

VEKALET TEORİSİ KAPSAMINDA HASTA HEKİM İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Zekai ÖZTÜRK*
Ece DOĞUÇ**

ÖZ

Hasta-hekim arasındaki ilişki verilen tüm sağlık hizmetlerini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilir. Bu ilişki zaman içerisinde değişmiş ancak hekimin sağlık hizmetini sunarken hastaya karşı sahip olduğu bilgi avantajı değişmemiştir. Hekimin bilgi asimetrisi olarak adlandırılan bu avantajı hekimin hasta adına karar vermesi ve aralarında bir vekalet ilişkisi oluşmasına neden olmaktadır. Bu vekalet ilişkisi bazı zamanlarda bazı hekimler tarafından gereksiz hizmet talep etme, tıbbi kötü uygulama gibi etik problemleri ortaya çıkarabilmektedir. Bu makalede, hekimler tarafından verilen sağlık hizmetlerinde oluşabilecek problemlerle ilgili öğretim elemanlarının bakış açılarını belirlemek amaçlanmıştır. Anket boyutları, hekime duyulan güvensizlik, etik problemler, maddi çıkar, gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama olarak belirlenmiş, boyutlara katılım orta düzeyde bulunmuştur. Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ve yaşları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcılar hekimlerle ilişkilerinde bazı problemler olabileceğini

Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

(zekai.ozturk@hbv.edu.tr)  0000-0003-2569-7249

Arş. Gör., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

(ece.doguc@hbv.edu.tr)  0000-0002-9112-6404

Bu çalışma 04 - 06 Eylül 2018 tarihleri arasında İtalya'nın Roma şehrinde düzenlenen 6. Uluslararası Multidisipliner Avrasya Kongresinde (6. International Multidisciplinary Congress of Euroasia) sunulan "Vekalet Teorisi Kapsamında Hasta Hekim İlişkisinin Araştırılması" isimli özet bildirinin gözden geçirilmiş, genişletilmiş ve geliştirilmiş halidir.

Bu çalışma, 06/05/2020 tarihli ve E.13511 evrak sayılı Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından onay almıştır.

YDÜ Sosyal Bilimler Dergisi, C. XV, No. 1, (Nisan 2022)

Geliş Tarihi: 26.03.2021

Kabul Tarihi: 31.03.2022

Bu makaleden alıntı yapmak için: Öztürk, Z. ve Doğuç, E. (2022, Nisan). Vekalet Teorisi Kapsamında Hasta Hekim İlişkisinin Araştırılması. *YDÜ SOSBİLDER*, 15(1), 38-75.

düşünmekte ancak bu problemlere katılımları özellikle etik problemler boyutunda oldukça düşük kalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Hasta-hekim ilişkisi, vekalet teorisi, vekalet problemleri*

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PATIENT-DOCTOR RELATIONS WITHIN THE SCOPE OF AGENCY THEORY

The relationship between the patient and the physician can have a positive or negative impact on the health services. This relationship may change in time, but the but the knowledge-advantage of the physician over the patient when providing health care has not changed. This is called as information asymmetry, and it causes the physician to decide on behalf of the patient and to establish a proxy relationship between them. This proxy relationship sometimes can cause ethical problems such as unnecessary service requests by some physicians as well as medical malpractice. This article aims to determine perspectives of the lecturers regarding the problems within the health services provided by physicians. Questionnaire dimensions were determined as distrust in physicians, ethical problems, financial benefit, unnecessary demand and medical malpractice, and participation in the dimensions was in a moderate level. A significant difference was found between the gender and ages of the instructors. For the participants, there may be some problems in their relations with physicians, but their participation in these problems remained very low, especially in terms of ethical problems.

Keywords: Patient-physician relationship, agency theory, agency problems

1. Giriş

Vekâlet ilişkisi, sosyal etkileşimin en eski ve ortak belirlenmiş etkileşimlerinden biridir. Vekil (agent), vekalet veren (principal) adına karar verip harekete geçiyor ve belirli bir alanda sorumlu olarak tayin ediliyorsa, iki taraf arasında bir vekalet ilişkisinin ortaya çıktığı söyleyenebilir (Ross, 1973: 134). Vekâlet teorisi toplumsal yaşamın pek çok alanında uygulama alanı bulan ve varsayımlarından faydalanan bir teoridir. Teoride ortaya konan yetki veren-vekil ilişkisi birçok alanda farklı çalışmalara konu olmuştur (Eisenhardt, 1989: 59).

Vekalet teorisi, ekonomideki köklerinden itibaren, örgütsel davranış (Eisenhardt, 1985), hukuk (Lan ve Heracleous, 2010), pazarlama (Bergen vd, 1992), sağlık hizmetleri (Jiang vd., 2012), muhasebe (Reichelstein, 1992) gibi birçok alanda genişleyerek kullanılmaya devam etmiştir. Vekalet teorisi; vekalet veren ile vekil arasındaki ilişkiyi, vekil ve vekalet verenlerin karşılıklı çıkarlarının korunmasını, vekalet veren ve vekil arasındaki belirsizliklerin (bilgi asimetrisi, koşulların yarattığı belirsizlikler gibi) düzenlenmesi gibi konuları kapsayan bir yaklaşımdır. Hasta-hekim ilişkisi sağlık hizmetlerinin ana unsurudur. Hekim hastanın vekili olarak hastanın kendisi yerine karar vermektedir. Araştırmaya konu olan hekimin hastanın vekili olarak karar verdiği yaklaşım, geleneksel paternalist yaklaşımın bir çeşididir ve karar vermenin doktorda kaldığı, ancak hastanın koşullar ve yaşam dünyası bilgisi ile bilgilendirildiği ve hastanın öncelikleri, koşulları ve tercihlerinin önemli yönleriyle birlikte biyomedikal kanıtları hesaba katmayı amaçladığı bir durumu tanımlar. Bu nedenle amaç, mevcut en iyi klinik kanıtları, bireysel hastanın kendi bakımı hakkında karar verirken ki deneyimleri ve tercihleri hakkındaki bilgilerle birleştirmektir ancak bu tür bilgiler muhtemelen sınırlı olacaktır (Morgan, 2018: 83). Bu sınırlı bilgiler hekimlerden kaynaklanan vekalet problemlerine neden olabilmektedir. Bu problemler ahlaki problemler, ters seçim, informal ödemeler, gereksiz tetkik ve tedaviler ve tıbbi kötü uygulamalar olarak sıralanabilir. Çalışmada vekalet teorisi, hasta hekim ilişkisi ve vekalet teorisinin sağlık hizmetlerine yansımaları ve olası olumsuz durumlar açıklanmaktadır. Son olarak bir devlet üniversitesi fakültesinde görev yapan öğretim üyelerinin hasta-hekim ilişkisindeki olumsuz durumlara karşı olan tutumları ve demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

2. Vekalet Teorisi

1930'ların başlarından beri modern şirketlerde mülkiyet ve kontrol ayrılığı konusu gündemdedir (Lskavyan ve Spatareanu, 2006: 91) ve modern işletmecilik ile günümüzde işletme sahipliği ve yönetsel kontrolü arasında ayrım olmuştur (Fernando vd. 2017: 65). Artan ekonomik ve yönetsel sorumlulukları, oryantasyon yetenekleri, işletme sahiplerinin beklentilerinin ötesinde gelişmesiyle yönetsel yetki devri işletmeler için artık zorunlu bir tercih olmuştur (Akın, 2004: 131). Ekonomistler bu yetki devri ile ortaya çıkan, işletme ile ilgili kararların hisse

senedi sahibi olmayan yöneticiler tarafından alındığında ortaya çıkan teşvik problemleriyle uzun zamandır ilgilenmektedirler (Fama, 1980: 288). Vekalet teorisi, ekonomistler tarafından risk paylaşımı üzerine yürütülen araştırmanın bir sonucudur (Stroh vd., 1996: 751) ve ekonomistlerin yardımlaşma durumunda olan tarafların motivasyonları, birbirini kontrol etmeleri ve aralarındaki bilgi akışı konularını incelemesi ile gelişmeye başlamıştır (Koçel, 2015: 418). Analiz edilen öge, bir yönetici ve temsilci arasındaki ilişkidir ve teori, iki taraf arasındaki hedef farklılığının nedenlerini ve sonuçlarını ele alır. Sonuç olarak, vekalet teorisi, yönetici / yönetim kurulu ilişkilerini ele almak için özellikle yararlı bir çerçeve oluşturmaktadır (Boyd, 1994: 336).

Vekalet ilişkisini, bir veya daha fazla kişinin (vekalet veren(ler)) başka bir kişiye (vekile) bazı karar verme yetkilerini devretmeyi içeren bir hizmet vermek üzere kendi adına görevlendirdiği bir sözleşme olarak tanımlanabilir (Jensen ve Meckling, 1976: 308). "Sözleşme" terimi, işveren ile temsilci arasındaki, tarafların haklarını, performansı değerlendirme yollarını ve onlar için getirileri belirleyen anlaşmayı ifade etmek için kullanılır (Fama ve Jensen, 1983: 302) ve teori; vekalet veren ve vekil arasında yapılan sözleşmeleri/iş anlaşmalarını el alan ve en etkili sözleşme/iş anlaşmalarının nasıl yapılacağını araştıran bir yönetim yaklaşımıdır (Saruhan, 2012: 35). Vekalet teorisinde organizasyon, organizasyona katkıda bulunan ve karşılığında ondan ödeme alan sahipler, çalışanlar, yöneticiler, diğer sermaye tedarikçileri vb. gibi katılımcılar arasında örtük ve açık sözleşmelerin bir bağlantı noktası olarak görülür (Tosi ve GomezMejia, 1989: 170-171).

