tablo 21 Hekimlere göre performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişime etkisi

GÖRÜŞLER	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Çalışma arkadaşları/ meslektaşlar ile ilişki	647	54.9	476	40.4	56	4.7	1179	100
Mesleki dayanışma	666	56.1	453	38.1	69	5.8	1188	100
Çalışanlar arasında işbirliği	732	62.7	345	29.5	91	7.8	1168	100
Yönetim ile ilişkiler	461	40.3	418	36.5	265	23.2	1144	100
Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki	469	40.8	475	41.3	205	17.8	1149	100
Hekim-hasta ilişki ve etkileşimi	593	52.7	325	28.9	207	18.4	1125	100
Aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri	520	50.2	450	43.4	66	6.4	1036	100

Tablo 22’de ise performans uygulamasının kurum içi yatay ve dikey iletişim üzerine etkisinin hekimlerce “çok önemsendiği” görölmektedir.

Tablo 22 Hekimlerin performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişim üzerine etkisini önemseme durumları

GÖRÜŞLER	Önemsiz		Kısmen önemli		Çok önemli		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Çalışma arkadaşları/ meslektaşlar ile ilişki	81	8.1	242	24.1	681	67.8	1004	100
Mesleki dayanışma	42	4.2	137	13.8	817	82.0	996	100
Çalışanlar arasında işbirliği	42	4.3	143	14.8	784	80.9	969	100
Yönetim ile ilişkiler	147	16.1	367	40.1	401	43.8	915	100
Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki	75	8.3	330	36.4	501	55.3	906	100
Hekim-hasta ilişki ve etkileşimi	29	3.3	164	18.6	690	78.1	883	100
Aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri	46	5.6	141	17.3	630	77.1	817	100

Tabloda “arkadaş/meslektaşlar ile ilişki”, “mesleki dayanışma” gibi meslek içi; “çalışanlar arasında işbirliği”, “hekim dışı sağlık personeli ile ilişki” gibi ekip içi; “aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri” gibi özel yaşam ile ilgili; ve “yönetim ile ilişki” gibi dikey ilişkilerin performans uygulaması öncesine göre azaldığı ifade edilmiştir. Yine bu azalmadan en çok ya da birinci sırada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin etkilendikleri görülmektedir (Tablo 23).

Tablo 23 Hekimlerin çalışma yerleri ve performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişim üzerine etkisi

GÖRÜŞLER	Basamak	Azaldı S (%)	Değişmedi S (%)	Arttı S (%)	Total S (%)*
Çalışma arkadaşları/ meslektaşlar ile ilişki	1.Basamak	172 (59,5)	105 (36,3)	12 (4,2)	289 (100,0)
	2.Basamak	352 (54,2)	264 (40,7)	33 (5,1)	649 (100,0)
	3.Basamak	113 (50,2)	101 (44,9)	11 (4,9)	225 (100,0)
					1163 (100,0)
Mesleki dayanışma	1.Basamak	173 (59,7)	103 (35,5)	14 (4,8)	290 (100,0)
	2.Basamak	368 (56,2)	246 (37,6)	41 (6,3)	655 (100,0)
	3.Basamak	116 (51,1)	98 (43,2)	13 (5,7)	227 (100,0)
					1172 (100,0)
Çalışanlar arasında işbirliği	1.Basamak	189 (66,3)	75 (26,3)	21 (7,4)	285 (100,0)
	2.Basamak	402 (62,3)	188 (29,1)	55 (8,5)	645 (100,0)
	3.Basamak	129 (58,1)	78 (35,1)	15 (6,8)	222 (100,0)
					1152 (100,0)
Yönetim ile ilişkiler	1.Basamak	98 (36,8)	114 (42,9)	54 (20,3)	266 (100,0)
	2.Basamak	266 (41,4)	224 (34,9)	152 (23,7)	642 (100,0)
	3.Basamak	90 (40,7)	74 (33,5)	57 (25,8)	221 (100,0)
					1129 (100,0)
Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki	1.Basamak	131 (48,0)	102 (37,4)	40 (14,7)	273 (100,0)
	2.Basamak	261 (40,8)	258 (40,3)	121 (18,9)	640 (100,0)
	3.Basamak	74 (33,5)	106 (48,0)	41 (18,6)	221 (100,0)
					1134 (100,0)
Hekim- hasta ilişki ve etkileşimi	1.Basamak	143 (52,8)	72 (26,6)	56 (20,7)	271 (100,0)
	2.Basamak	331 (53,6)	172 (27,8)	115 (18,6)	618 (100,0)
	3.Basamak	111 (50,2)	76 (34,4)	34 (15,4)	221 (100,0)
					1110 (100,0)
Aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri	1.Basamak	133 (55,9)	97 (40,8)	8 (3,4)	238 (100,0)
	2.Basamak	299 (51,9)	236 (41,0)	41 (7,1)	576 (100,0)
	3.Basamak	80 (38,1)	113 (53,8)	17 (8,1)	210 (100,0)
					1024 (100,0)

* Yüzdeler her görüş için yanıt veren kişi sayısına göre alınmıştır.

