

Orijinal Araştırma

Performansa dayalı ödeme sisteminde hekimlerin örgütsel adalet algısı (Hekimlerin ödemelere yönelik adalet algısı)

Emine Orhanera^a, Kenan Birsen^b, Yasemin Kurumlu^c

^a Prof. Dr., Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD, Ankara, Türkiye

^b Doktora öğrencisi, Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD, Ankara, Türkiye

^c Doktora tez dönemi öğrencisi, Hacı Bayram Veli Üni., Sağlık Yönetimi AD, Ankara, Türkiye

Received: 15.01.2020, Accepted: 13.08.2020

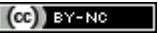
Öz

Amaç: Bu araştırma, Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin hekimlerin örgütsel adalet algısını nasıl etkilediğini ölçmek ve sağlık standartlarının geleceğine yönelik öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ankara'da Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastane ve bir Üniversite Hastanesinde çalışan, uzman hekim ve üzeri statüye sahip 312 geçerli katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırmanın verisi, yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Nicel veri analizinde Mann Whitney U-testi ve Kruskal Wallis H-testi, nitel veri analizinde ise Betimsel Analiz ve Sistemik Analiz uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların % 68.3'ü Sağlık Bakanlığı Hastanesi hekimi, % 65.7'si erkek, % 76.3'ü kırk yaş ve üzerinde, % 46.1'i profesör ve doçent statüsünde, % 45.5'i dahili tıp hekimi ve % 88.5'i günlük sekiz saatten fazla çalışanlardır. Hekimlerin Performansa Dayalı Ödeme Sistemine yönelik genel adalet algısı $\bar{X}=2.00 \pm 0.50$ 'dir. En şiddetli adaletsizlik, kişilerarası adalet algısında izlenmiştir ($\bar{X}=1.51$). Kadın hekimler ve temel tıp hekimleri, performans ödemelerinin adilliği açısından dezavantajlıdır. Katılımcılar, performans ödemelerinin sağlık ekonomisini sürdürülebilirliği olmayan bir alana sürüklediğini ve mesleki saygınlığı kaybettirdiğini düşünmektedir. **Sonuçlar:** Performansa Dayalı Ödeme Sistemi, hekimlerin örgütsel adalet algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun en ağır sonucu, özlük haklarındaki kayıplardır. Sağlık sisteminin ve etik çerçevenin ideal forma taşınabilmesi için daha adil bir ödeme sistemine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ödeme Sistemi, örgütsel adalet, hekimlerin adalet algısı

Sorumlu yazar: Emine Orhaner, Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. Tlf: 0 505 319 03 43, E-posta: emine.orhaner@hbv.edu.tr

Copyright holder Turkish Journal of Public Health

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.  This is an open Access article which can be used if cited properly.

Organizational justice perception of medical doctors about the performance based payment system (Physicians' perception of justice for payments)

Abstract

Objective: This research aims to measure how Performance-Based Payment System affects the organizational justice perception of medical doctors and improve ideas for the future of healthcare standards. **Methods:** This descriptive research is conducted with 312 eligible specialist medical doctors and higher status participants, working at a hospital of the Ministry of Health in Ankara and a University Hospital. The data collection method of the study is face-to-face surveys. Mann-Whitney U-test and Kruskal Wallis H-test are used for quantitative data analysis. Descriptive and systematic analyses are carried out for qualitative data. **Results:** Among the participants 68,3% of the participants are medical doctors who are working in hospital of Ministry of Health, 65,7% is male, 76,3% are forty years old and over, 46,1% is professor or associate professors, 45,5% is working on internal medicine and 88,5% is working more than 8 hours in a day. Overall perception of medical doctors on performance-based payment system is $\bar{X} = 2.00 \pm 0.50$. Interpersonal justice perception is monitorized as most emphasized inequality ($\bar{X} = 1.51$). In terms of the fairness of performance payment, women medical doctors and basic medical science doctors are the most disadvantaged group. Participants are thinking that performance payments will be unsustainable for the health economy and degrading the occupational reputation. **Conclusions:** Performance-Based Payment System negatively affects medical doctors perception of organizational justice. The most severe consequence of this is the losses medical doctors in personal rights. A fairer payment system is needed for the health system and the ethical framework to be moved to the ideal form.

Key Words: Performance-Based payment system, organizational Justice, physician' justice perception

Giriş

Bir toplumun sosyoekonomik kalkınma düzeyi, sahip olduğu sağlık standartlarına atfedilebilir. Katma değerli ekonomik sonuçları sağlıklı işgücü sermayesine bağlayan bu düşünce, neredeyse dünyanın bütün coğrafyalarında hızla yayılmaktadır. Birbiri ardına ilan edilen reform paketleri ve "Daha Fazla Sağlık" temalı dönüşüm çabalarının da temel gerekçesi budur. Yeni politik yaklaşımın hedefi, sağlıkta kalite standartlarını yükselterek muazzam bir sosyoekonomik avantaj elde etmektir. Pek çok devlet, bunu başarmanın en kısa yolu olarak ödeme sistemlerini bir teşvik aracı gibi kullanıp, çalışanları daha fazla hizmet üretmeye yönlendirir. Ne var ki daha fazla sağlık hizmeti, mükemmel kaliteyi garanti etmez.¹ Üstelik davranışların para bağımlı

hale getirilmesi, aşırı hizmet üretme ya da hizmetten çekilme gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Daha da kötüsü hakça uygun dağılmayan teşvik ödemeleri, sağlık kurumları ile geri ödeme kurumlarını karşıt güçler gibi davranmaya zorlayabilir. Buna rağmen bazı devletler, teşvik ödemelerini bir takım performans ölçütlerine dayandırmaya ve kaliteli hizmet üretenlerin yerine, sayıca fazla hizmet üretenleri ödüllendirmeye devam etmektedir.

Performansa Dayalı Ödeme Sistemi (PDÖS); belirli uygunluk kriterleri doğrultusunda fazladan üretilen her sonucun, alınacak ödemeleri de fazlaştıracaklarını taahhüt eder.² Sistemin temel felsefesi, çalışanları daha fazla gelir elde etme konusunda motive etmektir.³ Gerçekten de teşvik ödemeleri, çalışan davranışları üzerinde güçlü bir

yönlendiricidir⁴ ancak bu yönlendirmenin, sağlıkta kalite standartları açısından neyi değiştirdiği ya da geliştirdiği tam bir sorunsaldır.⁵ Bazı araştırmalar, sağlık hizmetlerine erişim oranı ve bağışıklama girişimlerindeki artışı PDÖS'ün başarısına bağlarlar.^{6,7} Fakat bunlar genellikle küçük örneklemelere, gerçeği yansıtmayan verilere ya da politik yanlılık riski taşıyan resmi raporlara dayandıkları için tutarlı ve ikna edici kanıtlar sunamazlar.³ Buna karşın kapsamlı meta analizler, PDÖS'ün çok sayıda kötü kalite probleminden sorumlu olabileceğini işaret etmektedir.⁸⁻¹⁴ Harcamalardaki artışa rağmen sağlık standartlarının beklenen düzeyde iyileşmemesi, aşırı provizyon üretilmesi, getirisi yüksek hizmetlerin tercihli olarak sunulması, tıbbi kayıtların manipülasyonu, çalışan haklarının zedelenmesi ve iş barışının bozulması bunlardan sadece bir kaçıdır. Muhtemelen en dramatik olanı da PDÖS'e maruz kalanların algıladığı hak eşitsizliğidir. Çünkü eşitsizlik, sağlık standartlarının geleceği üzerinde, diğer bütün kötü kalite problemlerinin toplamından daha şiddetli bir etki yaratabilir.