Vekalet teorisinin sunduğu mercek, tipik olarak ya vekalet veren vekil problemi ya da yönetim mekanizmaları (pozitivist araştırma) etrafında döner. Teori özünde, vekalet teorisi, iki taraf, vekalet veren ve vekiller arasında meydana gelen ekonomik bir risk paylaşımı görüşünden (Eisenhardt, 1989: 59) kaynaklanır, ancak her iki taraf da sorunu çözmek için farklı yaklaşımlara sahip olabilir (Bendickson vd. 2016: 438). Sahipler, kendi adına hareket etmeleri beklenen yöneticilere, aracılara olarak hizmet etmeleri için kaynaklar üzerinde denetim yetkisi verir. Ancak birçok vekalet teorisyenine göre sahiplerin ve yöneticilerin çıkarları farklı olabilir. Yöneticiler, sahiplerinin uzmanlıklarına ve işletmenin idaresine ilişkin ayrıntılı bilgilerine bağlı oldukları ölçüde kendi güç tabanlarını geliştirebilirler (Scott ve Davis, 2016: 182). Vekalet teorisinin ana fikri ise;

yöneticilerin işletme hakkında bilgilerinin hissedarlardan daha fazla olması nedeniyle sürekli kontrol edilebilmelerinin zor olması ve bu nedenle yöneticilerin bireysel çıkarlarını hissedarların çıkarlarından daha fazla önemseyebilecekleri ve bu doğrultuda hareket edebilecekleri varsayımdır (Alper ve Güvençer, 2006: 72). Vekalet teorisi ticari taraflar arasındaki bilgi asimetrisini ve teşvik uyumsuzluğunu ele alır. Teori vekillerin vekalet verenlerden daha fazla bilgiye sahip olduğunu ve bilgi asimetrisi olarak adlandırılan bu durumun vekalet verenlerin menfaatlerine uygun şekilde vekillerin hizmet edip etmediğini etkili bir şekilde izleme kabiliyetini olumsuz etkilediği varsayımına dayanmaktadır (Adams, 1994: 8). Genel olarak işveren-işçi veya yönetici-vekil ilişkisi bağlamında değerlendirilmesine rağmen, bir tarafın diğerine göre avantajlı olan tarafın yararına ticari ortağı pahasına yararlanılabileceği bilgi avantajına sahip olduğu tüm durumlarda da geçerlidir (Sykuta ve Cook, 2001: 1274). Vekaletin ekonomik teorisi, vekiller güç ilişkilerine girdiğinde, her vekilin kendi kişisel refahının maksimizasyonu ile tutarlı bir şekilde hareket edeceğini ve böylece ahlaki tehlike adı verilen bir fenomeni doğuracağını açıkça kabul etmektedir (Ramakrishnan ve Thakor, 1982: 503). Ahlaki tehlikenin (moral hazard) önemi, firmanın yönetsel teorisinde vurgulanmıştır. Yöneticiler hissedarların temsilcileridir ve sorumlulukları, şirketi hissedarların çıkarına en uygun şekilde yönetmektir. Ancak eksik gözlenebilirlik nedeniyle yöneticiler hissedarların hedefleriyle çelişen kendi hedeflerine ulaşma fırsatına sahiptir ve bu durum ahlaki temel sorunun temel kaynağı olarak görülmektedir (Milde, 1987: 40). Temsilcinin ayrıca önemli bilgileri saklamak veya değiştirmek için kişisel teşvikleri olabilir. Ters seçim (adverse selection), temsilcinin yetenekleriyle ilgili yanlış beyanını ifade eder. Temsilci, işe alındığında belirli becerilere sahip olduğunu iddia edebilir. Ters seçim vekalet verenin bu beceri veya yetenekleri vekil işe alındığında veya işindeyken tam olarak gözlemleyememesi ve doğrulayamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Van Osnabrugge, 2000: 94).

3. Hekim – Hasta İlişkisi

Hipokrat Yemini gibi profesyonel normlar, eski zamanlardan beri hekim uygulamalarını yönetmiştir. Hastayı koruyan ve hekimin kişisel çıkarını kısıtlayan normların, emtia sağlığının özel doğası nedeniyle var olduğu ileri sürülmüştür (Kesternich, 2015: 1). Bununla birlikte hasta-hekim ilişkisinin özünü tanımlamak,

özellikle mali kısıtlamalar ve nüfus temelli sağlık hizmetleri için artan toplumsal baskılar nedeniyle zor olmuştur (Kerse vd., 2004: 455). Arrow (1963), sağlık hizmetleri piyasalarına ilişkin analizinde, bir doktorun "beklenen davranışının" genel olarak iş adamlarınınkinden oldukça farklı olduğunu gözlemler ve ekler: "Hekim davranışının hastanın refahına yönelik bir endişeyle yönetilmesi gerekir çünkü tıbbi bakım, üretim faaliyetinin ürün olduğu hizmet kategorisine aittir. Bütün bu durumlarda müşteri ürünü tüketmeden önce test edemez ve ilişkide bir güven unsuru vardır (Arrow, 1963: 949).

Tıbbi uygulamanın temel ögesi muayene odasında ya da hasta odasında, hasta olan veya hasta olduğuna inanan kişinin, güven duyulan bir hekime danışmasıdır. Bu görüşmelerin başarısı için sadece hekimin klinik bilgisine ve teknik becerilerine değil, aynı zamanda hekim ile hasta arasındaki ilişki ve iletişimin doğasına da bağlıdır (Morgan, 2018: 77), çünkü hekim ve hastası arasındaki ilişki tüm sağlık bakım sistemlerinin temel taşıdır (Zweifel vd., 2009: 379). Tüketici olan hasta diğer sektörlerin aksine satın aldığı hizmetten memnun kalmazsa vazgeçemez hatta yanlış hizmet aldığı anda telafisi olmayan sonuçlarla karşılaşabilir. Bu nedenle hasta/tüketici, hekimin bilgisine güvenmek ve o bilgiyi kendisi için kullanmak zorundadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 76). Magee'nin (2020) yaptığı bir araştırmada katılımcılara hasta-hekim ilişkisinin önemi sorulmuş ve katılımcılar aile ilişkilerinden sonra hasta-hekim ilişkisinin ikinci olarak en önemli ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Tüm bu öneminden dolayı sağlık ekonomistleri, hastaların sağlık veya faydalarının kendi gelirleri veya tüketimlerine ek olarak hekimlerin fayda işlevlerine dahil edildiği doktor davranışı modelleri oluşturmuşlardır (Mcguire, 2000: 463). Geleneksel Hekim-hasta ilişkileri hiyerarşik olarak tanımlanır. Hekimler, tıbbi bakımın alıcıları olarak pasif roller üstlenen hastalarla yetkili ve baskın konumlara sahiptir (Sulik ve EichKrohm, 2008: 7). Bazıları karar verme sürecine tam olarak katılmak yerine bu düzenlemeyi tercih ederken, yeni bir bakım modeli, Hekim-hasta ilişkisini iş birliğine dayalı bir ortaklık olarak görmektedir (Landzelius, 2006: 668 ve Thomas, 2000: 140). Bu modelde, tüketici olarak hasta bilgi edinme, tıbbi kararlar verme ve tedavi ve bakımın seyrini belirlemede aktif bir rol önermektedir (Mead ve Bower, 2000: 1089 ve Kapp, 1999: 294).

Tıp tarihinin gelişimi içerisinde hasta-hekim ilişkileri ve farklı muayene/hastalıklarda nasıl bir bağ sağlanabileceği bu gruplandırmalar ile

anlaşılmaya çalışılmıştır (Tablo 1). Ancak bu bağ modellerinin her birinin yapılabilirliği hastanın yaşı, cinsiyeti, kişiliği, eğitimi gibi özelliklerine ve hastanın sahip olduğu hastalığın akut ya da kronik olup olmaması gibi özelliklerine bağlıdır (Atıcı, 2007: 49 ve Rourke,1993:684-685). İlk dönemlerde hastanın tamamıyla pasif durumda olduğu ve hekimin baskın olarak tek başına yönlendirdiği ilişki biçimi zamanla değişmiş, hasta da bu ilişkiye katkıda bulunarak yön verilmesine katkıda bulunmuş, çeşitli sorumluluklar almaya başlamış ve son zamanlarda hasta hekim ilişkisi paylaşımcı hasta hekim ilişkisine dönüşmüştür (Pelin ve Arda, 1998: 40). Bu ilişki; kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik birçok öge tarafından belirlenmektedir. Hasta-hekim ilişkisini içindeki toplumun kültürü, gerçekleştiği zaman dilimindeki hekimin rolü, hasta tarafından hekimden beklenen davranışlar şekillendirir ve yönlendirir (Koch ve Turgut, 2004: 65).

Tablo 1. Hekim-Hasta İlişkisi Modelleri ve Muayenede Tedaviye Karar Verme

İlişki Modelleri ve Kontrol Seviyeleri	Karar verme Çerçevesi
Paternalizm (Yüksek Hekim Kontrolü /Düşük Hasta Kontrolü) Vekil Olarak Hekim (Yüksek Hekim Kontrolü / Düşük Hasta Kontrolü) Ortaklık (Yüksek Hasta Kontrolü /Yüksek Hasta Kontrolü) Tüketimlik (Düşük Hasta Kontrolü / Yüksek Hasta Kontrolü)	Biyomedikal: Hekim hastanın hastalıkları ve tedavi seçeneklerini değerlendirdikten sonra tedaviyi seçer. Yorumlayıcı: Hekim tedaviye karar verir ama hastanın değerlerini ve tercihlerini dikkate alır. Paylaşımcı: Hem Hekim hem de hasta tedaviye karar vermeye katılır ve söz alır. Bilgilendirici: Hekim tedavinin yararlarını, risklerini ve alternatif tedaviler tercihlerine ait bilgileri verdikten sonra hasta tedavisine kendi karar verir.