6. HEKİM DEĞERLENDİRMELERİ İLE PERFORMANS UYGULAMASININ TOPLUMSAL SONUÇLARI VE OLMASI GEREKEN HİZMET SUNUM BİÇİMİ

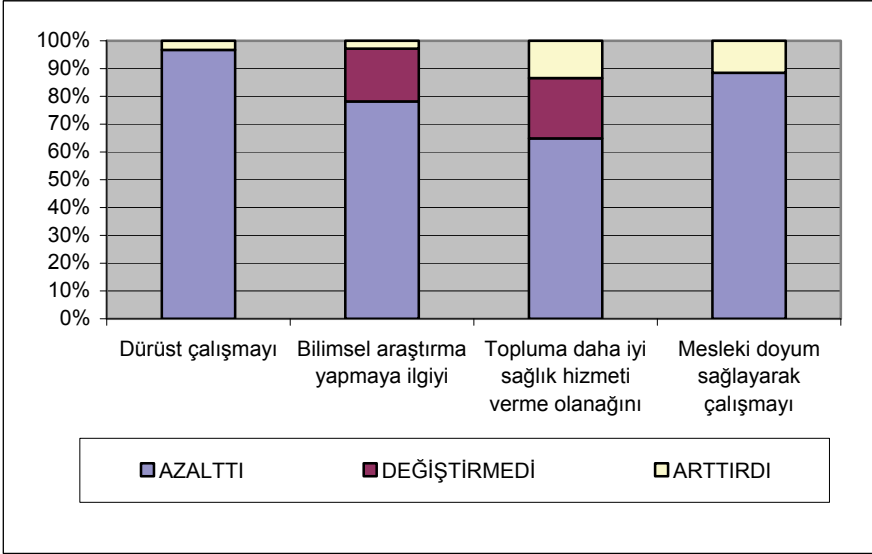
6.1. Hekim Değerlendirmeleriyle Performans Süreci Sonuçları

Bundan önceki bölümlerde hekimlerin performans uygulamasının sonuçlarına ilişkin değerlendirmeleri yansıtılmıştı. Bu bölümde ise hekimlerin performans uygulamasının ileriye dönük olası sonuçları ve çözüm önerileri sunulmaktadır. Diğer bir deyişle mesleğini gerçekleştirmenin mesleki, örgütsel ve toplumsal koşullarına ilişkin düşüncelerine yer verilmektedir.

Tablo 24 bundan önceki bölümlerde belirtilen özelliklerin bir özeti niteliğinde, performans uygulamasının bugünkü resmini anlatmak ve vurgulamaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre performans uygulaması sırasıyla “dürüst çalışmayı” (%96.7), “mesleki doyum sağlayarak çalışmayı” (%88.5), “bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi” (%78.2) ve “topluma daha iyi hizmet verme olanağını” (% 64.9) önemli oranlarda olumsuz yönde etkilemiştir. Bu bulguların ne anlama geldiği düşünüldüğünde hem mesleki gelişim ve özgürleşme anlamında hem de topluma yarar sağlama anlamında süreçten memnuniyetsizlik, sürecin sorgulanması gereğini göstermektedir. “Bilimsel araştırmaya duyulan ilgi”nin azalması gelişmelere açık olmama, “dürüst çalışmanın azalması” ise daha bireyci ve yararçı bir anlayışla hizmet verilmesi anlamını taşıyabilir.

Tablo 24 Hekimlere göre performans uygulamasının hekimlik mesleği üzerine etkileri

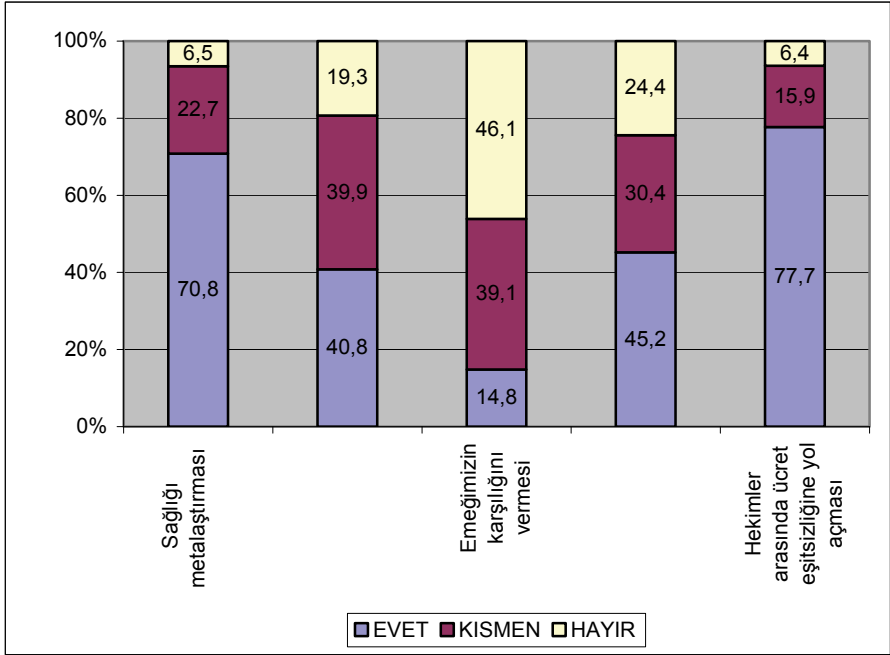
GÖRÜŞLER	Azalttı		Değiştirmede		Arttırdı		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Dürüst çalışmayı	938	96.7	0	0.0	32	3.3	970	100.0
Bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi	909	78.2	221	19.0	33	2.8	1163	100.0
Topluma daha iyi sağlık hizmeti verme olanağını	759	64.9	254	21.7	157	13.4	1170	100.0
Mesleki doyum sağlayarak çalışmayı	816	88.5	0	0.0	106	11.5	922	100.0