Harcanan emeğin ücretle karşılıklılandırıldığı değişim ilişkilerinde eşitlikten bahsedebilmek için tutarsızlığın sıfır olması gerekir ve bunu sağlayan yalnızca üç koşul vardır.¹⁵ Birincisi, emeğin hak edilen ücrete eşit olarak algılandığı durumdur. İkincisi, bireyin kendi emek ve ücreti ile diğer bireylerin emekleri ve ücretleri arasında oransal bir mantık kurmasıdır. Üçüncüsü ise gönüllü seçimler sonucunda bazı haklardan feragat edilmesidir.¹⁶ Adams'ın "Eşitsizlik Teorisi" ile bilim dünyasına kazandırdığı bu görüş; eşitsizlik algısını, girdiler ve çıktılar arasındaki normatif beklentilerin ihlal edilmesine bağlamaktadır.¹⁵ Teori, bir yandan iş hayatındaki değişim ilişkilerinin nasıl meşruiyet kazanacağını açıklarken, diğer yandan da liyakat ve hak etme gibi konulara odaklanan örgütsel adalet felsefesinin temelini oluşturmuştur.¹⁷

İş örgütlerinin verimliliği üzerindeki adalet etkisini açıklamaya yönelik çabalar, son elli yılda belirginleşmiştir.¹⁸ İlk teorisyenler; Homans, Adams ve Deutsch,

örgüt içinde alınan bir kararın ne kadar adil sonuçlar ürettiğini açıklayan "Dağıtıcı Adalet" algısı üzerine odaklanmışlardır.¹⁹ Dağıtıcı adalet, ücret memnuniyeti gibi kişisel göstergelere dayanır ve bir değişim ilişkisinde elde edilen sonucun, eşitlik açısından en güçlü yorumunu sağlar.^{17,20} Bu bağlamda adalet algısının yüksek olması, yapılan işten tatmin olunduğunu gösterirken; düşük olması, performansın düşmesi ve iş birliğinin azalması gibi tepkilere yol açmaktadır.²⁰ Her iki durumda da bireyin kendi yorumunu yapabilmesi için, diğer bireylere ait sonuçları da bilmesi ve kendisinininki ile karşılaştırması gerekir.^{16,17} Oysa bütün çalışanların sonuç bilgilerine ulaşmak, çoğu zaman mümkün değildir. Dağıtıcı adalet algısını belirsizleştiren böyle olasılıklar, adilliği daha kolay yorumlanabilen örgüt içi süreçleri değerlendirme eğilimini açığa çıkartmaktadır.^{17,20}

Thibaut, Walker ve Leventhal gibi isimlerin öncülüğünde gelişen "Prosedürel Adalet" algısı, karar sonuçlarına öncülük eden örgüt içi süreçlerin adilliğini ifade eder ve işe bağlılık gibi örgütsel göstergelere dayanır.^{17,18} Adil süreçler; koşulların olumsuz olduğu örgütlerde dahi bazı problemleri tamponlayabilirken²¹ adaletsiz süreçler; performansın düşmesi, işten çekilme ve kişisel ciro niyetleri gibi tepkilere neden olmaktadır.²² Sonuçlar ve süreçler arasındaki derin ayırma paralel olarak dağıtıcı adaletin prosedürel adalet ile desteklenmesi, her zaman faydalı çıkarımlar sağlamaktadır.¹⁸ Yine de bir örgütsel ilişkinin adilliğini değerlendirmek, sonuç ve süreç ayırımının çok daha ötesine uzanır.²⁰

İki boyutlu araştırmalar örgütsel adaletin kavramsallaşması için tutarlı bir destek sağlarken Bies ve Moag, "Etkileşimsel Adalet" olarak adlandırılan üçüncü bir algı türünü öne sürmüştür.¹⁹ Bu algı, kişisel ve örgütsel göstergelerin harmanlanmasına dayanmaktadır.²² Farklı bir ifade ile etkileşimsel adalet; kabalık, saygısızlık ve hakaret gibi insan onurunu rencide eden kişisel göstergelerin, ücretlerdeki kesinti ya da bir önerinin reddedilmesi gibi örgütsel göstergelerle bütünleşmesi sonucunda, adalet algısının nasıl değiştiğini açıklamaktadır.²⁰ Fakat kişisel ve örgütsel

göstergelerin birbirinden_bağımsız etkilere de dayanabileceğini savunan Greenberg, etkileşimsel adalet algısını “Kişilerarası Adalet” ile “Bilgilendirici Adalet” olarak ikiye ayırmıştır.¹⁹ Bu ayırım, örgütsel adalet felsefesine dört algı türüne sahip yeni bir bakış açısı kazandırmıştır.

Bu araştırmanın amacı; kamu sağlık sektöründe uygulanan PDÖS’ün, hekimlerin örgütsel adalet algısını nasıl etkilediğini ölçmek ve sağlık standartlarının geleceğine yönelik öneriler geliştirmektir. Katılımcı popülasyonunun yalnızca hekimler ile sınırlandırılmasının nedeni, teşvik ödemelerinin kişisel ve örgütsel göstergelerde oluşturduğu değişimden en çok hekimlerin etkilenmesidir. Şayet bu araştırmanın sonuçları bir farkındalık oluşturup, yeni politik düzenlemelerde hekimlerin örgütsel adalet algısının dikkate alınmasını sağlayabilirse kamu hastaneleri daha yüksek motivasyonlu örgütlere dönüşebilir. Böylelikle Türkiye’de uygulanan politikalar, sağlıkta kalite standartlarını yükseltme hedefine bir adım daha yaklaşacaktır.

Yöntem

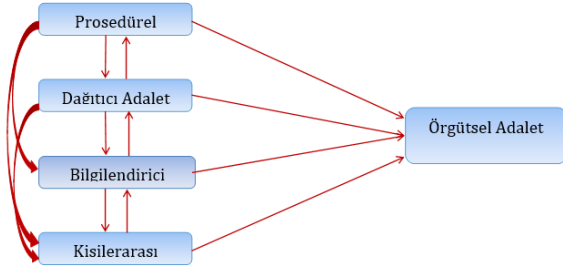
Bu tanımlayıcı araştırma; üçüncü basamak sağlık kurumu statüsünde Ankara ilinde faaliyet gösteren, Sağlık Bakanlığı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan hekimler arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak, *en az uzman hekim* unvanına sahip olma şartı aranmıştır. Bunun nedeni üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışan pratisyen ve araştırma görevlisi hekimlerin, ürettikleri performansa göre değil kurum ortalamasına göre teşvik ödemesi almalarıdır. Bu sınırlamanın ardından, 430’u Sağlık Bakanlığı Hastanesinde 374’ü de Üniversite Hastanesinde olmak üzere, toplam 804 hekimin araştırmaya katılabileceği saptanmıştır. Hekimler arasında örneklem seçilmeyip tamamının katılımı amaçlanmış ancak beş hekimin yurt dışı görevde olduğu bilgisinin alınması, mesleki yoğunluk, akademik etkinlikler ve araştırmacıların zaman kısıtından dolayı 367 hekime (% 45.94)