Kaynak: Morgan, 2018: 81 ve Wirtz vd. 2006: 117

4. Vekalet Teorisi ve Sağlık Sisteminde Olumsuz Sonuçları

Hekimin mesleki statüsü ve kendine özgü 'hekim-hasta ilişkisi', hekimin yerine getirmesi gereken ikili rollere dayanmaktadır. Hekim hastanın temsilcisi olarak hareket eder, hastanın sağlık durumunun yorumlanmasında, mevcut tıbbi

teknolojinin bu durumu iyileştirme kapasitesinin tanımlanmasında ve bu teknolojinin ustaca uygulanmasında uzman yönlendirmesini veya yardımını sağlar (Evans, 1974: 162). Sağlık sektöründe bulunan vekalet ilişkilerinde; devlet, toplum, sigorta ve hizmet sunucuları gibi farklı aktörlerin bulunduğu (Jones ve Zanol, 2001: 1656 ve Cruz ve Haugan, 2019: 35) ve bu ilişkide, birçok sorunun ortaya çıkma potansiyeli olduğu bilinmektedir. Ancak genel olarak sağlık sektöründe vekalet teorisinin odağı hasta-hekim ilişkisidir (Ürek ve Erigüç, 2018: 183). Vekâlet Teorisi perspektifinde hastalar hekimden kusursuz vekil rolünü üstlenmesini ve yerine getirmesini ister (Peterson, 1993: 277; Neuman ve Neuman, 2009: 1355). Kusursuz hekim ise hastanın istedikleriyle uyumlu olarak hasta tarafından en çok tercih edilen sağlık hizmetlerini sunan hekimdir (Ürek ve Erigüç, 2018: 183). Hukukçulara göre hasta ile hekim arasındaki ilişki bir vekalet sözleşme olarak nitelendirilmekte ve özel hukuk alanına girmektedir (Ozanoğlu, 2003: 63). İki ana unsur hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi düzenlemektedir. Bunlardan birincisi hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisidir. Pek çok güven teorisine göre, güven ilişkilerinin merkezi bir yönü vekalet verenin vekile ihtiyati tedbirler almamasıdır. Hastalar, hastalıkları ve asimetric tıp bilgisi nedeniyle savunmasızdır. Bu nedenle güven her zaman bir inanç sınavını gerektirir. Hastalar hekimin yeterliliği ve iyi niyetine güven duymak zorundadır (Skirbekk, 2011: 1182). Hasta kendi bedeni üzerinde müdahalede bulunması ve duyduğu acıyı en doğru ve hızlı şekilde dindirmesi, hastalığını iyileştirmesi için hekime başvurmakta (Yılmaz ve Berfin, 2012: 393), hekim ise profesyonel deneyimlerini ve bilgisini kullanarak hastasını iyileştirmeye çalışmakta (Çavdar, 2016: 737) özetle hasta hekime kendini emanet etmektedir. Hekim ile hasta arasındaki bir diğer unsur ise hastanın kendi geleceğini belirleyebilmesidir yani hasta, hekim yardımından faydalanmak veya hastalığını akışına bırakma konusunda seçim hakkına sahiptir (Yılmaz ve Berfin, 2012: 393).

Hekimin hastaya karşı sahip olduğu büyük bilgi avantajı (*asimetric bilgi*), araştırmacıları hekimin bazen gelirini artırmak için hasta talebini teşvik edip etmediğini sorgulamasına yol açar (Folland vd. 2010: 302). Ekonomi teorisi ve sağlık ekonomisi hakkında çalışan araştırmacılar hem belirsizliğin hem de hekimin tedarikçi ve hasta temsilcisi olarak ikili rolünün sağlık ekonomisi için önemi üzerinde durmaktadır (Newhouse, 1987: 269). Hekimin neden olduğu talep hipotezine (arzın talep yaratması) göre, bir hekim, hekimin hastadan daha

fazla tıbbi bilgiye sahip olması gerçeğine dayanarak, hastayı daha yoğun tıbbi tedaviye teşvik edebilir. Sıradan pazarda tedarikçi sayısı arttıkça, pazar daha rekabetçi hale gelir ve fiyat düşer. Ancak tıbbi bakım pazarında hekim kaynaklı talep yaygın olduğunda, kişi başına düşen hekim sayısındaki artış, hekimin takdir yetkisinin bir sonucu olarak tıbbi hizmetlere olan talebi artırmaktadır (İzuida, 1999: 11 ve Manavgat, 2018: 444). Hekimler, tıbbi hizmetlerin üretiminde ve dağıtımında kilit bir rol oynamakta ve tanı, tedavi, ilaç reçetesi ile diğer tıbbi hizmet sağlayıcılara (uzmanlar, hastaneler, eczacılar ve farklı tipte terapistler) sevk konusunda karar veren ilk vekillerdir (Zweifel vd., 2009: 293). Ancak aynı zamanda, geliri ve iş tatmini sağladığı hizmetlerin hacmi ve onlar için aldığı fiyatla ilişkili olan belirli bir hizmet sınıfının tedarikçisidir. Bu rolde, hekimin çıkarları, özellikle tıbbi uygulama girişimci hizmet başına ücret esasına göre düzenlenirse, hastanın çıkarlarıyla çelişme eğilimindedir (Evans, 1974: 162). Özellikle doktorlara hizmet ya da hasta başına ödemenin yapıldığı sağlık sistemlerinde gereğinden fazla hizmet sunulduğu ve bunun da sağlık harcamalarında artışa neden olduğu kabul edilmektedir (Çalışkan, 2009: 129 ve Akyürek, 2012: 136). Böyle bir ortam, hekimin kendi hizmetlerini ikame maddeleri hariç tutarak aşırı vurgulaması ve hastanın hizmet seçimini doktor için zaman birimi başına en yüksek net geliri sağlayanlara doğru yönlendirmesi için güçlü ekonomik teşvikler (moral hazard) yaratır. Literatür, doktorların özel mali teşviklere yanıt verdiğini gösterse de, bu yanıtların hasta sağlığını nasıl etkilediğine dair kanıtlar sınırlıdır. Hekimler genellikle paranın kendilerini hastalarının yararına olmayan şekillerde davranmaya motive edebileceği fikrinden rahatsızdırlar ancak mali kazanç için bazen zararsız ancak gereksiz hizmetler sundukları fikrini kabul etmektedirler. Birçoğu, bir sağlayıcının mali nedenlerden dolayı zararlı bakım yapmasını veya yararlı bakımı vermemesini mantıksız bulmaktadır. Bu dünya görüşüne dayanarak, vekil olan hekim yalnızca sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini etkilemekte ve hasta refahına doğrudan etkisi olmamaktadır (Jacobson vd. 2017: 2728).

Sağlık harcamaları dünya çapında artmaktadır (Brot-Goldberg vd. 2017: 1262) ve arzın talep yaratmasının ekonomik büyüme, sağlık sektöründeki verimsizlikler, teknik yenilikler, nüfusun yaşlanması ve gereksiz taleplerin harcamaları arttırması ile önemli bir katkıda bulunduğu kabul edilmektedir (Çelik, 2016: 52-53). Genel olarak, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın kısmen

sağlayıcıların kendileri tarafından teşvik edildiği varsayılmaktadır. 1960'ların başlarında, Roemer, hastane yataklarının yoğunluğu ile hastanede kalış oranı arasındaki mevcut ilişkiyi belirlemiş ve "inşa edilen bir yatağın dolu bir yatak olduğu" sonucuna varmıştır. Tıbbi hizmetlerle genişletilen "Roemer Yasası", iyi bilinen "arzın talep yaratması" haline gelmiştir. Bu nedenle arzın talep yaratması, hekimlerin kendi maddi kaynaklarını artırmak ana hedefi ile gereksiz bakım sağlamak için vekillik sorumluluklarından sapan olgusuna atıfta bulunmaktadır (Leonard vd., 2009: 121).

Hekimler tarafından gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarının yapılmasının nedenlerinden biri de defansif (savunmacı) tıp uygulamalarıdır. Defansif tıp ise, hekimin hastanın hastalığını teşhis/tedavi etmek yerine hekimin eleştiriden korunmak, risk almasını önlemek ve azaltmak amacıyla (Summerton, 1995: 27) tanı/tedaviye yönelik hizmetleri gereksiz kullanması (pozitif) ile tıbbi kötü uygulama sonuçlarından ve tıbbi kötü uygulama davalarından korunmasıdır (negatif) (Duke, 1971: 944). Pozitif defansif tıp uygulamaları, gereksiz tetkik ve tedavileri artırırken (Suddert vd. 2005: 2609) bu ek hizmetlerin sağlık çalışanlarının iş yükünü ve bekleme süresini de artırarak hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir (Yeşiltaş ve Erdem, 2018: 147). Hem pozitif hem de negatif tıp uygulamaları tıp etiğinin ideal klinik ahlak olgusundan sapmakta yani tıbbi etik dışına çıkmaktadır (De Ville, 1998: 114). Etik, tıpta iyi tıbbi uygulamaları yönlendiren çok önemli bir daldır. Tıp etiği, tıbbi aktiviteyi düzenleyen normlar ve tıbbi özgü değerlerle ilgilenir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007: 78). Görevler / yükümlülüklerdeki çatışmalardan kaynaklanan ahlaki ikilemleri ve karşılaşılan sonuçları ele alır. Dört temel ilkeye yani özerklik, iyilik, zarar vermeme ve adalet üzerine kuruludur. Bu tanımların ifade edilmesi açık olsa da klinik uygulama sırasında bu ilkelerin her birinde istisnaları ortaya çıkmaktadır (Mandal vd. 2016: 5). Başer vd. (2014) tarafından İzmir Karşıyaka'da görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamalarını inceledikleri araştırmalarında, aile hekimliğinin tıbbi kötü uygulama açısından riski düşük bir alan olmasına rağmen defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu bulunmuştur. Studdert vd. (2005) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 824 hekim ile yaptıkları çalışmada hekimlerin neredeyse tamamı (%93) defansif tıp uyguladığını bildirmiştir. Test isteme, tanısal prosedürleri uygulama ve hastaları konsültasyon için yönlendirme gibi "güvence davranışının" hekimler arasında çok yaygın (%92)

olduğu ve defansif tıp uygulamalarını uyguladıklarını belirten hekimlerin %43'ünün klinik olarak gereksiz durumlarda görüntüleme teknolojisini kullandığını bildirmiştir. Javed vd. (2019) Hindistan'da görev yapan radyoloji uzmanları ve istenen tetkiklerle ilgili bir araştırma yapmışlar ve radyolojik araştırmaların artan kullanımının nedenlerini teşhisin doğruluğunu elde etmek, hekimlerde önceden belirlenmiş tanıları doğrulamak için testleri tekrarlama eğilimi ve ilgili klinikte muayene deneyimsizliği olduğunu bulmuşlardır. Fidan vd. (2020) tarafından mikrobiyoloji laboratuvarına tıbbi bölümlerden gelen tetkik istemlerinin gereksizlik, maliyet ve süre açısından retrospektif yaklaşımla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucuna göre hastaların tanıları, öyküleri ve biyokimya sonuçları incelenmiş ve araştırmaya dahil edilen 2820 testten 382 tanesinin uygun olmadığı sonucuna varmışlardır. Yapılan bu uygun olmayan testler devlet ve kuruma ekonomik olarak zarar verirken aynı zamanda hastanın da daha fazla maddi harcama yaptıklarını göstermiştir. Ancak Litvak vd.'e (2005) göre titiz araştırmalar olmadan, şu anda hangi harcamaların daha yüksek olduğunu bilmek zordur. Gerekli olan harcamaları gereksiz sağlık harcamalarından ayırt edilmeden sağlık hizmeti sunumundaki genel harcamaları azaltmaya yönelik geniş kapsamlı girişimler kaliteyi düşürebileceğini söylemektedir.