Araştırmada bugünkü haliyle uygulanmakta olan performans sisteminin toplumsal açıdan sağlık sistemine etkilerine bakılmıştır (Tablo 25). Bu bölümde performans uygulamasının sonuçları açısından ilgili 5 boyut yer almaktadır. Bu boyutların tümü için hekimlerin çoğu, performans uygulaması sonuçlarını olumsuz değerlendirmişlerdir. Verilere göre performans uygulamasının, hekimler arasında ücret eşitsizliği yarattığı (%77.7), sağlığı metalaştırdığı (%70.8), hekimlerin emeğinin karşılığının verilmediği (%46.1), tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonları genişlettiği (%45.2) ve hekim dışı sağlık personelinin istihdamını sınırlandırdığı (%40.8) gibi yönlerle sağlık sistemine olumsuz olarak yansıdığı görülmektedir. Önemli olarak bu veriler, “becerikli” olan hekimlerin sistemden karlı çıkabileceği diğerlerinin ise çok çalışsalar da “başarısız” olarak değerlendirilebilecekleri biçimindeki bir düşünceye çok da aykırı düşmemektedir.

Tablo 25 Hekimlere göre performans uygulamasının sağlık sistemine olası etkileri

İFADELER	Evet		Kismen		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Sağlığı metalaştırması	814	70.8	261	22.7	75	6.5	1150	100.0
Hekim dışı sağlık personelinin istihdamını sınırlandırması	462	40.8	451	39.9	218	19.3	1131	100.0
Emeğimizin karşılığını vermesi	171	14.8	451	39.1	532	46.1	1154	100.0
Tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonları genişletmesi	512	45.2	344	30.4	277	24.4	1133	100.0
Hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açması	900	77.7	184	15.9	74	6.4	1158	100.0



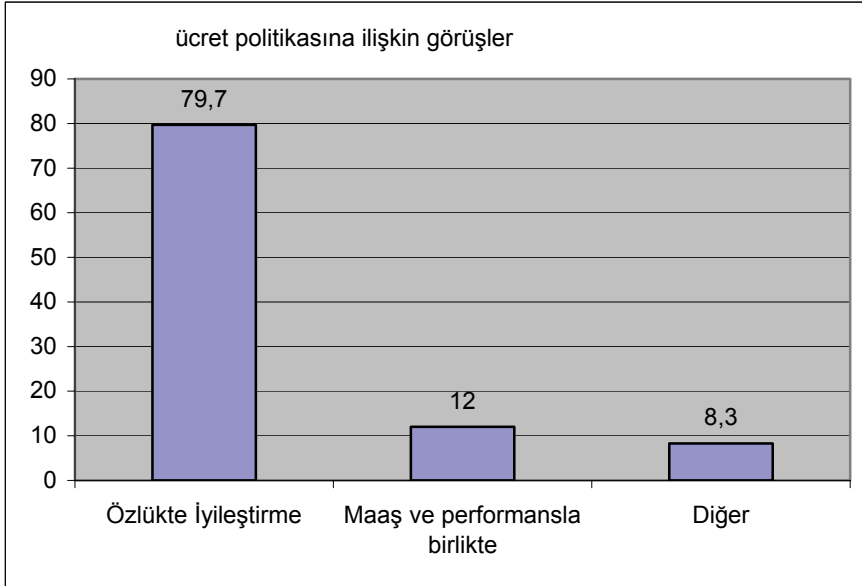
6.2 Hekim Değerlendirmeleriyle Olması Gereken Sağlık Hizmeti Sunum Biçimi

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde hekimlerin olması gereken sağlık sistemine ilişkin görüşlerini anlamayı sağlayabilecek bazı sonuçlara yer verilmiştir. Bu bağlamda hekimlerin ücret politikası ve sağlık hizmeti sunum biçiminin ne olması gerektiği konusundaki görüşlerine bakılmıştır. Bu veriler bir anlamda bugünkü bu tabloya karşılık hekim değerlendirmeleriyle bir önerinin ortaya çıkarılmasına yöneliktir.

Olması gereken ücret politikası konusunda hekimlerin büyük bir bölümü (%79.7) özlük haklarında iyileştirmeye dayalı bir ücret politikasını benimsemektedirler (Tablo 26).

Tablo 26 Hekimlerin ücret politikasına ilişkin görüşleri

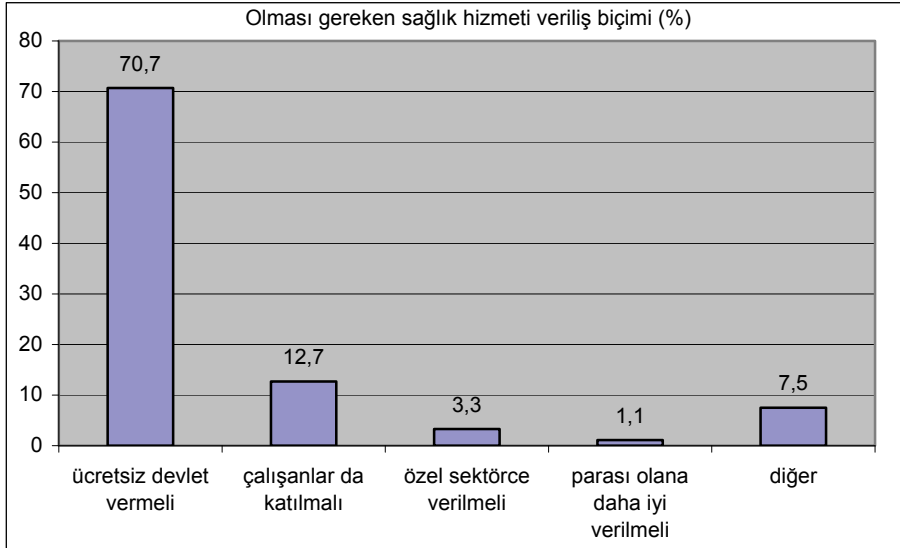
	S	%
Özlük haklarında iyileştirme	893	79.7
Maaş ve performansla birlikte verilmesi	135	12.0
Diğer	93	8.3
Toplam	1121	100.0