ulaşılabilmiştir. Bunlardan 23’ü anket için vakit ayıramayacağını, ikisi yönetici pozisyonunda bulunması nedeni ile objektif davranamayacağını, sekizi de özel muayenehanesi olmasından dolayı teşvik ödemelerinden yararlanmadığını belirtip araştırmaya katılmamıştır. Buna ek olarak 21 hekim, PDÖS’ü konu alan bilimsel araştırmaların politik bir karşılığı olacağına inanmadıkları gerekçesi ile araştırmaya katılmayı reddetmiştir. İstatistiksel analize uygun yanıt vermeyen bir hekim ise değerlendirme dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 312 hekim (% 38.81), bu araştırma için geçerli olan katılımcı popülasyonunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın verisi 2018/Temmuz–2019/Mayıs dönemleri arasında, yüz yüze anket tekniği uygulanarak elde edilmiştir. Sözü geçen anket formu, üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm daha önce Jason Colquitt tarafından tasarılan¹⁹ ve örgütsel adaleti dört algı türü üzerinden değerlendiren hazır ölçeğe ayrılmıştır. Farklı örgütsel alanlara uyarlanabilen bu ölçekteki önermeler özleri korunarak PDÖS’e göre yorumlanmış ve araştırma kurumlarından ayrı bir sağlık kurumunda çalışan 14 hekim üzerinde, ölçeğin ön denemesi yapılmıştır. Toplamda 20 önermeden oluşan hazır ölçeğin; 1-7 arasındaki maddeleri prosedürel adaleti, 8-11 arasındaki maddeleri dağıtıcı adaleti, 12-16 arasındaki maddeleri bilgilendirici adaleti ve 17-20 arasındaki maddeleri kişilerarası adaleti yordamaya yöneliktir. Yanıtlar için ise “1 skoru-Hiçbir zaman... 5 skoru-Her zaman” olan Likert Tipi 5’lik ölçek tercih edilmiştir. Şekil 1 araştırmanın teorik modelini göstermektedir.

Çoğu hazır ölçek, yalnızca araştırmacıların bilmek istediği belirli alanlara odaklandığından, derin örgütsel duyguların saptanmasına nadiren izin verir.²³ Bu kör noktanın aydınlatılabilmesi için sosyal araştırmaların nitel önermelerle zenginleştirilmesi gerekir.¹⁷ Anketin ikinci bölümü bu gereklilik nedeni ile tasarlanmış ve bu bölüme, hekimlerin PDÖS hakkındaki düşüncelerini aktarabileceği, iki tane açık uçlu önerme eklenmiştir. Bu önermeler; “*Sizce PDÖS ile ilgili gelecekte karşılaşılabilecek en büyük*

problem nedir?" ve "PDÖS'e ilişkin önerileriniz nelerdir?" şeklindedir. Anketin son bölümünde ise katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik ifadelere yer verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın teorik modeli

Bu araştırma "Gazi Üniversitesi Etik Komitesi" ve anketin uygulandığı kurumların "Başhekimlik Makamı" tarafından onaylanmıştır. Ayrıca uluslararası etik ilkeler gereği, bütün katılımcılara kişisel bilgilerinin korunacağına ve elde edilen verinin yalnızca bilimsel amaç için kullanılacağına dair güvence verilmiştir. Hekimlerin araştırma hakkındaki soru ve yorumları da dahil olmak üzere, her bir görüşme neredeyse yarım saat sürmüştür.

Araştırmanın nicel verisi, SPSS hazır paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Öncelikle katılımcı sayısı 50'den fazla olduğu için veri dağılımındaki normalliği kontrol etmek amacıyla "Kolmogorov-Smirnov Testi" uygulanmıştır.²⁴ Test sonucunda verilerin normal dağılmadığı saptanmış ve bu nedenle parametrik olmayan testlerden "Mann Whitney U-testi" ile "Kruskall Wallis H-testi"ne geçilmiştir. Araştırma ölçeğinin güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değerinin $\alpha = .929$ olduğu, geçerlik analizi sonucunda ise KMO katsayısının .762 ile .878 arasında dağıldığı saptanmıştır. Elde edilen bu değerler, ölçeğin geçerli ve faktörleştirilebilir olduğunu göstermektedir.²⁴ Buna dayanarak yapılan "Açımlayıcı Faktör Analizi" sonucunda,

ölçekteki önermelerin faktör yükü değeri .57 ile .89 arasında dağıldığı için hiçbir önerme ölçekten çıkartılmamıştır. Son olarak p değerinin $< .05$ olması anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın nitel verisi, "Betimsel Analiz" ve "Sistemik Analiz" kullanılarak çözümlenmiştir.²⁵ Betimsel analiz aşamasında, hekimlerin açık uçlu önermelere verdiği yanıtlar kategorilere ayrılarak kodlanmıştır. "Sizce PDÖS ile ilgili gelecekte karşılaşılabilecek en büyük problem nedir?" önermesi için 34 kategori, "PDÖS'e ilişkin önerileriniz nelerdir?" önermesi için de 33 kategori belirlenmiştir. Sistemik analiz aşamasında ise belirlenen kategoriler arasında birbiri ile ilişkili olanlar seçilip, araştırma sırasında alınan notlarla birleştirilmiştir. Bunun ardından ikincil bir kodlama daha yapılmış ve araştırmanın odağını ilgilendiren ana temalar tablanmıştır.

Bulgular

Araştırma verisinin istatistiksel analizine ilişkin bulgular, tablolar halinde aşağıda sıralanmıştır. Tablo 1 araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu Sağlık Bakanlığı Hastanesinde çalışmaktadır. Yine erkekler ile kırk yaş ve üzerinde olanlar çoğunluktadır. Yarıdan fazlası akademik misyon sahibi olduğunu belirtmiştir. Temel tıp bilimleri dışındaki tıp dallarının oransal dağılımı ise birbirine yakındır. Son olarak günlük çalışma süresinin sekiz saati aştığını belirtenler, ezici çoğunluğu oluşturmaktadır. Tablo 2 adalet algısı türlerine göre ortalama puanları göstermektedir.

Katılımcıların PDÖS'e yönelik örgütsel adalet algısının en yüksek olduğu algı türü prosedürel adalet, en düşük olduğu algı türü ise kişilerarası adalettir. Tablo 3 adalet algısı türlerine göre alınan puanların çalışılan kurumlara göre dağılımını göstermektedir.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

	N	%
Kurum		
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	213	68.3
Üniversite Hastanesi	99	31.7
Cinsiyet		
Erkek	205	65.7
Kadın	107	34.3
Yaş		
40 yaş ve daha az	74	23.7
40 yaş üzeri	238	76.3
Statü		
Uzman Doktor	153	49.0
Doktor Öğretim Üyesi	15	04.8
Doçent Doktor	73	23.4
Profesör Doktor	71	22.7
Tıp Dalı		
Temel Tıp Bilimleri	40	12.8
Dahili Tıp Bilimleri	142	45.5
Cerrahi Tıp Bilimleri	130	41.7
Günlük Çalışma Süresi		
8 saat ve daha az	36	11.5
8 saat üzeri	276	88.5
Toplam	312	100

Tablo 2. Adalet algısı türlerine göre ortalama puanlar

Adalet Algısı Türleri	n	\bar{X}	SS
Prosedürel Adalet	312	2.51	0.797
Dağıtıcı Adalet	312	1.96	0.786
Bilgilendirici Adalet	312	1.79	0.667
Kişilerarası Adalet	312	1.51	0.611