Tıbbi kötü uygulama, hastalığın/hastanın teşhis, tedavi, bakım ve bakım sonrasında tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğunda gelişen, hastanın sağlık durumuna hatta hastanın hayatına direkt etki eden istenmeyen olaylar olarak açıklanabilir. Tıbbi kötü uygulama nedenleri arasında ise dikkatsizlik, tedbirsizlik, mesleki acemilik/yetersizlik, özensizlik, emir ve yönetmeliklere uymamak gösterilebilmektedir (Ertem vd. 2009: 3). Defansif tıp uygulamaları bu kadar yaygın olmasına rağmen tıbbi kötü uygulama özellikle hekimler üzerinde maddi ve manevi büyük bir baskı oluşturmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi Ulusal Uygulayıcı Veri Bankası (HRSA) sağlık uzmanları adına ödenen tüm tıbbi uygulama hata iddialarına ilişkin bilgileri derlemektedir. 2010 yılından açıklanan verilere göre 2004 ve 2008 tarihleri arasında veri bankasına 63.370 rapor gönderilmiş ve bu dönemde rapor edilen toplam tazminat ödemeleri yılda ortalama 4,24 milyar dolar olduğu belirtilmiştir (HRSA; 2010). Bununla birlikte, tıbbi sorumluluk sisteminin maliyetini tahmin etmek kolay değildir. Mello vd. (2010) yaptıkları araştırmada defansif tıp uygulamaları da dahil olmak üzere genel yıllık tıbbi sorumluluk

sistemi maliyetlerinin 2008 yılında 55.6 milyar dolar yani toplam sağlık bakımı harcamasının %2.4'ü olduğunu tahmin etmiştir (Mello vd. 2010: 1575).

İnformel ödemeler, resmi ödeme kanalları dışında yapılan veya sağlık hizmetleri sistemi tarafından karşılanması amaçlanan satın alımlar niteliğindeki bireysel ve kurumsal sağlayıcılara aynı veya nakdi ödemelerdir. Bu ödemeler, hekimlere yapılan "bıçak parası" ödemelerini, hastanelere yapılan "katkıları", hastalar tarafından satın alınan tıbbi malzemelerin ve özel eczanelerden elde edilen ancak devlet tarafından finanse edilen sağlık bakım hizmetlerinin bir parçası olması amaçlanan ilaçların değerini kapsamaktadır (Lewis, 2007: 984). Pek çok sağlık uzmanı, hastaların doktorlardan daha iyi hizmet almak için informal ödemeler verdiklerine inanırken, diğerleri amacın sosyal normlara uymak olduğunu öne sürmektedir (Liu ve Sun, 2012: 514-515). Sağlık sisteminde kaynak yetersizliği ve özel sektörün yeterli olmaması gibi nedenler ile sağlık güvence sisteminin bazı hizmetleri kapsamaması ve sonuç olarak hizmetlere ulaşamaması ya da kaliteli hizmet alınmaması informal ödemeleri artırmaktadır (Çakmak vd. 2019: 154). Hekimlere, hemşirelere, sağlık teknisyenlerine ve diğer bakım hizmeti sunan tıbbi personele gayri resmi olarak verilen nakit paralar ve hediyeler ile ilaç veya tıbbi malzeme bağışları informal ödemeler olarak örneklendirilebilir. Balabanova ve Mckee (2002) Bulgaristan'da 1547 kişiden oluşan bir araştırma yapmış ve sonuç olarak Bulgaristan'da informal ödemelerin yaygın olarak tedaviden sonra hediye şeklinde ancak nakit informal ödemelerin tedaviden önce seçkin hastanelerde ve tanınmış doktorlar tarafından cerrahi operasyon, doğum, kesin ve yaşamı tehdit eden prosedürler için verildiğini belirlemişlerdir. İnfomal ödemelerin bu kadar yaygın olmasının nedeni olarak ise sağlık personelinin düşük geliri, bir anda ortaya çıkan finansman sıkıntıları, daha iyi tedavi arayan hastalar ve toplumsal gelenek olarak belirlemişlerdir. Camuz Berber'in (2018) İzmir ilinde 425 kişi ile yapmış olduğu çalışmasında informal ödemelerin daha çok devlet hastanelerinde (%57,6), hekimlere (48,1), nakit para olarak (68,4), sağlık personelinin kendi isteği üzerine (50,4), hizmeti almadan önce (%46,3), en çok cerrahi tıp dalında (%80,1), cerrahi operasyonlar için (%48,7) ve 500 Türk lirasından az (%38,2) olduğunu belirlemiştir. İnfomal ödemelerin cerrahi tıp dalında ve operasyonlar için daha çok alınması Türkiye'de bıçak parası uygulamasının hala yaygın olduğunu düşündürmektedir.

5. Yöntem

5.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili olan hastanın kendisi değil onun için karar verecek olan hekimdir ve bu yüzden sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir rol oynayan hekim hastası için mükemmel temsilci rolü oynarsa hastanın ihtiyaçlarına, ödeme gücüne ve tercihlerine göre sağlık hizmeti miktarını ve karışımını tavsiye edecektir. Ancak hekimler kimi zaman kendi çıkarları ya da çalıştıkları kurumun çıkarını düşünerek hastaya gereksiz tetkik, tedavi veya operasyonlar ile müdahale edebilmektedir. Böyle durumlarda ortaya hekim hasta arasında vekalet problemleri ortaya çıkabilmektedir. Araştırmanın amacı, vekalet teorisi kapsamında hasta ve hekim ilişkisinin araştırılması olup Ankara’da bir devlet üniversitesinde görev yapmakta olan öğretim elemanlarının, hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıkabilecek vekalet problemlerine ilişkin bakış açılarının değerlendirilmesidir. Araştırmanın alt amaçları olarak ise hekim hasta arasında vekalet problemlerinin başlıcaları olan; hekime duyulan güvensizlik, hekimin maddi çıkarını düşünmesi, gereksiz talep ve etik problemlerinin ve tıbbi kötü uygulamaya yönelik algılarının ortaya çıkarılması olarak belirlenmiştir. Ayrıca öğretim elemanlarının sosyo-demografik özellikleri ile herhangi bir farklılığın bulunup bulunmadığını belirlemek de amaçlanmıştır.

Yukarıda belirtilen amaçlara uygun olarak aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti talep ettiklerini düşünüyorlar mı?
2. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin maddi çıkarları için hareket ettiğini düşünüyorlar mı?
3. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde hekimlere güvensizlik duyuyorlar mı?
4. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin etik problemler yaşadığını düşünüyorlar mı?
5. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin tıbbi kötü uygulama yaptıklarını düşünüyorlar mı?
6. Öğretim elemanları hasta-hekim ilişkisinde demografik özelliklerine göre farklılık gösteriyor mu?

5.2. Araştırmanın Soru Kâğıdı ve Evreni

Araştırmanın evrenini Ankara’da bir devlet üniversitesi fakültesinde görev yapmakta olan 260 öğretim elemanı oluşturmuş ve örneklem seçilmeyerek tüm öğretim elemanlarına ulaşmak hedeflenmiş, araştırma 250 öğretim elemanı ile tamamlanmıştır. Araştırmada, vekalet teorisi kapsamında hasta hekim ilişkisini ölçmek amacıyla Akkaş (2012) tarafından kullanılan ölçek seçilmiş ve araştırma için Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Kurulundan (06.05.2020 tarih E.13511 sayılı) izin alınmıştır. Anket formunun araştırmaya uygun hale getirilmesi için, anket tüm örnekleme anket uygulaması yapılmadan ölçek ön teste tabi tutulmuş ve gerekli düzenlemelerden sonra ölçek eş zamanlı olarak hem araştırmacı tarafından yüz yüze hem de elektronik olarak sosyal ağlar üzerinden uygulanmıştır.

5.3. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırmanın en büyük kısıtı örnekleminin sadece bir fakülte ile sınırlı olmasıdır. Araştırma hasta-hekim ilişkilerini etkileyen diğer faktörler eklenerek genişletilebilir. Ayrıca bu araştırma hasta-hekim ilişkisinde sadece hasta tarafını ele almıştır, hekimler de dahil edilerek ilişkinin durumu, dinamikleri araştırılabilir.