Hekimlerin çoğunluğu (%70.7) “sağlık hizmeti, devlet güvencesi altında herkese eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olması gerektiği” görüşünü benimserken, bunu “sağlık hizmetinin çalışanlardan yapılacak kesintilerle desteklenmesi” gerektiğini düşünenler (%12.7) izlemektedir (Tablo 27).

Tablo 27 Hekimlerin olması gereken sağlık hizmeti sunum biçimine ilişkin görüşleri

	S	%
Sağlık hizmeti özel sektörde verilmeli	1038	70.7
Sağlık hizmeti çalışanlardan yapılacak kesintilerle desteklenmeli	186	12.7
Sağlık hizmeti devlet güvencesi altında herkese eşit; ücretsiz ve ulaşılabilir olmalı	49	3.3
Sağlık hizmeti parası olanın daha iyi hizmet almasını sağlamalı	16	1.1
Diğer	104	7.5
Toplam	1393	100.0

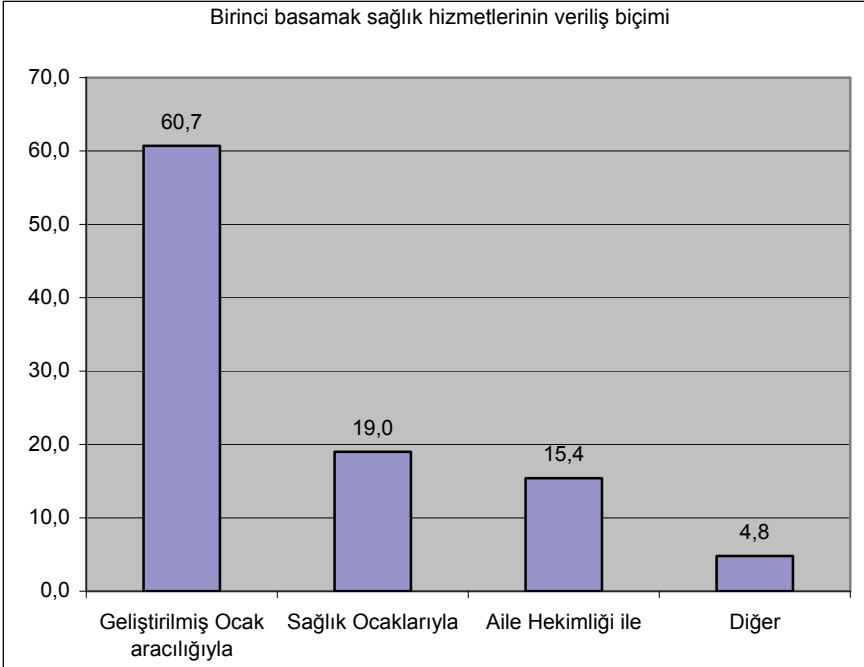


Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmiş biçimi konusunda hekimlerin büyük bölümü (%60.7) bu hizmetlerin “geliştirilmiş sağlık ocakları” ile verilmesi gerektiğini savunurken, hizmetin “sağlık ocakları” ile verilmesi gerektiğini savunanlar (%19.0) ikinci sırada gelmektedir. Aile hekimliği ile olması gerektiğini belirtenler ise (%15.4) üçüncü sırada gelmektedirler (Tablo 28). Hizmetin “geliştirilmiş sağlık ocakları” ile verilme önerisi, hekimlerin “sağlık ocağı” gibi son 40-50 yıldır alışılmış bir sistemi savunuyor ve bir değişime kapalılık olarak

yorumlanabilirse de, sistemin günün koşullarına uyarlanması ya da güncellenmesi anlamında “geliştirilmiş sağlık ocakları” önerisi ülke koşullarında daha akılcı, gerçekçi ve ekonomik görünmektedir.

Tablo 28 Hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum biçimine ilişkin görüşleri

	S	%
Geliştirilmiş Ocak aracılığıyla	845	60.7
Sağlık Ocaklarıyla	265	19.0
Aile Hekimliği ile	215	15.4
Diğer	67	4.8
Toplam	1392	100.0



7. SONUÇ

Performans sisteminin hekimlerce nasıl değerlendirildiğinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen yanıtlar özetle şöyledir.