Tablo 3. Adalet algısı türlerine göre alınan puanların çalışılan kurumlara göre dağılımı (Mann Whitney U-testi)

Adalet Algısı Türleri	Çalışılan Kurum	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Prosedürel Adalet						
	Sağlık Bak. Hastanesi	213	181.09	38572.5	5305.50	<0.001
	Üniversite Hastanesi	99	103.59	10255.5		
Dağıtıcı Adalet						
	Sağlık Bak. Hastanesi	213	161.77	34456.0	9422.00	0.128
	Üniversite Hastanesi	99	145.17	14372.0		
Bilgilendirici Adalet						
	Sağlık Bak. Hastanesi	213	150.35	32023.5	9232.50	0.075
	Üniversite Hastanesi	99	169.74	16804.5		
Kişilerarası Adalet						
	Sağlık Bak. Hastanesi	213	150.03	31957.0	9166.00	0.056
	Üniversite Hastanesi	99	170.41	16871.0		

Çalışılan kurumlara göre, yalnızca prosedürel adalet algısının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; prosedürel adalet ve dağıtıcı adalet algıları açısından Sağlık Bakanlığı Hastanesi hekimlerinin, bilgilendirici adalet ve kişilerarası adalet algıları açısından da Üniversite Hastanesi hekimlerinin avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 4 adalet algısı türlerine göre alınan puanların cinsiyete göre dağılımını göstermektedir.

Cinsiyete göre, dağıtıcı adalet ve kişilerarası adalet algılarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; PDÖS'e yönelik bütün adalet algısı türleri açısından, erkek hekimlerin avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 5 adalet algısı türlerine göre alınan puanların yaşa göre dağılımını göstermektedir.

Yaşa göre, bilgilendirici adalet ve kişilerarası adalet algılarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; PDÖS'e yönelik bütün adalet algısı türleri açısından, 40 yaş üzeri hekimlerin avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 6 adalet algısı türlerine göre alınan puanların statüye göre dağılımını göstermektedir.

Statüye göre, prosedürel adalet, bilgilendirici adalet ve kişilerarası adalet algılarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Farklılaşmanın hangi statüdeki hekimler arasında olduğunu belirlemek için yürütülen "Mann Whitney U-testi" sonucunda ise prosedürel adalet algısı türünde uzman doktorlar ile profesör doktorlar ($p = .004$) ve doçent doktorlar ile profesör doktorlar ($p = .002$); bilgilendirici adalet algısı türünde uzman doktorlar ile doçent doktorlar ($p = .001$) ve uzman doktorlar ile profesör doktorlar ($p = .014$); kişilerarası adalet algısı türünde de uzman doktorlar ile doçent doktorlar ($p = .039$) ve uzman doktorlar ile profesör doktorlar ($p = .001$) arasında farklılaşma izlenmiştir. Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; doçent doktor unvanına sahip hekimlerin, prosedürel adalet, dağıtıcı adalet ve bilgilendirici adalet algıları açısından avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 7

adalet algısı türlerine göre alınan puanların tıp dallarına göre dağılımını göstermektedir.

Tıp dallarına göre, yalnızca dağıtıcı adalet algısının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Farklılaşmanın hangi tıp dalları arasında olduğunu belirlemek için yürütülen "Mann Whitney U-testi" sonucunda ise temel tıp bilimleri ile cerrahi tıp bilimleri ($p = .02$) ve dahili tıp bilimleri ile cerrahi tıp bilimleri ($p = .04$) arasında farklılaşma izlenmiştir. Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; cerrahi tıp bilimi hekimlerinin, dağıtıcı adalet, bilgilendirici adalet ve kişilerarası adalet algıları açısından avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 8 adalet algısı türlerine alınan puanların günlük çalışma sürelerine göre dağılımını göstermektedir.

Günlük çalışma sürelerine göre, yalnızca prosedürel adalet algısının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p < .05$). Buna ek olarak yanıtların sıra ortalaması; günlük sekiz saat ve daha az çalışan hekimlerin bilgilendirici adalet ve kişilerarası adalet algıları açısından, günlük sekiz saatten fazla çalışan hekimlerin ise prosedürel adalet ve dağıtıcı adalet algıları açısından avantajlı olduğunu göstermiştir. Tablo 9 "*Sizce PDÖS ile ilgili gelecekte karşılaşılabilecek en büyük problem nedir?*" önermesine verilen yanıtların dağılımını göstermektedir.

"*Sizce PDÖS ile ilgili gelecekte karşılaşılabilecek en büyük problem nedir?*" önermesini 64 hekimin (% 21) yanıtladığı saptanmıştır. Bunların 62'si Üniversite Hastanesi hekimidir ve 32'si PDÖS'ün geleceğine ilişkin en az iki farklı problem belirtmiştir. Hekimlerin en fazla endişe duyduğu problemler, sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliği olmayan bir alana sürüklenmesi ve mesleki saygınlığın kaybedilmesidir. Tablo 10 "*PDÖS'ün geleceğine ilişkin önerileriniz nelerdir?*" önermesine verilen yanıtların dağılımını göstermektedir.

"*PDÖS'ün geleceğine ilişkin önerileriniz nelerdir?*" önermesini 73 hekimin (% 23) yanıtladığı saptanmıştır. Bunların 68'i Üniversite Hastanesi hekimidir ve 44'ü PDÖS'ün geleceğine ilişkin en az iki farklı öneride bulunmuştur.

Hekimlerin en yoğun önerileri, adil olmadığı düşünülen PDÖS'ün derhal kaldırılması ve

tıp dallarına özgü performans puanlarının yeniden düzenlenmesidir.

Tablo 4. Adalet algısı türlerine göre alınan puanların cinsiyete göre dağılımı (Mann Whitney U-testi)

Adalet Algısı Türleri	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Prosedürel Adalet	Erkek	205	162.72	33357.5	9692.50	0.091
	Kadın	107	144.58	15470.5		
Dağıtıcı Adalet	Erkek	205	169.75	34799.5	8250.50	<0.001
	Kadın	107	131.11	14028.5		
Bilgilendirici Adalet	Erkek	205	161.20	33046.5	10003.50	0.199
	Kadın	107	147.49	15781.5		
Kişilerarası Adalet	Erkek	205	167.16	34267.0	8783.00	0.003
	Kadın	107	136.08	14561.0		

Tablo 5. Adalet algısı türlerine göre alınan puanların yaşa göre dağılımı (Mann Whitney U-testi)

Adalet Algısı Türleri	Yaş	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Prosedürel Adalet	40 yaş ve daha az	74	154.46	11430.0	8655.00	0.823
	40 yaş üzeri	238	157.13	37398.0		
Dağıtıcı Adalet	40 yaş ve daha az	74	140.19	10374.0	7599.00	0.073
	40 yaş üzeri	238	161.57	38454.0		
Bilgilendirici Adalet	40 yaş ve daha az	74	128.84	9534.0	6759.00	0.002
	40 yaş üzeri	238	165.10	39294.0		
Kişilerarası Adalet	40 yaş ve daha az	74	130.05	9624.0	6849.00	0.003
	40 yaş üzeri	238	164.72	39204.0		

Tablo 6. Adalet algısı türlerine göre alınan puanların statüye göre dağılımı (K. Wallis H-testi)