5.4. Verilerin Analizi

Ankette 5’li Likert tipi bir derecelendirme temel alınmıştır. Verilerin analiz edilmesinde, açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi ve fark testlerinin yanı sıra frekanslar, ortalama ve standart sapma değerlerinden faydalanılmıştır. Anket formu 5 boyuttan oluşmaktadır. Boyutların çarpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılım gösterip göstermedikleri belirlenmiştir. Yapılan analizi sonucunda hekime duyulan güvensizlik için çarpıklık değeri (,300) ve basıklık değeri (0,080); etik problemler için çarpıklık değeri (,053) ve basıklık değeri (0,282); maddi çıkar için çarpıklık değeri (,256) ve basıklık değeri (0,086) ve gereksiz talep için çarpıklık değeri (,256) ve basıklık değeri (0,125) ve tıbbi kötü uygulama için çarpıklık değeri (,357) ve basıklık değeri (0,121) olarak bulunmuştur ve bu değerler $2 \leq X \leq + 2$ arasında olduğundan dağılımın normal dağılım gösterdiği belirlenmiş (Şencan, 2002: 459) ve parametrik testler uygulanmıştır. Katılımcıların hekime duyulan güvensizlik, etik problemler, maddi çıkarlar, gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama için demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemekte iki bağımsız grubun

karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA testi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %5 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

6. Bulgular

Çalışmada kullanılan anketin beş boyutlu (hekiye duyulan güvensizlik, etik problemler, maddi çıkar, gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama) bir yapıda ifade edilip edilmeyeceğini belirlemek için keşfedici faktör analizi yapılmıştır. Her bir boyut için faktör yüklerinin 0,45 üzerinde olduğu görülmüş ve 33 madde ile çalışmaya devam edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. İfadelere Ait Açıklayıcı Faktör Analizi

İfadeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	KMO Barlett Küresellik Testi
Hekime Duyulan Güvensizlik (HDG)			
HDG11*	.715	36,346	.836 713.542 (,000)
HDG19*	.685		
HDG6*	.664		
HDG12*	.659		
HDG14	.604		
HDG15	.593		
HDG24	.580		
HDG1*	.548		
HDG33	.542		
HDG29*	.512		
HDG18	.484		
Etik Problemler (EP)			
EP22	.756	36,661	.739 364.615 (,000)
EP9	.681		
EP30	.651		
EP3	.564		
EP20	.557		
EP21	.550		
EP31	.544		

EP32	.496		
Maddi Çıkar (MÇ)			
MÇ5	.820	56,778	.707 241.013 (,000)
MÇ8	.797		
MÇ7	.696		
MÇ10	.692		
Gereksiz Talep (GT)			
GT2	.704	46,884	.669 110.071 (,000)
GT4	.695		
GT13	.695		
GT28	.643		
Tıbbi Kötü Uygulama (TKU)			
TKU26	.888	58,135	.843 667.587 (,000)
TKU23	.832		
TKU25	.823		
TKU27	.737		
TKU16	.697		
TKU17	.550		

*İfadeler ters kodlanmıştır.

Araştırmaya konu olan boyutların güvenilirliğini belirlemek için Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmış ve değerlerin 0,60 üzerinde olduğu ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir (Kayış, 2016: 405). İfadelere ait ortalama, standart sapma değerleri, Cronbach's Alpha katsayıları ve boyut ortalamaları aşağıda verilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Anket Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Katsayıları ve Ortalama Değerleri

İfadeler	Ortalama	S.S.	Cronbach's Alpha Katsayısı	Boyut \bar{X}
Hekime Duyulan Güvensizlik				
Hekimler benim için en doğru kararı verir. (11)*	3.406	.978	.824	3.138
Hekimler bana karşı her konuda dürüştür. (19)*	3.194	1.130		
Hayatımı hekimlerin eline teslim etmekten hiç endişe	3.481	1.06		

duymam. (6)*				
Hekimler hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar. (12)*	3.193	1.130		
Bazı hekimler, hastaların şikâyetlerini anlatmaları için yeterli zaman ayırmazlar. (14)	3.662	1.087		
Bazen hekimimin verdiği tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekimden ikinci bir görüş isterim. (15)	3.756	1.148		
Bazı hekimler, hastaların şikâyetlerini doğru ifade edebilmeleri için yardımcı olmazlar. (24)	3.119	1.054		
Türkiye'deki hekimlerin tıbbi kararlarına güveniyorum. (1)*	3.475	.977		
Bazı hekimlerin benim veya ailemin sağlığı ile ilgili aldıkları kararları sorgularım. (33)	3.544	1.092		
Hekimler, bizim sağlığımızı bizden daha çok önemserler. (29)*	2.900	1.053		
Bazı hekimlerin tedaviyi kabul etmemiz için bazı şeyleri sakladığını düşünüyorum. (18)	2.719	1.145		
Etik Problemler				
Bazı hekimler, hastalarının yasal olarak kendilerine bıraktıkları karar verme yetkisini kullanırken titiz davranmıyorlar. (22)	2.931	1.100		
Bazı hekimlerin, hekimlik mesleğine yakışmayan hâl ve hareketler sergilediklerini düşünüyorum. (9)	3.381	1.051		
Bazı hekimler, hastalarına yeterli özen göstermiyorlar. (30)	3.269	1.056		
Bazı hekimlerin bilmedikleri konularda bile biliyormuş gibi davrandıklarını düşünüyorum. (3)	2.663	1.070	.741	2.941
Hekimlerin sağlığım veya tedavim hakkında söylediği bazı şeyleri anlamıyorum. (20)	2.494	1.150		
Türkiye'de hekim kaynaklı tıp etiği ihlâlinin diğer gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğunu düşünüyorum. (21)	2.888	1.192		
Medyada yer alan hekimlerin bazen kendi menfaatleri doğrultusunda tıbbi bilgiyi çarpıttıklarını düşünüyorum. (31)	3.413	1.146		

Bazı hekimlerin benim hakkımda bazı mahrem şeyleri başkalarıyla paylaşmalarından endişe ederim. (32)	2.494	1.289		
Maddi Çıkar				
Bazı hekimlerin hastalardan informal ödeme (bıçak parası, hediye vs.) beklediklerini düşünüyorum. (5)	3.406	1.265	.752	3.234
Bazı hastaların hekimlere informal ödemeler (bıçak parası, hediye vs.) yaptıklarını düşünüyorum. (8)	3.550	1.175		
Bazı hekimlerin verdiği cerrahi operasyon kararlarını performans kaygısı yüzünden verdiklerini düşünüyorum. (7)	3.225	1.544		
Bazı hekimler, eğitim seviyesi düşük hastaları maddi yönden daha fazla istismar ediyorlar. (10)	2.769	1.047		
Gereksiz Talep				
Bazı hekimler, tıbbi anlamda hastalardan daha fazla bilgi sahibi olmalarını hastalarını gerekli olmayan tetkik veya tedaviye yönlendirerek kötüye kullandıklarını düşünüyorum. (2)	2.781	1.062	.622	3.220
Bazı hekimlerin, ihtiyacı olmayan hastalara da reçete yazdıklarını düşünüyorum. (4)	2.944	1.134		
Hekimlere maaşları haricinde daha fazla para kazanma imkânı tanıyan yasal düzenlemelerin, bazı hekimleri gerekli olmayan tetkik ve tedavilere yönlendirdiğini düşünüyorum. (13)	3.581	1.157		
Bazı hekimlere ilaç ve medikal firmalarının sunduğu imkân ve promosyonların, hekim kararlarını yönlendirdiğini düşünüyorum. (28)	3.575	1.073		
Tıbbi Kötü Uygulama				
Hekimlerin bazen tedavi sürecinde hatalar yaptıklarını düşünüyorum. (26)	3.300	.976	.848	3.203
Hekimler arasında hastanın sağlığını tehlikeye atacaktır tıbbi hatalar yapılabildiğine inanıyorum. (23)	3.200	1.074		
Bazı hekimler gerekli özeni göstermedikleri için hastaların sağlığına zarar verebiliyorlar. (25)	3.050	1.148		
Hekimlerin hastalara yanlış teşhis koydukları da olur. (27)	3.563	.982		

Bazı hekimlerin hastalara uygun olmayan ilaç yazdıkları kanaatindeyim. (16)	3.194	1.079		
Sterilizasyona dikkat etmeyen bazı hekimler bazı enfeksiyonların oluşmasına sebep olabiliyor. (17)	2.913	1.157		

*İfadeler ters kodlanmıştır.

Veriler, ankette yer alan maddeler; Tamamen katılıyorum (5.00-4.20), katılıyorum (4.19-3.40), orta düzeyde katılıyorum (3.39–2.60), katılmıyorum (2.59–1.80) ve kesinlikle katılmıyorum (1.79–1.00) aralıkları temel alınarak (Tekin, 1991: 262) yorumlanmıştır. Tablo 3’e bakıldığında ankete ait boyutlara katılım ortalama düzeylerine bakıldığında maddi çıkar ($\bar{x}=3,234$) en yüksek katılımı sağlarken, etik problemler boyutu ($\bar{x}=2,941$) ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak tüm boyutlara katılımın orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ankete ait ifadelerle bakıldığında hekime duyulan güvensizlik boyutunda yer alan en yüksek ortalaması olan ifadeler “Bazen hekimin verdiği tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekimden ikinci bir görüş isterim.” ($\bar{x}=3,756$) ve “Bazı hekimler hastaların şikayetlerini anlatmaları için yeterli zaman ayırmazlar.” ($\bar{x}=3,663$) olmuştur. Katılım düzeyinin en düşük olduğu ifadeler ise etik problemler boyutunda yer alan ifadeler olan “Hekimlerin sağlığım ve benim için verdiği kararları anlamıyorum.” ($\bar{x}=2,494$) ve “Bazı hekimlerin benim hakkımda bazı mahrem şeyleri başkalarıyla paylaşmalarından endişe ederim” ($\bar{x}=2,494$) olmuştur.

Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 4’de aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler		Örneklem	
		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	153	61.2
	Erkek	97	38.8
Yaş	36 yaş altı	83	33.2
	37- 46 yaş	61	24.4
	47- 56 yaş	53	21.2
	57- 65 yaş	53	21.2
Aylık Gelir	6.500 lira ve altı	102	40.8
	6501 – 7500 lira arasında	29	11.6

	7501 – 8500 lira arasında	28	11.2
	8501 – 9500 lira arasında	8	3.2
	9501 – 10500 lira arasında	35	14.0
	10501 lira ve üzeri lira üzerinde	48	19.2
Akademik Unvan	Araştırma Görevlisi	73	29.2
	Öğretim Görevlisi	12	4.8
	Doktor Araştırma Görevlisi	18	7.2
	Doktor Öğretim Üyesi	31	12.4
	Doçent Doktor	34	13.6
	Profesör Doktor	82	32.8
Çalışılan Bölüm	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	22	8.8
	Ekonometri	21	8.4
	İktisat	35	14.0
	İşletme	38	15.2
	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	40	16.0
	Maliye	33	13.2
	Sağlık Yönetimi	26	10.4
	Uluslararası Ticaret	16	6.4
	Uluslararası İlişkiler	19	7.6
Toplam		250	100

Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında %61,2'sinin kadın, %50,4'ü 26- 46 yaş arasında iken %42,2'ü 47 yaş ve üzerindedir. Öğretim elemanlarının %40,8'sinin aylık geliri 6.500 lira ve altında gelir ile çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %29,2'si araştırma görevlisi, %32, 8'si ise profesör doktordur. Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının dağılımı fakültede görev yapan öğretim elemanı sayısına göre homojen şekilde dağılmıştır.