7.1. Performans Uygulamasının Çalışma Düzenine Etkisi

Hekimlerin, çalıştıkları kurumlarda tetkik, lokal anestezi, yatırılan hasta, yoğun bakıma yatırılan hasta ve konsültasyon isteme sayılarının arttığını belirtmelerine karşın, “endikasyonsuz müdahaleler”, “etik olmayan uygulamalar” ve “uygulama hatalarının (malpraktis)” artmış ve “hasta başına düşen muayene süresi” nin azalmış olduğu da belirtmişlerdir. Özellikle “hasta başına düşen muayene süresi”, “uygulama hataları”nın artması ve “verilen sağlık hizmeti niteliğinin azalması” performans uygulaması ile topluma verilen hizmetin niteliğinin de olmayacak bir şekilde düştüğünü göstermektedir (Tablo 12).

7.2. Performans Uygulamasının Eğitime Etkisi

Hekimler uygulamalı bir meslek olan tıp eğitiminde “beceri kazandırmaya ayrılan süre”, “hasta başı eğitim süresi” ve “asistanların teorik eğitime ayrılan süre” gibi hem kuramsal hem de beceri eğitiminin; yenilikleri izlemeleri yönünden önemli olan “sürekli tıp eğitime katılma” ve “literatür okumaya ayrılan süre”nin de azalmış olduğu belirlenmiştir. Buna göre eğiten ve eğitilenlerin koşullarında meydana gelen bu “eğitimde nitelik kaybı”nın, uzun vadede (temel eğitim ve ihtisas) getireceği sorunlar bugünden düşünmeye değerdir (Tablo 15). Performans uygulamasının eğitime bu olumsuz yansıması hekimlerce “çok önemsenmektedir” (Tablo 16).

7.3. Performans Uygulamasının Yönetimsel Boyutu ve Çalışma İlişkilerine Etkisi

Kurumda “çalışanlar arasında rekabetin,” “klinikler arasında rekabetin” ve “çalışma düzeninde” bir artışın sağlandığı görülmüştür. Ancak bu artışın yanında, “motivasyonun,” “klinik içi görevlendirme dağılımının adil yapılması,” “denetim” ve “izin ve dinlenme sürelerinin” azalmış ve “çalışma stresinin” nin artmış olduğu belirlenmiştir. Burada özellikle belirtilen motivasyon ve denetimin azalması, performans uygulamasının felsefesine aykırı bir anlayış olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca “mesleki örgütlenme arayışının” ve “mesleki geleceği görmenin” de azaldığına değinilmesi, çalışanlar arasında ortak mesleki hedeflerin kaybolduğunu da düşündürmüştür (Tablo 18). Bu bulgular, nitelikli hizmet sunumu açısından dikkate alınması gereken kurumsal boyutlar olarak da görülmüştür. Performans uygulamasının bu kurum içi çalışma ve yönetimsel boyut üzerine etkisinin hekimlerce “çok önemsendiği” de belirlenmiştir (Tablo 19).

7.4. Performans Uygulamasının Kurum İçi ve Kurum Dışı İletişimine Etkisi

Performans sürecinin Tabloda “arkadaş/meslektaşlar ile ilişki”, “mesleki dayanışma” gibi meslek içi; “çalışanlar arasında işbirliği”, “hekim dışı sağlık personeli ile ilişki” gibi ekip içi; “aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri” gibi özel yaşam ile ilgili; ve “yönetim ile ilişki” gibi dikey ilişkilerin performans uygulaması öncesine göre azaldığı ifade edilmiştir (Tablo 21). Performans uygulamasının kurum içi yatay ve dikey iletişim üzerine etkisi hekimlerce “çok önemli” görülmüştür (Tablo 22).

7.5. Performans Uygulamasının Çalışılan Yere Göre Etkileri

Performans sisteminin uygulanması ile çalışma düzeninde meydana gelen değişikliklerden çok yönlü ve en çok, birinci basamak sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Koruyucu hizmetlerin öncelikli olması gereken, bu basamakta “tetkik”, “yatırılan hasta”, “konsültasyon isteme” ve “endikasyonsuz müdahale” sayısının artmış olması, bu basamak hizmetlerinin esas amaçlarından farklılaştığı yönünde dikkat çekmiştir. Ayrıca “hasta başına düşen muayene süresi” ve “verilen sağlık hizmetinin niteliğindeki azalma”, “etik olmayan uygulamalar” ve “tıbbi hatalarda” artma birinci basamak sağlık hizmetlerinin, performans sistemi uygulanmasından olumsuz etkilendiği diğer yönler olmuştur (Tablo 14).

Performans uygulamasının eğitime etkisi yönünden yine “eğitim hastanesinde beceri kazandırma”, “hasta başı eğitim süresi”, “sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı” ve “literatür okumaya ayrılan süre” gibi yönlerden en çok birinci basamakta çalışan hekimlerin etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 17).

Performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi yönünden yine birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin olumsuz etkilendikleri görülmüştür. Buna göre, “mesleki örgütlenme arayışı”nda, “mesleki geleceği görme” ve “motivasyon” da azalma, “denetim” ve “izin ve dinlenme süreleri” yönünden “azalma” ya da “kayıp”ların yaşandığını belirtmeleri, bu grubun “bugün” için de bazı önemli çıkmazlar yaşadıklarını ortaya koymuştur (Tablo 20).

Performansa bağlı “arkadaş/meslektaşlar ile ilişki”, “mesleki dayanışma” gibi meslek içi; “çalışanlar arasında işbirliği”, “hekim dışı sağlık personeli ile ilişki” gibi ekip içi; “aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri” gibi özel yaşam ile ilgili; ve “yönetim ile ilişki” gibi dikey ilişkilerin performans uygulaması öncesine göre azaldığı en çok ya da birinci sırada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerde görülmüştür (Tablo 23).