Adalet Algısı Türleri	Statü	n	Sıra Ortalaması	df	χ^2	p
Prosedürel Adalet						
	Uzman Doktor	153	167.89	4	23.82	<0.001
	Doktor Öğretim Üyesi	15	100.40			
	Doçent Doktor	73	176.78			
	Profesör Doktor	71	120.26			
Dağıtıcı Adalet						
	Uzman Doktor	153	149.90	4	3.00	0.558
	Doktor Öğretim Üyesi	15	143.70			
	Doçent Doktor	73	170.36			
	Profesör Doktor	71	157.01			
Bilgilendirici Adalet						
	Uzman Doktor	153	132.56	4	21.07.	0.001
	Doktor Öğretim Üyesi	15	178.33			
	Doçent Doktor	73	182.21			
	Profesör Doktor	71	175.11			
Kişilerarası Adalet						
	Uzman Doktor	153	134.09	4	21.10.	0.001
	Doktor Öğretim Üyesi	15	170.70			
	Doçent Doktor	73	171.45			
	Profesör Doktor	71	184.62			

Tablo 7. Adalet algısı türlerine göre alınan puanların tıp dallarına göre dağılımı (Kruskall Wallis H-testi)

Adalet Algısı Türleri	Tıp Dalı	n	Sıra Ortalaması	df	χ^2	p
Prosedürel Adalet	Temel Tıp Bilimleri	40	174.43	2	1.82	0.40
	Dahili Tıp Bilimleri	142	153.38			
	Cerrahi Tıp Bilimleri	130	154.39			
Dağıtıcı Adalet	Temel Tıp Bilimleri	40	135.49	2	6.75	0.03
	Dahili Tıp Bilimleri	142	148.89			
	Cerrahi Tıp Bilimleri	130	171.28			
Bilgilendirici Adalet	Temel Tıp Bilimleri	40	136.81	2	2.22	0.32
	Dahili Tıp Bilimleri	142	159.16			
	Cerrahi Tıp Bilimleri	130	159.65			
Kişilerarası Adalet	Temel Tıp Bilimleri	40	137.39	2	6.03	0.05
	Dahili Tıp Bilimleri	142	149.35			
	Cerrahi Tıp Bilimleri	130	170.19			

Tablo 8. Adalet algısı türlerine alınan puanların günlük çalışma sürelerine göre dağılımı (Mann Whitney U-testi)

Adalet Algısı Türleri	Günlük Çalışma	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Prosedürel Adalet						
	8 saat ve daha az	36	103.42	3723.0	3057.00	<0.001
	8 saat üzeri	276	163.42	45105.0		
Dağıtıcı Adalet						
	8 saat ve daha az	36	134.35	4836.5	4170.50	0.115
	8 saat üzeri	276	159.39	43991.5		
Bilgilendirici Adalet						
	8 saat ve daha az	36	179.46	6460.5	4141.50	0.102
	8 saat üzeri	276	153.51	42367.5		
Kişilerarası Adalet						
	8 saat ve daha az	36	170.75	6147.0	4455.00	0.299
	8 saat üzeri	276	154.64	42681.0		

Tablo 9. Katılımcıların PDÖS'ün geleceğine ilişkin öngörülleri

	n	%
Sağlık ekonomisi sürdürülebilirliğı olmayan bir alana sürüklenecektir	18	28
Gelir eşitsizliğı, hekimler arasındaki iş barışını ve mesleki saygınlığı yok edecektir	14	22
Hekimlerin özlük hakları eriyecek, motivasyon bozukluğı, tatminsizlik ve yılgınlık yaşanacaktır	12	19
Gereksiz endikasyonlar, yetersiz tedaviler ve etik problemler hızla büyümeye devam edecektir	11	18
Ağır bakım gerektiren hizmetlerden kaçınılacak, geliri yüksek hizmetlerin provizyonu artacaktır	11	18
Toplumun gelecekteki sağlık standartları bugünkünden daha kötü olacaktır	8	13
Tıp eğitime ve sağlık hizmetine ayrılan süre azalacak, nitelikli hekimler yetiştirilemeyecektir	8	13
Güç otoritelerinin hekimler üzerindeki baskısı, hizmet kalitesini giderek azaltacaktır	7	11
Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi, hekimlere yönelik olumsuz algıları arttıracaktır	5	8
Hekimler özel sektöre yönelecek ve/veya alternatif iş planları oluşturacaktır	5	8
PDÖS adil olmayan diğler uygulamaları da meşrulaştıracaktır	3	5

Tablo 10. Katılımcıların PDÖS'ün geleceğine ilişkin öngörülleri

	N	%
PDÖS adil değildir ve derhal kaldırılmalıdır	28	38
Tıp dallarına özgü performans puanları şeffaf, objektif ve adil ilkelere göre düzenlenmelidir	28	38
Her hizmetin işlem ağırlığı ve risk analizi hesaplanıp, ödemelere yansıtılmalıdır	17	23
Etik değerlere uygun kalitedeki tıbbi işlemler ve kaliteli tıp eğitimi ödüllendirilmelidir	12	16
Kaliteyi sürekli iyileştiren ve denetim gücü yüksek bir ödeme sistemi geliştirilmelidir	12	16
Akreditasyon getirilmeli ve ödemeler reel piyasa koşullarına hizalanmalıdır	9	12
Hekimleri rekabete sürüklemeyen eşitlikçi bir ödeme sistemi getirilmelidir	7	10
Hekimlerce oluşturulan bağımsız bir kurul, alt ve üst performans limitlerini belirlemelidir	5	7
Hekimlerin özlük haklarını koruyan bir ödeme sistemi geliştirilmelidir	4	5
Performans ödemelerine yansıtılmayan hiçbir tıbbi işlem olmamalıdır	4	5
PDÖS hekim gelirlerinin en çok % 30'unu belirleyebilmeli, sabit ücretler iyileştirilmelidir	4	5
Ağır bakım gerektiren hizmetlerden uzaklaşmayı engelleyen bir ödeme sistemi geliştirilmelidir	3	4

Tartışma

Hak, adalet, eşitlik, özgürlük gibi temel değerler, sosyal açıdan insan onurunun tanımlanmasına katkıda bulunurken, ekonomik açıdan da sahip olunan potansiyelin işe yansıtılmasına yardım eder.²⁶ Bu değerler, sözcüklerin çok daha ötesine uzanan kültürel yapıda gömülüdür ve daima zenginleştirilmelidir. Ne var ki bunu görev olarak üstlenmesi gereken güç otoriteleri, zaman zaman değer ihlallerine yol açan normatif baskılar uygulayıp, toplumsal standartları kötüleştirilen sonuçlar üretebilir. Bu araştırmada elde edilen bulgular ışığında, PDÖS başta olmak üzere bütün politik düzenlemelerin; hak, adalet, eşitlik ve özgürlük açısından sürekli müzakere edilmeye muhtaç olduğu önerilmektedir.