Katılımcıların hasta hekim ilişkisine ait sorulan soruların cevapları ise Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Hasta-Hekim İlişkisine Ait Sorular

İfade	n	%
-------	---	---

Özel Sağlık Sigortası	Özel Sağlık Sigortası Olanlar	34	13,6
	Özel Sağlık Sigortası Olmayanlar	216	86,4
En çok tercih edilen Sağlık Kurumu	Devlet (Kamu) Hastanesi	61	24,4
	Üniversite hastanesi	100	40
	Özel Hastane	77	30,8
	Aile Hekimliği	12	4,8
Hekimle Görüşmenizde/Tedavinizde Karara Katılımınız	Son kararı siz verirsiniz.	79	31,6
	Hekim sizin düşüncelerinizi de alır ama son kararı kendisi verir.	95	38
	Hekim sizin için en iyisine karar verir.	76	30,4
Gereksiz tetkik ve Tedavi Nedenleri*	Maddi tatminsizlik	72	28,8
	Mesleki Tecrübesizlik	68	27,2
	Mesleğini sevmeme/ Baştan savma	28	11,2
	Mesleki yetersizlik	33	13,2
	İlaç firmalarının promosyonları	73	29,2
	Kurumuna karşı beslediği olumsuz duygular	17	6,8
	Gereksiz tetkik ve tedavi önerdiklerini düşünmüyorum.	85	34

*Katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermişlerdir.

Öğretim elemanlarının çoğu (%86,4) ile özel sağlık sigortasına sahip değildir, en çok (%40) ile en ileri sağlık hizmetlerini sunan üniversite hastanelerini tercih ettiği, ikinci sırada ise %30,8 ile özel hastanelerin geldiği belirlenmiştir. Ülkemizde sevk sisteminin olmaması ve aile hekimliğinin etkin bir şekilde kullanılmasının sonuçlarından biri olarak değerlendirilebilir. Öğretim elemanlarının tetkik/tedavide karara katılımına baktığımızda %38'i düşünceleri alındıktan sonra hekime son kararı verirken, %30,4'ü kararı tamamen hekime vermiştir. Son kararı kendileri verenlerin ise öğretim elemanlarının %31,6'sı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %34'ü hekimlerin gereksiz tetkik ve tedavi önerdiklerini düşünmediklerini belirtmişlerdir. Gereksiz tetkik ve tedavi önerdiklerini düşünenler de ise ilk sırada %29,2 ile ilaç firmalarının promosyonları, ikinci olarak %28,8 ile maddi tatminsizlik ve %27,2 ile de mesleki tecrübesizlik gelmektedir.

Araştırma sonucunda yapılan testlerde anlamlı farklılık gösteren boyutlar cinsiyet ve yaş grupları olmuştur. Diğer özellikler olan aylık gelir, akademik unvan, çalışılan bölüm, özel sağlık sigortasının varlığı ve tercih edilen sağlık kurumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Anlamlı farklılık gösterenler aşağıda (Tablo 6 ve Tablo 7) verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyet ile Hekim İlişkisi Algıları

Boyutlar	Cinsiyet	n	\bar{X}	s.s.	t	P
Hekime Duyulan Güvensizlik	Kadın	153	3.2193	.40448	2.555	.011
	Erkek	97	3.0937	.36113		
Etik Problemler	Kadın	153	3.0556	.70883	1.482	.140
	Erkek	97	2.9304	.61050		
Maddi Çıkar	Kadın	153	3.2239	.92621	-.243	.808
	Erkek	97	3.2500	.75863		
Gereksiz Talep	Kadın	153	3.2614	.78866	-.208	.835
	Erkek	97	3.2809	.67629		
Tıbbi Kötü Uygulama	Kadın	153	3.3617	.82425	2.077	.039
	Erkek	97	3.1581	.70808		

Çalışma sonucuna göre hekime duyulan güvensizlik ve tıbbi kötü uygulama boyutlarında erkek öğretim elemanlarının katılımlarının kadın öğretim elemanlarına göre daha düşük kalması farklılığın nedeni olarak ortaya çıkmıştır. Örneğin Durmaz ve Erdem (2017) tarafından 460 hasta ile yaptıkları çalışmada hasta-hekim ilişkisinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadınların erkeklere oranla sağlık hizmetinden daha sık yararlanmaları ve daha hassas olmaları nedeniyle sağlık hizmetine ve hekime duydukları güven açısından daha düşük katılım gösterdiklerini belirtmişlerdir. Aynı şekilde Bertakis vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise kadın hastaların tıbbi ziyaretlerinin daha fazla olduğu ve bu nedenle yıllık tıbbi masraflarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kadınların (özellikle genç ve sağlık durumu daha iyi olanların) ayrıca erkek hastalara kıyasla tıbbi karar verme sürecini daha fazla katıldığını belirtmişlerdir. Al-Omari ve Hamasha (2005) Ürdün'de 314 üniversite öğrencisiyle yaptığı araştırmasında kadın öğrencilerini genel olarak erkek öğrencilere göre daha olumlu sağlık tutum ve uygulamalarına sahip olduğunu göstermiştir. Ancak Gülcemal ve Keklik (2016) yılında 460 hasta ile yaptıkları çalışmada hekime duyulan güvensizlik konusunda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Tekinarslan (2015) tarafından yapılan tıbbi kötü uygulamanın hasta ve hasta yakınları üzerindeki etkilerinin araştırıldığı yüksek lisans tezinde 380 kişi değerlemeye alınmıştır. Çalışma sonucundan kadın hastalar tıbbi kötü uygulamanın daha çok psikolojik yönden doğacak olumsuz

sonuçlar doğuracağını düşünürken erkekler uygulama sonucunda ekonomik kayıplarının daha fazla olacağını düşünmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Yaş Grupları ile Hekim İlişkisi Algıları

Boyutlar	Yaş Grupları	n	\bar{X}	s.s.	F	P
Hekime Duyulan Güvensizlik	36 yaş altı	83	3.2990	.31058	2.531	.058
	37- 46 yaş	61	3.3368	.37311		
	47- 56 yaş	53	3.3105	.31514		
	57- 65 yaş	53	3.4597	.41676		
Etik Problemler	36 yaş altı	83	3.1732	.58037	3.378	.019
	37- 46 yaş	61	3.0205	.62674		
	47- 56 yaş	53	2.8915	.78982		
	57- 65 yaş	53	2.8443	.67221		
Maddi Çıkar	36 yaş altı	83	3.1657	.75837	.380	.767
	37- 46 yaş	61	3.2377	.73517		
	47- 56 yaş	53	3.3255	.96025		
	57- 65 yaş	53	3.2547	1.04294		
Gereksiz Talep	36 yaş altı	83	3.4066	.65531	1.932	.125
	37- 46 yaş	61	3.2582	.78391		
	47- 56 yaş	53	3.0991	.76952		
	57- 65 yaş	53	3.2311	.78882		
Tıbbi Kötü Uygulama	36 yaş altı	83	3.3735	.68352	2.000	.115
	37- 46 yaş	61	3.3880	.72439		
	47- 56 yaş	53	3.0849	.90027		
	57- 65 yaş	53	3.2170	.85771		

Öğretim elemanlarının yaş gruplarına bakıldığında ise sadece etik problemler boyutunda farklılık bulunmuştur. Farklılığın nedeni ise 37 yaş altındaki katılımcıların ortalamalarının 57-65 yaş arasındaki katılımcıların ortalamalarına göre daha yüksek olmasıdır. Çalışmada en memnun yaş grupları ortalamalara bakıldığında 36 yaş altındaki katılımcılardır ve literatürdeki bazı araştırmalar ile farklı bir sonuç elde edilmiştir. Örneğin, Moore vd. (2004) göre hekim-hasta ilişkilerini belirleyen en tutarlı demografik değişken yaş değişkenidir ve yaşlı katılımcılar hekim-hasta deneyimlerinde daha fazla memnuniyet belirtmişlerdir. Bu sonuca paralel olarak Peck (2011) yaşa bağlı olarak hasta-

hekim ilişkilerini incelediği araştırmasında 65 yaş üstü hastaların hekim ile etkileşim tarzında daha olumlu olduğu ve memnuniyetlerinin arttığını bulmuştur. Hall ve Dornan (1990) tarafından yapılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin tıbbi bakımdan memnuniyetleri ile ilişkisini incelemek için bir meta-analiz yapılmıştır. Sonuç olarak yaşlı hastaların genellikle daha yumuşak ve kabullenici hale geldiklerini veya bakımları hakkında olumsuz yargıya varma konusunda genç hastalardan daha toleranslı davrandıkları için daha memnun olduklarını belirlemiştir.

Tablo 8. Boyutlar Arası Korelasyon Tablosu

	Hekime Duyulan Güvensizlik	Etik Problemler	Maddi Çıkar	Gereksiz Talep	Tıbbi Kötü Uygulama
Hekime Duyulan Güvensizlik		.588**	.376**	.534**	.640**
Etik Problemler	.588**		.556**	.689**	.761**
Maddi Çıkar	.376**	.556**		.580**	.520**
Gereksiz Talep	.534**	.689**	.580**		.678**
Tıbbi Kötü Uygulama	.640**	.761**	.520**	.678**	

**p<0,001

Boyutlar arasındaki korelasyon ilişkisi R değerlerine (R=0,00-0,25 arası çok zayıf, R=0,26-0,49 zayıf, R=0,50-0,69 orta, R=0,70-0,89 yüksek ve R=0,90-1,00 çok yüksek) değerlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2016:116). Buna göre vekalet teorisi ölçeğinin alt boyutlarının birbiri ile anlamlı pozitif yönde ilişki içerisinde olduğu görülmektedir (Tablo 8). Ancak boyutlar arası ilişki zayıf, orta ve yüksek düzeyde değişmektedir. Hekime duyulan güvensizlik ile maddi çıkar boyutları arasında zayıf; etik problemler, gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama arasında orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Etik problemler ile maddi çıkar ve gereksiz talep arasında orta düzeyde, tıbbi kötü uygulama ile yüksek düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Maddi çıkar ile gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama boyutları arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur.