7.6. Hekimlerin Performans Uygulamasının Toplumsal Sonuçlarına İlişkin Düşünceleri ve Önerdikleri Hizmet Sunum Biçimi

Araştırmada, performans uygulaması sırasıyla “dürüst çalışmayı”, “mesleki doyum sağlayarak çalışmayı”, “bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi” ve “topluma daha iyi hizmet verme olanağını” önemli oranlarda olumsuz yönde etkilemiştir. Bu bulguların hem mesleki gelişim ve özgürleşme anlamında hem de topluma yarar sağlama anlamında süreçten duyulan memnuniyetsizliğin, sürecin sorgulanma gerektirdiğini göstermektedir. “Bilimsel araştırmaya duyulan ilgi”nin azalması gelişmelere açık olmama, “dürüst çalışmanın azalması” ise daha bireyci ve yararçı bir anlayışla hizmet verilmesi anlamını taşıyabilir (Tablo 24).

Araştırmada, bugünkü haliyle performans uygulanmasının, hekimler arasında ücret eşitsizliği, sağlığı metalaştırması, hekimlerin emeğinin karşılığının verilmemesi, tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonların genişletilmesi ve hekim dışı sağlık personelinin istihdamını sınırlaması gibi yönlerle, sağlık sistemine olumsuz olarak yansdığı görülmüştür (Tablo 25).

Ücret politikası konusunda hekimlerin büyük bir bölümü (%79.7) “özlük haklarında iyileştirmeye dayalı bir ücret politikasının” olması gerektiğini, sağlık hizmeti devlet güvencesi altında herkese eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olması gerektiğini (%70.7) ve sağlık hizmetinin geliştirilmiş sağlık ocaklarıyla (%60.7) verilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Bu bulguların sağlık politikalarının geliştirilmesinde dikkate alınması, uzun vadede ortaya çıkacak sorunların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Ankete verilen yanıtlara göre, hekimlik mesleğinin toplumda saygın olduğunu düşünen (%31.2) ve ekonomik yönden güvenli olduğunu belirtenlerin oranı (%13.1), mesleğin saygınlık erozyonuna uğradığının bir göstere olarak yorumlanmıştır (Tablo 7). Sistemin içinde temel aktörlerden olan hekimler, performans sisteminin bugünkü haliyle uygulanmasının olumsuz sonuçlara yol açtığını belirtmektedirler. Bu olumsuzlukların salt hekimlerle sınırlı olmayıp tüm toplumu etkileyebilecek yapılanmaları da beraberinde getireceği beklendiği bir durumdur.

Belirtilen bu değişimlerle, günümüz toplumlarında genel anlamda neo-liberal politikalar ve onun ideolojisi olarak postmodernizmle uyuşan bir sağlık sistemi ve bu sisteme uygun çalışanlarının olması hedeflenmektedir. Diğer bir deyişle, toplum yararını yerine kendi çıkarı peşinde koşan, bencil bireylerin yaratılması olgusu, hekimleri de içermektedir. Bu şekilde davranmayan hekim, var olan performans uygulaması çerçevesinde, “işe yaramaz”, “düşük performanslı” olarak değerlendirilecektir. Bugünkü hali ile performans sisteminin temel sorunu, doğrudan insan üzerinde çalışan bir alanın verimliliğinin ölçülmesinde diğer alanlarınkinden farklı ölçütlerin kullanılması gerektiğinin göz ardı edilmiş olmasıdır.

Bugünkü haliyle performans uygulaması sağlık sisteminin işleyişini büyük oranda etkilemekte ve sarsıcı etik sorunlara yol açmaktadır. Öncelikle hekimlerin çalışma biçimine doğrudan yapılan müdahale ile en başından hekim-hasta ilişkisinin özelliği bozulmaktadır. Bugünkü performans ölçütleri hasta-hekim ilişkisini belirlemekte ve hekimlerden yalnız sayıyla ölçülebilir bir hizmet beklemektedir. Oysa, hasta-hekim ilişkisi rahat ve güvene dayalı bir ilişki olup, sağlık hizmeti sunumunda hastanın bilgilerini paylaşmasını sağlayan yakın bir ilişkiyi doğurucudur. Bu güven ilişkisinin oluşması Deppe'nin ifadesiyle "3 dakikalık tıpla" sağlanamaz, her bir hasta ile ilişkinin özel ve güvenilir biçimde oluşması sabit bir zamana sıkıştırılmaz.