Temel değerlerin jenerik kavramı olan adalet, örgüt ikliminin hakim temasıdır.²⁷ Muhtemelen performansın artması veya azalması da çalışanların, algıladıkları adalet düzeyine verdikleri yanıtların bir sonucudur.^{17,28} Yine de adalet algısı, bütün örgütlerdeki performans değişimlerinden sorumlu olmayabilir. Örneğin sağlık örgütleri adaletsiz bir uygulamaya maruz kalsa dahi inanılan etik değerler ve örgütsel bağlılık, performansın düşmesine izin vermez.⁸ Bu nedenle PDÖS araştırmalarının hizmet üretiminde oluşan artışa odaklanması, yanlış bir hedeftir. Doğrusu, sonuçların hastalar açısından ne kadar kaliteli ve çalışanlar açısından ne kadar adil olduğunu saptamaktır. Buna yönelik araştırmalar ise PDÖS sonrasında anlamlı bir kalite artışı sağlanamadığı gibi, adalet algısının da kötüleştiğini gösteren

kanıtlar sunmaktadır.^{5,14} Örneğin Süleyman Demirel Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanelerinden 361 hekimin katıldığı bir araştırma sonucunda, PDÖS'ün en ağır etkisinin adaletsizlik yaratma boyutunda izlendiği rapor edilmiştir.²⁹ İki farklı Sağlık Bakanlığı Hastanesinden 76 hekim arasında gerçekleştirilen nitel bir araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmış ve katılımcıların yaklaşık % 90'ının PDÖS'ün adaletsiz olduğuna inandıkları bildirilmiştir.³⁰ Yine Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 70'i hekim 102 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırma sonucunda, PDÖS'ün adil olduğuna inanan katılımcı oranının % 10'dan daha az olduğu saptanmıştır.³¹ Buna karşın Almanya'da 900 pratisyen hekim ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların % 71'i PDÖS'ün adil olduğunu belirtmiştir.²⁸ Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ise literatürdeki baskın görüşle uyumlu olarak hekimlerin PDÖS'e yönelik örgütsel adalet algılarının düşük kaldığını göstermiştir. Ayrıca bu araştırmaya nitel veri sağlayan katılımcıların % 38'i, adaletsizliğin şiddetini belirten yazılı açıklamalarda bulunmuşlardır. Bütün bunlar, hekimlerin hakça uygun olmayan teşvik ödemeleri ile hastalara karşı sorumluluk duyguları arasında sıkıştığını gösterir ve kaliteli sağlık sonuçları, neredeyse PDÖS'e rağmen elde edilmiş gibidir. Buna dayanarak hekimlerin örgütsel adalet algısını acilen iyileştirecek yeni bir ödeme sistemine geçilmesi önerilmektedir. Yeni sistemin tasarımında, ilk olarak güç otoriteleri ödemeler üzerindeki normatif baskıdan vazgeçmeli ve klinik özerklik desteklenmelidir. İkincisi, bazı hizmetlerin tercihli olarak sunulmasını engellemek için tıbbi işlemlerin ağırlık ve risk puanları adil ilkelere göre yeniden hesaplanmalıdır. Üçüncüsü, para bağımlı davranışların teşvikinden uzaklaşılmalı, etik değerlere uygun tıbbi hizmetler ve kaliteli tıp eğitimi ödüllendirilmelidir. Toplam sistem maliyetlerini kendiliğinden azaltacak bu yaklaşım, sağlıkta kalite standartlarının geleceğine de katkı sağlayacaktır. Dördüncüsü, hekimlerin sabit ücretleri reel piyasa koşullarına hizalanmalı ve performans geliri, toplam gelirin en çok %30'unu belirlemelidir. Böylelikle aşırı provizyon ve gereksiz hizmet üretiminin

önüne geçilebilir. Son olarak yeni ödeme sisteminin her aşaması, bütün tıp dallarını temsil edecek yeter sayıda hekim ve bütün siyasi partilerin sağlık politikacılarının katıldığı bir *üst kurul* tarafından tasarlanmalıdır. Kolektif bakış açısı, hem hekimlerin hem de politikacıların birbirlerinin rol ve sorumluluklarını sürekli izleyebilmesine olanak sağlayacaktır.

Yeni ödeme sisteminin tasarımına, eski sistemin zayıf halkasını tespit ederek başlamak da yararlı olabilir. Bunun için adalet algısı türlerini detaylandıran kanıtlara ihtiyaç vardır. Literatür, çalışanların ödeme memnuniyeti konusunda en güçlü yordayıcının dağıtıcı adalet algısı olduğu fikrine atıfta bulunmaktadır.^{17,20} Sağlık örgütlerine yönelik bazı araştırmalar da bu fikri desteklemektedir. Bununla beraber genel eğilim, PDÖS'ün dağıtıcı adaletsizliğe sebep olduğu yönündedir. Sağlık Bakanlığına bağlı 39 farklı hastaneden 546 hekimin katıldığı bir araştırma sonucunda, en olumsuz algıların dağıtıcı adalet türünde izlendiği ve en düşük ortalama puanın "*Ücret politikası adil mi?*" önermesine verildiği bildirilmiştir.³² Yine 165 Sağlık Bakanlığı çalışanı arasında gerçekleştirilen bir araştırmada, en düşük ortalama puan "*PDÖS tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır*" önermesine verilmiştir.³³ Bununla birlikte sağlık çalışanlarının ödemelere yönelik algılarında, dağıtıcı adaletin diğer algı türlerinden daha önemli olmadığı sonucuna ulaşan araştırmalar da vardır. Örneğin Finlandiya'da 1581 hekimin katılımı ile iki farklı zaman noktasında yapılan bir araştırmada, hekimlerin ödeme dağıtımına yönelik adalet algılarının 2006'dan 2010'a % 2.1 oranında önem kaybettiği rapor edilmiştir.²¹ Bu araştırmanın sonucunda ise çarpıcı bir şekilde önceki araştırmalarda sunulanlardan farklı kanıtlara ulaşılmıştır. Bunlardan ilki, PDÖS'e yönelik en olumsuz puanların kişilerarası adalet algısı türünde toplanmasıdır. İkincisi, en düşük ortalama puanın yine kişilerarası adalet algısı türünde yer alan "*Performansa dayalı ek ödeme sisteminin mesleki saygılığımı arttırdığını düşünüyorum*" önermesine verilmesidir. Son olarak bu araştırmaya nitel veri sağlayan katılımcıların % 22'si,

PDÖS'e yönelik en büyük endişelerinden birinin mesleki saygınlığı kaybetmek olduğunu belirtmektedir ki bu da kişilerarası adaletsizliği işaret eder. Daha açık bir ifade ile bu araştırmanın sonuçları, hekimlerin ödeme dağıtımındaki adaletsizlikten ziyade PDÖS'ün mesleki saygınlığı erozyona uğratmasını önemsediklerini gösteren, farklı bir noktaya ışık tutmaktadır. Buna dayanarak yeni ödeme sisteminin, hekimlerin özlük haklarını iyileştirmeye odaklanması gerektiği önerilmektedir. Kişilerarası adalet algısını güçlendirmeye yönelik her çaba, bir sonrakinin kolaylaştıracağı ve diğer adalet algısı türlerine yönelik muhtemel olumsuzlukları tamponlayacaktır. Böylelikle sağlıkta kalite standartlarının yükseltilmesi için gereken iş gücü motivasyonu da sağlanmış olacaktır.