7. Sonuç ve Öneriler

Vekalet teorisi kapsamında incelenen vekil-vekalet veren ilişkisi gibi bazı vekalet problemleri sağlık sisteminde de hasta ve hekim arasında görülebilir. Örneğin hekimin; bilgi avantajı (bilgi asimetrisi), sağlık talebine hasta yerine karar vermesi, gereksiz/ek taleplerde bulunmasının kendisine sağlayacağı maddi kazançlara yönelik motive kaynaklarının olması ahlaki tehlikeye ve ters seçimlere, hastalar için maddi ve manevi kayıplara neden olabilir. Hastalar sürekli bu risk altındadır. Hekimlerin aldıkları vekaleti nasıl değerlendirdiklerinin bilinmesi sağlık hizmetleri için önemlidir. Çalışmanın amacı bu nedenle Ankara’da bir devlet üniversitesinde görev yapmakta olan öğretim elemanlarının hasta-hekim ilişkilerinde ortaya çıkabilecek olumsuzluklara bakış açılarının değerlendirilmesidir.

Anket beş boyuttan oluşmaktadır ve boyutların ortalamalarına bakıldığında hekime duyulan güvensizlik, etik problemler, maddi çıkar, gereksiz talep ve tıbbi kötü uygulama boyutlarının hepsinde de katılımın orta düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının hekimlere ilişkin olumsuz görüşlerinin genel anlamda orta düzeyde olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların maddi çıkar boyutuna katılımları en yüksek ortalamaya sahip olması ($\bar{x}=3.234$) sağlık sistemimizde ücretlendirme politikasının yetersiz olması sonucu olarak gösterilebilir. Hekimler düşük maddi getiri elde ettikleri için ekstra maddi getiri elde etmek isteyebilirler. En düşük katılım ise etik problemler ($\bar{x}=2.941$) boyutunda bulunmuştur. Katılımcılar hekimlerin etik dışı davranışları nadiren gösterdiklerini düşünmektedir. En yüksek ortalaması olan ifadelerin bazen hekimin verdiği tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekimden ikinci bir görüş isterim ($\bar{x}=3,756$) ile bazı hekimler hastaların şikayetlerini anlatmaları için yeterli zaman ayırmazlar ($\bar{x}=3,663$) olmuştur.

Türkiye SİY (2018) verilerine göre yıllık 9,5 ziyaret ile OECD ortalamasının üzerindedir bu durumun nedenlerinden biri hastaların özellikle önemli/riskli tetkik/telev ve operasyon kararlarını tek bir hekime güvenerek vermekten çekinmeleri gösterilebilir. Hekimlerin hastalarına yeterli zamanı ayıramamasının nedeni olarak ise performans değerlendirme sistemine bağlı olarak randevu sisteminden kaynaklandığı düşünülebilir. Katılımcıların en düşük katılım gösterdiği ifadeler ise hekimlerin sağlığını ve benim için verdiği kararları anlamıyorum ($\bar{x}=2,494$) ve bazı hekimlerin benim hakkımda bazı mahrem şeyleri başkalarıyla paylaşmalarından endişe ederim ($\bar{x}=2,494$) olmuştur. Ters kodlanmış

olarak katılımcılara sorulan bu ifadeye düşük katılım göstermesi, hekimlerin teşhis/televai sırasında kullandıkları dilin yalın ve anlaşılır olduğu ve eğitim düzeyi yüksek olan öğretim elemanları ile çalışma yapıldığı için hekim anlamakta güçlük çekmemeleri olarak gösterilebilir. Ayrıca katılımcılar hekimleri ile mahrem şeylerin başkaları ile paylaşılmadığını düşünmekte ve hekimlere güven duymaktadır.

Katılımcıların %40'nın üniversite hastanelerini ve daha sonra %30,8 ile özel hastaneleri tercih ettikleri anlaşılmıştır. Katılımcıların Ankara şehir merkezinde yaşıyor olmaları ve Ankara'da özel hastanelerin yaygın olması, gelirlerinin ülke ortalamasının üstünde olması dolayısıyla ileri tetkik ve tedavi veren üniversite hastanelerine ve katkı payı vermek zorunda olabilecekleri özel hastanelere ulaşımı ve tercihi kolaylaştırdığı söylenebilir. Öğretim elemanlarının tedavileri süresince sürece katılımları sorulduğunda %38'i düşünceleri alındıktan sonra son kararı hekime verirken toplamda %68,4'ü aslında son kararı hekime bırakmaktadır. Bu durum her ne kadar katılımcılık varsa da bu çalışma bazında hekimin daha baskın olduğu bir ilişki türünün olabileceği sonucuna varılabilir. Katılımcılara gereksiz tetkik ve tedavinin nedenleri sorulduğunda %34'ü gereksiz tetkik ve tedavinin verildiğini düşünmemektedir. Ancak geriye kalanlardan en yüksek katılım ilaç firmalarının promosyonları (%29,2) ve maddi tatminsizlik (%28,8) olmuştur. Katılımcılar hekimlerin verdikleri kararlarda ilaç firmalarının etkili olduğunu ve hekimlerin maddi olarak yeterli derecede getiri elde edemediklerini, bu açığı kapatmak içinse gereksiz tetkik ve tedavi önerdiklerini düşünmektedir. Tüm bu sonuçların aksi yönünde katılımcıların %34'ü ise hekimlerin gereksiz tetkik ve tedavi önerdiklerini düşünmemekte, verilen her tetkik ve tedavinin doğru ve zorunlu olduğuna inanmaktadır.

Araştırma sonucuna göre boyutlar bazında bakıldığında katılımcıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Kadınların hekime duyulan güvensizlik ve tıbbi kötü uygulama boyutlarında erkeklere oranla daha yüksek katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Literatürde cinsiyetin doktor-hasta etkileşimini etkileyen çok sayıda faktörden biri olduğu sağlık kuruluşlarının hem hekim hem de hasta cinsiyetinin ve aynı zamanda cinsiyet uyumunun tıbbi hizmetlerin sunumunu etkilediği belirtilmektedir (Bertakis, 2009: 359). Hahn vd (1994) tarafından yapılan çalışmada hekim-hasta ilişkisindeki zorluklar, belirli hizmet sağlayıcı ve hasta özelliklerinin benzersiz yan yana gelmesi nedeniyle de

ortaya çıkabilir denmekte ve zor hasta olarak tanımladıkları hasta grubuna kadın ve sağlık hizmetlerini daha sık kullanan hastaları koymaktadır. Yaş gruplarına bakıldığında ise 36 yaş altındaki katılımcıların katılım oranları daha yüksek olduğu için etik problemler boyutunda farklılık bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatürle farklı yönde bulunmuştur. Örneğin Peck (2011), yaşlı hastaların tıbbi karar alma sürecine katılım için daha az istek duyduklarını, bunun nedeni olarak da geleneksel asimetrinin daha yaygın olduğu bir zamanda, hastaların hekimlere daha hürmet göstermesi olarak belirtmiştir. Ayrıca yaşlı hastaların, hasta merkezli etkileşimle tutarlı bir şekilde hekimleriyle etkileşime girme olasılığının genç hastalara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Sonuç olarak öğretim elemanları hekimler ile olan ilişkilerinde bazı olumsuzlukların varlığını orta düzeyde kabul etmektedir. Bu olumsuzlukların azaltılması için hekim ve hasta arasındaki ilişkilerin düzeltilmesi gerekebilir. Bunun için tıp uzmanlarının eğitimlerinin en başından itibaren tıp fakülteleri, uzmanlık eğitim programları ve klinik sunum sistemlerinin, hekim- hasta arasındaki iletişimi geliştirmeye odaklanan stratejilere dahil edilebilir. Hastalar hekimlerin özellikle maddi çıkarları için hareket ettiklerini ve gereksiz tetkik/tedavileri talep ettiklerini düşünmektedir. Bunun önüne geçebilmek için hekimlerin verdikleri hizmetlerin nedenleri ve zorunluluğu kontrol etmek zor olsa da tetkik ve tedavilerin kayıtları sistematik olarak düzenlenebilir ve hekimleri bu duruma iten nedenler araştırılabilir. Her hastanın aynı olmayacağı, cinsiyet ve yaş gibi faktörlerin göz önüne alınarak iletişim kurulması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Adams, M. B. (1994). Agency theory and the internal audit. *Managerial Auditing Journal*, 9(8), 8-12.

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

Akın, A. (2004). Mülkiyet sahipliğinden kaynaklanan yönetim hakkının devri açısından post-modern yönetsel kontrol yaklaşımları ve stratejileri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 127-148

Akyürek, E. Ç. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.

Alper, D. ve Güvençer, Ü.C. (2006). Türk firmaların halka arz oranları ile performansları arasındaki ilişkinin vekâlet teorisi çerçevesinde incelenmesi: İMKB’de hisse senetleri işlem gören 128 firma üzerine ampirik bir uygulama, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(2), 71-83.

Al-Omari QD, Hamasha AA. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordane. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 6(1), 107-114.

Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53(5), 941–973.

Atıcı, E. (2007). Hasta hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.

Balabanova, D., and McKee, M. (2002). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62(3), 243-273.

Barigozzi, F., and Levaggi, R. (2008). Emotions in physician agency. *Health Policy*, 88(1), 1-14.

Barros, P. P., Machado, M. P., and Sanz-de-Galdeano, A. (2008). Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *Journal of Health Economics*, 27(4), 1006-1025.

Bendickson, J., Muldoon, J., Liguori, E. W., and Davis, P. E. (2016). Agency theory: background and epistemology. *Journal of Management History*, 22(4), 437-449.

Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360.

Blomqvist, Å., and Léger, P. T. (2005). Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. *Journal of Health Economics*, 24(4), 775-793.

Boyd, B. K. (1994). Board control and CEO compensation. *Strategic Management Journal*, 15(5), 335-344.

Brot-Goldberg, Z. C., Chandra, A., Handel, B. R., and Kolstad, J. T. (2017). What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(3), 1261-1318.

Camuz Berber, İ. (2018). Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödeme yapma nedenleri ve informal ödemelere yönelik tutumları: İzmir İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir

Cruz, A. M., and Haugan, G. L. (2019). Determinants of maintenance performance: A resourcebased view and agency theory approach. *Journal of Engineering and Technology Management*, 51, 33-47.

Çalışkan, Z. (2009). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (34), 117-137.

Çavdar, P. (2016). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(3), 735-764.