KAYNAKÇA

- Chossudovsky, Michel (1997) *The Globalization of Poverty, Impact of IMF and World Bank Reforms*, TWN, Panang and Zed Books: Londra, İngiltere.
- Deppe, U. H. (2006) “Küreselleşme, Avrupa’da Sağlık Peformları ve Hekimlere Etkileri: Batı avrupa’dan bir Bakış Açısı/Görüş”, *Söyleşi, Toplum ve hekim*, Cilt 21, Sayı 2, 136-143.
- Elveren, A. Y. (2008) “Social Security Reform in Turkey: A Critical Perspective”, *Review of Radical Political Economy*, Vol. 40, No. 1, Spring, 212-232.
- Erbaş, H. (2000-01) “Küreselleşme ve Ulus-Devletin ‘Aşınımı’ Sürecinde Toplumsal Eşitlik/Adalet”, *Doğu-Batı Düşünce Dergisi*, Sayı. 13, 213-225.
- Erbaş, H. F. Turan (2004) “2001 Ekonomik Krizinin Tüketim, Eğitim ve Sağlık Alanlarında Ücretli ve Esnaf Kesimlerine Yansıması”, *Ekonomik Yaklaşım*, Gazi Üniversitesi İktisat Bölümü, Cilt 15, Sayı 50, 47-67.
- Erbaş, H. (2005) “Sosyal Devlet Nereye? Neden Sosyal Devlet”, *Türk Harb-İş Dergisi*, Sayı, 214, 31-39.
- Erbaş H. (2006) “Aydınlatılmış Onam /Rıza Sözde Onam Olmasın? Bir Konferansın Düşündürdükleri”, *IKU- İyi Klinik Uygulamalar*, Sayı 15.
- Erbaş H, F. Turan (2009) “2001 Crisis, Its Impacts and Evolutions: The Case of Workers and Small Employers in Ankara”, *Review of Radical Political Economics*, Vol. 41, No. 1, Winter, 79-107.
- Kim, C. (2005). *The Korean Economic Crisis and Coping Strategies in the Health Sector: Pro-welfarism or Neoliberalism*, *International Journal of Health Services*, 35, 3: 561-578.
- Türkiye Biyoetik Derneği. (2007) VI. Tıp Etiği Sempozyumu, 28-29 Nisan, Ankara.
- Waters, H. , Saadah, F. Ve Pradhan, M. (2003). “The impact of the 1997-98 East Asian Economic Crisis on Ealth and Health Care in Indonesia. *Health Policy and Planning*. 18, 2: 172-181.

EK. ANKET FORMU

Sayın Meslektaşımız,

Bu araştırma performans sisteminin sağlık hizmetinin verilmesine etkisini etik yönden incelemeye yöneliktir. Araştırmanın amacı, performans sisteminin hizmeti veren hekimlere ve bu hekimlere göre toplum/hizmeti alanlara etkisini incelemektir. Bu anket aracılığı ile sizden alınacak yanıtlar topluca değerlendirilecek ve genel eğilimler saptanmaya çalışılacaktır. Çalışmaya içtenlikle katılacağınızı umuyor ve teşekkür ediyoruz.

TTB ETİK KURULU

1. Yaşınız:
2. Mezun olduğunuz tıp fakültesi (belirtiniz).....
3. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl (belirtiniz)
4. Tıp eğitiminiz sırasında etik dersi aldınız mı? 1 () Evet 2 () Hayır
5. Çalıştığınız yer: 1 () 1. Basamak 2 () 2. Basamak 3 ()
3. Basamak
6. Uzmanlık alanınız: Pratisyen:
7. Cinsiyetiniz: 1 () Kadın 2 () Erkek
8. Medeni durumunuz: 1 () Bekar 2 () Evli 3 () Diğer
9. Çocuk sayısı:
1 () Çocuksuz 2 () 1 çocuk 3 () 2 çocuk 4 () 3 çocuk
5 () Diğer (belirtiniz)
10. Doğum yeriniz:
1 () İli
- 2 1 () Köy 2 () İlçe 3 () Kent
11. Ailenizin (şimdiki) toplam gelirini göz önüne alarak aşağıda belirtilen hangi ekonomik düzeye uygun olduğunu belirtiniz?
1 () Geçim sıkıntısı olan
2 () İdare edebilen
3 () Rahat geçinen
4 () Çok rahat geçinen
12. Eşinizin mesleği (belirtiniz)

13. Anne ve babanızın eğitim durumu:

<u>Baba eğitimi:</u>	<u>Anne eğitimi</u>
1 () Okur yazar	1 () Okur yazar.
2 () İlkokul mezunu	2 () İlkokul mezunu
3 () Ortaokul mezunu	3 () Ortaokul mezunu
4 () Lise mezunu	4 () Lise mezunu
5 () Üniversite	5 () Üniversite

14. Tıp mesleğine nasıl yöneldiniz?

- 1 () Ailemin isteği ile
- 2 () Kendi isteği ile
- 3 () Rehberlik/danışmanlık hizmetleri ile
- 4 () Kurs hocaları ile
- 5 () Diğer (belirtiniz)

15. Bugün meslek seçimi yapıyor olsaydınız tıp mesleğini seçer miydiniz?

- 1 () Evet (Nedenini açıklayınız)
- 2 () Hayır (Nedenini açıklayınız)

16. Tıp dışı konularda okur musunuz?

- 1 () Düzenli okurum
- 2 () Bazen okurum
- 3 () Okumam

17. Gazetede aşağıdaki konulardan hangileri ilginizi daha çok çeker? (Tek yanıt işaretleyiniz)

- 1 () Ekonomi
- 2 () Politika
- 3 () Bilim ve teknoloji
- 4 () Sağlık
- 5 () Spor
- 6 () Diğer (belirtiniz).....