Bir ödeme sistemi, adil olduğu sürece çalışanları motive edebilir. Fakat resmi kurumlarda ödemeleri belirleyen performans değerlemeleri genellikle adaletsizdir ve çalışanlar arasındaki çatışmayı tetiklemektedir.^{22,27} Bunun nedeni, farklı resmi kurumların aynı uygulamaya yönelik adalet profilindeki değişkenliktir. Örneğin Kore'de Üniversite Hastanesi, Genel Hastane ve Klinik statüsündeki 522 resmi sağlık kurumu hekimini temsil eden bir araştırma sonucunda, PDÖS'e yönelik adalet algısının kurumlara göre farklılaştığı bildirilmiştir.³⁴ Buna karşın Finlandiya'da 11 resmi sağlık kurumundan 447 hekimin katıldığı bir araştırmada, adalet algısının kurumlara göre farklılaşmadığı belirtilmiştir.³⁵ Bu araştırmanın sonuçları ise PDÖS'ün Üniversite Hastanesi hekimleri açısından daha adaletsiz olduğunu göstermiştir. Buna ilişkin en güçlü kanıt, Üniversite Hastanesinde ödemelerin dağıtım kararına öncülük eden süreçlerin Sağlık Bakanlığı Hastanesine göre daha adaletsiz olmasıdır. İkincisi ise PDÖS'ün asla adil bir forma taşınamayacağına inanan ve bu nedenle araştırmaya katılmayı reddedenlerin tamamının (21 hekim), Üniversite Hastanesi hekimisi olmasıdır. Sözü geçen 21 hekimin araştırmaya katılması durumunda, Üniversite Hastanesindeki adalet algısı daha da düşük çıkacaktı. Açıkçası Üniversite

Hastanesi hekimleri, PDÖS konusunda daha kırgın ve yılığındır. Yine de bu araştırmada sunulan kanıtlar, kesin bir yargı için yeterli değildir. Kurumsal farklılıkların, hekimlerin adalet algısı üzerinde oluşturduğu değişimi saptamak için geniş örneklerde ve farklı zaman noktalarında tekrar eden araştırmalara ihtiyaç vardır.

Pek çok araştırma, hekimlerin adalet algısının cinsiyete göre farklılaştığı sonucuna ulaşır ancak farklılaşmanın, hangi cinsiyet ya da algı türünde gerçekleştiği tartışmalıdır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden 546 hekim temsil eden bir araştırmada, erkek hekimlerin adaletsizlik algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.³² Benzer kanıtlara, Amerika'da 80 klinikten 372 hekimin katıldığı bir araştırmada da ulaşılmış ve erkek hekimlerin algıladığı dağıtıcı adaletsizliğin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.³⁶ Buna karşın Finlandiya'da 2569 hekimin katıldığı bir araştırma sonucunda, kadın hekimlerin maruz kaldığı adaletsizliğin daha şiddetli olduğu ve bu nedenle daha fazla psikososyal bozukluk problemi yaşadıkları rapor edilmiştir.³⁷ Yine Türkiye'de iki farklı Üniversite Hastanesinden 361 hekim arasında gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda, kadın hekimlerin daha az teşvik ödemesi aldığı saptanmıştır.²⁹ Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ise kadın hekimlerin PDÖS'e yönelik adaletsizlik algısının daha şiddetli olduğunu göstermiştir. Fakat buna dayanarak, tasarılacak ödeme sisteminde kadın hekimlere pozitif ayrımcılık yapılması gerektiği önerilmemelidir. Böyle bir yaklaşım, yeni adaletsizlik tartışmaları başlatabilir. Bunun yerine bütün hekimlerin psikososyal algılarını ödeme sisteminden bağımsız olarak iyileştirecek politik düzenlemeler, daha yararlı olacaktır.

Adillik yalnızca ödeme sistemlerinin değil bütün düzenlemelerin gereğidir ancak bir değişim ilişkisinde ortaya konulan girdiler bireylere göre farklılaştığından, aynı sonuçlar herkeste aynı adalet algısını oluşturmaz.¹⁵ Örneğin bir girdi faktörü olarak hekimlerin yaşı, PDÖS'e yönelik adalet algılarını farklılaştırabilir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden 433 hekimin katıldığı bir araştırma sonucunda, 36 yaş ve

üzeri katılımcıların prosedürel adalet ve etkileşimsel adalet algılarının farklılaştığı rapor edilmiştir.³⁸ Buna karşın Finlandiya’da 23 farklı sağlık merkezinden 4076 çalışan arasında gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda, yaş faktörünün örgütsel adalet algısında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir.³⁹ Bu araştırmanın sonucunda ise nicel ve nitel veri arasında dikkat çeken bir çelişki olduğu saptanmıştır. Elde edilen nicel veriye göre, 40 yaş üzeri hekimlerin PDÖS’e yönelik adalet algısı daha yüksektir. Fakat nitel veri, PDÖS’ün geleceğinden duyulan endişeleri şiddetli adaletsizlik ile karakterize eden 55 hekimin (% 89) 40 yaş üzerinde olduğunu göstermiştir. Araştırmaya nitel veri sağlayanların ezici çoğunluğunun Üniversite Hastanesi hekimi olması, belki bu çelişkiyi açıklayabilir. Yine de hekimlere yönelik finansal olmayan motivasyon araçlarının kullanımında, bir girdi faktörü olarak yaşın dikkate alınması gerektiği önerilmektedir.

Tıpkı yaş gibi tıp dalı da değişim ilişkisinin önemli bir girdi faktörüdür. Sağlık Bakanlığına bağlı iki hastaneden 76 hekimin katıldığı nitel bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık %90’ı PDÖS’ün tıp dalları arasında adaletsizliklere yol açtığını belirtmiştir.³⁰ Benzer şekilde Kore’de 522 farklı resmi sağlık kurumu hekimi arasında gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda, katılımcıların yaklaşık % 80’inin bazı tıp dallarındaki riskli işlemlerden kaçındığı rapor edilmiştir.³⁴ Yine Üniversite Hastanesi hekimlerini temsil eden 361 kişinin katıldığı bir araştırma sonucunda, PDÖS’e yönelik algıların tıp dallarına göre farklılaştığı ve en şiddetli adaletsizlik algısının dahili tıp bilimi hekimlerinde izlendiği bildirilmiştir.²⁹ Dahili tıp bilimi hekimlerinin PDÖS konusunda dezavantajlı olduğu genel olarak kabul görülür ancak bu araştırmanın sonuçları, çarpıcı bir şekilde prosedürel adalet hariç diğer bütün adalet algısı türleri açısından, en dezavantajlı grubun temel tıp bilimi hekimleri olduğunu göstermiştir. Adaletsizlik algısının bir tıp dalından diğerine kayması, geliri arttıran ya da azaltan performans puanı ayarlamaları ile ilgili olabilir. Ne yazık ki böyle olasılıkların kötü yanı, sağlık sisteminde yeni darboğazlar oluşturmasıdır. Örneğin bir

sağlık hizmetinin performans puanını düşürmek, hekimlerin gelir kaybetmemek için aşırı provizyon üretmesinin veya bazı hizmetlerden kaçınmasının meşru bir şeymiş gibi algılanmasına neden olabilir. Bu bir çeşit bilişsel uyumsuzluktur ve engellenmesi için her tıp dalındaki alt ve üst performans limitinin belirlenmesi yararlı olacaktır.

Motivasyonel araçları hekimlerin bilişsel uyumsuzluk yaşadığı alanlara yönlendirmek, etik çerçevenin ideal forma taşınmasına yardım edebilir. Hekimlerin buna gerçekten ihtiyacı vardır. Şöyle ki: ABD’de 6880 hekim arasında gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda, katılımcıların % 54,4’ünün en az bir tükenmişlik belirtisi gösterdiği ve 2011 ile 2014 yılları arasında iş-yaşam dengesinin yaklaşık % 8 azaldığı bildirilmiştir.⁴⁰ Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar ise hekimlerin yaklaşık % 90’ının günlük sekiz saatten fazla çalıştığını göstermiştir ki bu profesyonel tükenmişliğin, Türkiye’deki hekimler açısından da ciddi bir problem olduğunu işaret eder. Bu nedenle hekimlerin özlük haklarını, adalet algısını ve bilişsel uyumsuzluklarını iyileştirmeye yönelik çabaların, acilen hızlandırılması gerektiği önerilmektedir.