Çavmak, D., Söyler, S. ve Teker, C. Sağlık Hizmetlerinde Informal Ödemeler: Literatür Derlemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6(2), 153-163.

Çelik, Y. (2016). Sağlık Ekonomisi. (3. Baskı) Ankara: Siyasal Kitabevi

De Ville, K. (1998). Act first and look up the law afterward: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(6), 569-589.

Duke, L. J. (1971). The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine. *Duke Law Journal*, 1971, 939-993.

Durmaz, T., ve Erdem, R. (2017). Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(4). 579-604.

Duygu, Ü. ve Erigüç, G. Vekâlet teorisinin sağlık sektöründeki yansımalarının ulusal ve uluslararası çalışmalar bağlamında değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 180-194.

Eisenhardt, K. (1989). Agency Theory: An Assessment And Rewiew. *The Academy Of Management Review*, 14(1), 57-74.

Ertem, G., Öksel, E., ve Akbıyık, A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.

Evans, R. G. (1974). Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In *The economics of health and medical care*. UK: Palgrave Macmillan, 162-173.

Fama, E. F. (1980). Agency problems and the theory of the firm, *Journal of Political Economy*, 88(2), 288-307.

Fama, E. F. and Jensen, M. C. (1983). Separation of ownership and control. *The Journal of Law and Economics*, 26(2), 301-325.

Fernando, A.C., Munaleedharan, K.P. and Satheesh, E.K. (2017). *Corporate governance: Principles, policies, and practices* (3th Edition), India: Pearson.

Folland, S., Goodman C.A. and Miron, S. (2010). *The economics of health and health care* (7th Edition), USA: Routledge.

Gülcemal, E., ve Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.

Hahn, S. R., Thompson, K. S., Wills, T. A., Stern, V., and Budner, N. S. (1994). The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of clinical epidemiology*, 47(6), 647-657.

Hall, J. A., and Dornan, M. C. (1990). *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis*. *Social Science and Medicine*, 30(7), 811-818.

Izumida, N., Urushi, H., and Nakanishi, S. (1999). An empirical study of the physician-induced demand hypothesis: The cost function approach to medical

expenditure of the elderly in Japan. *Review of Population and Social Policy*, 8, 11-25.

Jacobson, M. G., Chang, T. Y., Earle, C. C., and Newhouse, J. P. (2017). Physician agency and patient survival. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 134, 27-47.

Javed, H., Imran, M., Nazir, Q. U. A., Fatima, I., and Humayun, A. (2019). Increased trend of unnecessary use of radiological diagnostic modalities in Pakistan: radiologists perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(9), 712-716.

Jensen, M. C., and Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.

Kapp, M. B. (1999). From medical patients to health care consumers: Decisional capacity and choices to purchase coverage and services. *Aging and Mental Health*, 3(4), 294–300.

Kayış, A. (2016). Güvenilirlik Analizi. Kalaycı, Ş. (Editör). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. (Beşinci Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım, s.404 - 419.

Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., And Arroll, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 455-461.

Kesternich, I., Schumacher, H., and Winter, J. (2015). Professional norms and physician behavior: homo oeconomicus or homo hippocraticus?. *Journal of Public Economics*, 131, 1-11.

Koch, E., Ve Turgut, T. (2004). Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunlar ve kültürlerarası yönleri: bir bakış, *Türk Psikiyatri. Dergisi*, 15(1), 64 - 69.

Koçel, T. (2016). *İşletme Yöneticiliği*. (16 Baskı). İstanbul: Beta.

Lan, L. L., and Heracleous, L. (2010). Rethinking agency theory: The view from law. *Academy of Management Review*, 35(2), 294-314.

Landzelius, K. (2006). The incubation of a social movement? Preterm babies, parent activists, and neonatal productions in the US context. *Social Science and Medicine*, 62(3), 668-682.

Léonard, C., Stordeur, S., and Roberfroid, D. (2009). Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. *Health Policy*, 91(2), 121-134.

Lewis, M. (2007). *Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries*. *Health Affairs*, 26(4), 984-997.

Litvak, E., Buerhaus, P. I., Davidoff, F., Long, M. C., McManus, M. L., and Berwick, D. M. (2005). Managing unnecessary variability in patient demand to reduce nursing stress and improve patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(6), 330-338.

Liu, T., and Sun, M. (2012). *Informal Payments in Developing Countries' Public Health Sectors*. *Pacific Economic Review*, 17(4), 514-524.

Lskavyan, V. and Spatareanu, M. (2006). Ownership concentration, market monitoring and performance: Evidence from the UK, the Czech Republic and Poland. *Journal of Applied Economics*, 9(1), 91-104.

Magee, M. (2002, May). The evolution of the patient-physician relationship in the United States: emancipation, empowerment, and engagement. In *World Medical Association, WHO Assembly Meeting, Geneva*
<http://www.healthcommentary.org/about/the-evolution-of-the-patient-physician->

[relationship-in-the-united-states-emancipation-empowerment-and-engagement/](#) 5
Şubat 2021 kaynağından alınmıştır.

Mandal, J., Ponnambath, D. K., and Parija, S. C. (2016). Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Tropical Parasitology*, 6(1), 5-7.

McGuire, T.G., 2000. Physician agency. In: Culyer, A.j., Newhouse, J.P. (Eds.), *Handbook of Health Economics* vol. 1A. Holland: Elsevier, 461–536.

Mead, N., and Bower, P. (2000). Patientcentredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.

Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., and Studdert, D. M. (2010). *National costs of the medical liability system*. *Health Affairs*, 29(9), 1569-1577.

Milde, H. (1987). Managerial contracting with public and private information. In *Agency Theory, Information, and Incentives*. Berlin: Springer Heidelberg, 39-59.

Morgan, M. (2018). Doctor – Patient Relationships. G. Scambler. (Ed). *Sociology as Applied To Health And Medicine*. (7th edition). UK: Palgrave Macmillan International Higher Education.77-98.

Mooney, G. H. (2003). *Economics, medicine and health care*. UK: Pearson Education.

Moore, P. J., Sickel, A. E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., and Adler, N. E. (2004). Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: The role of the doctor–patient relationship. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421-433.

Neuman, E., And Neuman, S. (2009). Agency in Health-Care: Are Medical Care-Givers Perfect Agents?. *Applied Economics Letters*, 16(13), 1355-1360.

Newhouse, J. P. (1987). Health economics and econometrics. *The American Economic Review*, 77(2), 269-274.

Ozanoğlu, H. S. (2003). Hekimlerin hastalarını aydınlatma yükümlülüğü. *AÜHFD*, 52(3), 55-77.

Öztürk, Y., Fidan, Y., Özdemir, M. Ve Ayan, U. (2020). Akılcı laboratuvar kullanımı açısından gereksiz tetkik istemlerinin retrospektif analizi: seroloji laboratuvarı örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 8(2), 283-305.

Peck, B. M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, (2011), 1-9.

Pelin, Ş. S., ve Arda, B. (1998). Etik açıdan yaşlılık ve hekim hasta ilişkileri. *Geriatrı*, 1(1), 39-42.

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

Ramakrishnan, R. T., and Thakor, A. V. (1982). Moral hazard, agency costs, and asset prices in a competitive equilibrium. *Journal of Financial and Quantitative Analysis*, 17(4), 503-532.

Reiter, K. L., Nahra, T. A., Alexander, J. A., and Wheeler, J. R. (2006). Hospital responses to payforperformance incentives. *Health Services Management Research*, 19(2), 123-134.

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

Rourke, K.O. (1993). Trust And Physician Patient Relationship. *American Journal Of Kidney Diseases*, 21, 684-685.

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

Scott, W. R., and Davis, G. F. (2016). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives* (2nd USA: Routledge.

Skirbekk, H., Middelthon, A.-L., Hjortdahl, P., and Finset, A. (2011). *Mandates of Trust in the Doctor–Patient Relationship. Qualitative Health Research, 21(9), 1182–1190.*

Stroh, L. K., Brett, J. M., Baumann, J. P., and Reilly, A. H. (1996). Agency theory and variable pay compensation strategies. *Academy of Management Journal, 39(3), 751-767.*

Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., and Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA, 293(21), 2609-2617.*

Sulik, G. A., and EichKrohm, A. (2008). No longer a patient: The social construction of the medical consumer. *Advances in Medical Sociology, 10, 3-28.*

Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ, 310(6971), 27-29.*

Sykuta, M. E., and Cook, M. L. (2001). A new institutional economics approach to contracts and cooperatives. *American Journal of Agricultural Economics, 83(5), 1273-1279.*

Şencan, H. (2002), Bilimsel Yazım, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları No:283.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012) *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (Beşinci Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D., Güzel, A., Toygar, A., Akinci, F., and Dziegielewska, S. F. (2015). Informal payments in health systems: purpose and occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research, 41(5)*, 684-696.

Thomas, J. E. (2000). Incorporating empowerment into models of care: strategies from feminist women's health centers. *Research in the Sociology of Health Care, 17*, 139-152.

Tosi Jr, H. L. and Gomez-Mejia, L. R. (1989). The Decoupling Of CEO Pay And Performance: An Agency Theory Perspective. *Administrative Science Quarterly, 34(2)*, 169-189.

Turaboğlu, T. T. (2004). Vekalet temsil problem ve maliyetler. *Ekonomik Yaklaşım, 15(51)*, 109-124.

Van Osnabrugge, M. (2000). A comparison of business angel and venture capitalist investment procedures: an agency theorybased analysis. *Venture Capital: An International Journal of Entrepreneurial Finance, 2(2)*, 91-109.

Wirtz, V., Cribb, A., and Barber, N. (2006). Patient–doctor decisionmaking about treatment within the consultation—A critical analysis of models. *Social Science and Medicine, 62(1)*, 116-124.

Yaylali, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012). Sağlık hizmetleri talebi: Erzurum ilinde bir araştırma. *Ege Akademik Bakış, 12(4)*, 563-573.

Yeşiltaş, A., ve Erdem, R. (2018). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10(23)*, 137-150.

Yıldırım, G., ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 29(2)*, 7-12.

Yılmaz, I., ve Berfin, Ş. (2012). Tıbbi müdahalelerde hekimin aydınlatma yükümlülüğü. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (98), 389-410.

Zweifel, P., Breyer, F., and Kifmann, M. (2009). *Health economics (2nd ed)*. Germany: Springer Science and Business Media.