18. Size göre sağlık hizmetinin en etkili verilış biçimi nedir?

- 1 () Sağlık hizmeti devlet güvencesi altında herkese eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olmalı
- 2 () Sağlık hizmeti çalışanlardan kesintilerle desteklenmeli
- 3 () Sağlık hizmeti parası olanın daha iyi hizmet almasını sağlamalı
- 4 () Sağlık hizmeti özel sektörcce yürütülmeli
- 5 () Diğer (belirtiniz)

19. Aşağıda hekimlik mesleğinin taşıdığı anlama yönelik ifadeler verilmiştir. Bu ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

İFADELER	EVET	BAZEN	HAYIR
1. Mesleğimin toplumda saygınlığı var			
2. Mesleğimi iyi yapmanın gururunu yaşıyorum			
3. Mesleğim ekonomik yönden güvenli			
4. Bireylere doğrudan yardım edebilen bir meslek			
5. Mesleğimi yaparken çelişkiler yaşıyorum			
6. Mesleğimi iyi yapamamanın sıkıntısını yaşıyorum			
7. Çalışma koşullarını değiştirememenin (çevrenin temizliği ve düzeni vb.) sıkıntısını yaşıyorum			

20. Aşağıda tıp eğitiminin sosyal ve beşeri yönlerine ilişkin ifadeler verilmiştir. Bu ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

TIP EĞİTİMİNE SOSYAL BAKIŞ	EVET	KISMEN	HAYIR
1. Felsefe/etik dersleri yeterli			
2. Halk sağlığı dersleri yeterli			
3. Hasta ile iletişim konusunda eğitim yeterli			
4. Sosyoloji dersleri gerekli			
5. Psikoloji dersleri gerekli			

21. Sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda bilgi düzeyinizi işaretleyiniz.

GÖRÜŞLER	BİLGİM YOK	ÇOK AZ BİLGİM VAR	BİLGİM VAR
1. Sağlıkta dönüşüme ilişkin yapılmakta olan ve yapılacaklar konusunda bilgiler			
2. Aile hekimliği konusunda bilgiler			
3. "Sözleşmeli ve esnek çalışma" konusunda bilgiler			
4. Son Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) konusunda bilgiler			

22. Performans uygulamasına ilişkin bilgiyi nereden öğrendiniz?

- 1 () Tabip odası 4 () Medya
 2 () Sağlık müdürlüğü 5 () Diğer (Belirtiniz)
 3 () Meslektaşlar

23. Aşağıdaki ifadelere performans uygulamasına yönelik olarak katılma derecenizi belirtiniz.

GÖRÜŞLER	PERFORMANS UYGULAMA ÖNCESİNE GÖRE			ÖNEMLİLİK DERECESİ		
	Azaldı	Arttı	Değiş- medi	Önemsiz	Kısmen önemli	Çok önemli
1. Çalışma arkadaşları/ meslektaşlar ile ilişki						
2. Mesleki dayanışma						
3. Çalışanlar arasında işbirliği						
4. Çalışanlar arasında rekabet						
5. Klinikler arası rekabet						
6. Yönetim ile ilişkiler						
7. Mesleki örgütlenme arayışı						
8. Mesleki geleceği görme						
9. Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki						
10. Çalışma düzeni						
11. Çalışma stresi						

HEKİMLERİN DEĞERLENDİRMESİ İLE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME

GÖRÜŞLER	PERFORMANS UYGULAMA ÖNCESİNE GÖRE			ÖNEMLİLİK DERECESESİ		
	Azaldı	Arttı	Değişmedi	Önemsiz	Kısmen önemli	Çok önemli
12. Motivasyon						
13. Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre						
14. Hasta başına düşen muayene süresi						
15. Hekim-hasta ilişki ve etkileşimi						
16. Tetkik sayısı (radyoloji, laboratuvar)						
17. Lokal anestezi sayısı						
18. Yatırılan hasta sayısı						
19. Yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı						
20. Komplikasyon sayısı						
21. Konsültasyon isteme sayısı						
22. Endikasyonsuz müdahaleler						
23. Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma						
24. Hasta başı eğitim süresi						
25. Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre						
26. Sürekli tıp eğitime katılma sıklığı						
27. Literatür okumaya ayrılan süre						
28. Verilen sağlık hizmetinin niteliği						
29. Etik olmayan uygulamalar						
30. Uygulama hataları (malpraktis)						
31. Klinik içi görevlendirmede adil dağılım						
32. Denetim						
33. İzin ve dinlenme süreleri						
34. Aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri						
35. Aile ile birlikte geçirilen zaman						

24. Performans sistemi sonrası daha iyi hizmet verebilme açısından sizce ücret politikası nasıl olmalı?

- 1 () Özlük haklarına (emeklilik vb.) yansıyan bir iyileştirme
 2 () Maaş ve performansın beraber verilmesi
 3 () Diğer (belirtiniz)

25. Aşağıda performans sisteminin olası sonuçlarını ortaya koyacak ifadeler verilmiştir. Bu ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

PERFORMANS SİSTEMİ	AZALTTI	ARTTIRDI	DEĞİŞTİR-MEDİ
Dürüst çalışmayı			
Bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi			
Topluma daha iyi sağlık hizmeti verme olanağını			
Mesleki doyum sağlayarak çalışmayı			

26. Aşağıda performans sisteminin olası sonuçlarını ortaya koyacak ifadeler verilmiştir. Bu ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

İFADELER	EVET	KISMEN	HAYIR
Sağlığı metalaştırması			
Hekim dışı sağlık personelinin istihdamını sınırlandırması			
Emeğimizin karşılığını vermesi			
Tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonları genişletmesi			
Hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açması			

27. Sizce birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmiş biçimi nasıl olmalıdır?

- 1 () Sağlık ocakları ile
 2 () Aile hekimliği ile
 3 () Geliştirilmiş sağlık ocağı ile
 4 () Diğer (belirtiniz)

28. Performans sistemine ilişkin görüş ve önerilerinizi belirtiniz.