Bu araştırma ile ilgili bazı sınırlılıklar da vardır. Birincisi, hekimlerin PDÖS öncesi adalet algısını ölçen ampirik kanıtlar yetersizdir ve bu nedenle sistemin öncesi ile sonrası arasında güçlü bir karşılaştırma yapılamamıştır. İkincisi, bu araştırma teşvik ödemelerinin hekimler açısından adilliyini değerlendirmeye yönelik olduğundan, PDÖS’ün sağlıkta kalite standartlarını nasıl değiştirdiğini açıklamaz. Üçüncüsü, araştırma yalnızca Ankara’da ve yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumu statüsündeki iki farklı hastanede çalışan hekimler arasında gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla bütün hekimlerin tercihlerini yansıtmaz. Son olarak bu araştırmada sunulan kanıtlar, hemşireler, ebeler ve teknikerler gibi değerli sağlık çalışanları açısından kapsayıcı sonuçlar içermez.

Yazar Katkıları: *Orhaner E:* Araştırma konusunun ve ölçeğin belirlenmesi,

uygulama sürecinin yönetilmesi, analizler ve makalenin yazımına yönelik bilimsel hataların düzeltilmesi. *Birsen K*: Araştırma ölçeğinin uygulanması, istatistiksel analizlerin yapılması, makalenin yazılması. *Kurumlu Y*: Araştırma ölçeğinin uygulanması, makalenin yazılması.

Mali Destek: Mali destek alınmamıştır

Çıkar çatışması: Bir çıkar çatışması yoktur

Kaynaklar

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Massachusetts: Harvard Business School Press, 2006. p. 17.
2. Eichler, R. Can "Pay for Performance" Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services? Discussion paper for the first meeting of the Working Group on Performance-Based Incentives Center for Global Development. 2006. p.21-22.
3. Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G and Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Services Research 2013; 13: 367.
4. Marcotte, L., Hodlofski, A., Bond, A., Patel, P. and Sacks, SA. Intı practice: How Advocate Health System Uses Behavioral Economics To Motivate Physicians In Its Program. Healthcare 2017; 5(3): 129-135.
5. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z and Epstein AM. Early experience with pay-for-performance from concept to practice. Journal of American Medicine Association 2005; 294(14): 1788-1793.
6. Rusa L, Ngirabega JD, Janssen W, Bastelaere SV, Porignon D and Valdenbulcke W. Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres: 3-year experience. Tropical Medicine and International Health 2009; 14 (7): 830-837.
7. Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: A case from Cambodia. Health Policy 2003; 18(1): 74-83.
8. OECD. Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing, 2016.
9. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, O'Neil M, Relevo R and Kansagara D. The effects of pay-for-performance programs on health care use, and processes of care: A systematic review. Annals of Internal Medicine 2017; 166(5): 341-353.
10. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB and Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research 2010; 10: 247.
11. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy, 2013; 110(2-3): 115-130.
12. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C and Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Annals of Internal Medicine 2006; 145(4): 265-272.
13. Eldridge C and Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse evidence and unanswered questions. Health Policy and Planning 2009; 24(3): 160-166.
14. Green EP. Payment systems in the healthcare industry: an experimental study of physician incentives. Journal of Economic Behavior & Organization 2014; 106: 367-378.
15. Adams JS. Inequity in Social Exchange. New York: Behavioral Research Service General Electric Company, 1965.
16. Scheffler S. Equality & Tradition. New York: Oxford University Press, 2010.
17. Greenberg J. Determinants of perceived fairness of performance evaluations. Journal of Applied Psychology 1986; 71(2): 340-342.
18. Greenberg J. Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow. Journal of Management 1990; 16(2): 399-432.
19. Colquitt JA. On the dimensionality of organizational justice: A construct

validation of a measure. Journal of Applied Psychology 2001; 86(3): 386-400.

20. Folger R, Cropanzano R. Organizational Justice and Human Resource Management. California: Sage Publications, 1998.

21. Heponiemi T, Manderbacka K, Vanska J and Elovainio M. Can organizational justice help the retention of general practitioners? Health Policy 2013; 110(1): 22-28.

22. Greenberg J. Using explanations to manage impressions of performance appraisal fairness. Employee Responsibilities and Rights Journal 1991; 4(1): 51-60.

23. Goleman D, Boyatzis R, Mckee A. The Power of Emotional İntelligence. E-book, 2004.

24. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 12. Basım, Ankara: Pegem Akademi, 2010.

25. Bryman A. Social Research Methods. 4th Edition, New York: Oxford University Press, 2012.

26. Murray JB, Ozanne JL. (Rethinking The Critical İmagination) Handbook of Qualitative Research Methods İn Marketing. (Editor) In: Belk RW. Edward Elgar Publishing Limited. USA 2006.

27. Mohamed SA. The relationship between organizational justice and quality performance among healthcare workers: a pilot study. The Scientific World Journal 2014; Makale ID: 757425-7 sayfa.

28. Krauth C, Liersch S, Jensen S, Amelung VE. Would German physicians opt for pay-for-performance programs? A willingness-to-accept experiment in a large general practioners' sample. Health Policy 2016; 120 (2): 148-158.

29. Akçakanat T. Üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyelerinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları üzerine bir araştırma. Doktora Tezi, 2013.

30. Yuzden GE, Yıldırım J. A qualitative evaluation of the performance-based supplementary payment system in Turkey: physicians' perspectives. Journal of Health Management 2014; 16(2): 259-270.

31. Küçük A, Gökçınar D, Aksoy E, Albayrak D, Erdem D, Akan B, Göğüş N. Performansa göre ek ücret ödemesinin anestezi uygulamalarına etkileri. Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation 2012; 40 (5): 262-268.

32. Cihangiroğlu N, Şahin B, Naktiyok A. Hekimlerin örgütsel adalet algıları üzerine bir araştırma. ZKU Sosyal Bilimler Dergisi 2010; 6 (12): 67-82.

33. Çakır Ö, Sakaoğlu H. Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminde ücret adaleti algısı: Tepecik eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Çalışma İlişkileri Dergisi 2014; 5(1): 1-21.

34. Lee JY, Lee SI, Kim NS, Kim SH, Son WS, Jo MW. Healthcare organizations' attitudes toward pay-for-performance in Korea. Health Policy 2012; 108(2-3): 277-285.

35. Sutinen R, Kivimaki M, Elovainio M, Virtanen M. Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. Scandinavian Journal of Public Health, 2002; 30: 209-215.

36. Beach MC, Meredith LS, Halpern J, Wells KB, Ford DE. Physician conceptions of responsibility to individual patients and distributive justice in health care. Annals of Family Medicine 2005; 3 (1): 53-59.

37. Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T, Elovainio M. Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. European Journal of Public Health 2011; 21(4): 520-525.

38. Arı M, Altın Gülova A, Köse S. Örgütsel adalet algısı ile örgütsel bağlılık davranışının ilişkisi: Bir sağlık kuruluşunda araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017; 10 (1): 43-51.

39. Elovainio M, Kiwimaki M, Vahtera J. Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. American Public Health Association 2002; 92 (1): 105-108.

40. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US

working population between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings 2015; 90 (12): 1600-1613.