



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**AFİLİYE HASTANEDE GÖREVLİ KLİNİSYEN
AKADEMİSYENLERİN AFİLİASYON UYGULAMASINA
YÖNELİK TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI:
KIRŞEHİR VE NİĞDE ÖRNEĞİ**

Muhammed Kurtbars ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

AFİLİYE HASTANEDE GÖREVLİ KLİNİSYEN AKADEMİSYENLERİN AFİLİASYON
UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI: KIRŞEHİR VE
NİĞDE ÖRNEĞİ

Muhammed Kurtbars ÖZTÜRK

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

TEŞEKKÜR

Çalışmamda ankete katılım sağlayarak yardımlarını esirgemeyen Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinisyen Akademisyen hocalarıma,

Önlisans ve lisans eğitimim dönemlerinde her zaman bana yardımcı olan Doç. Dr. Mustafa SIRAKAYA, Öğr. Gör. Şaban FINDIK, Öğr. Gör. Murat GÜZEL, Öğr. Gör. İlker SEZER, Öğr. Gör. Barış Safa GÜRLER hocalarıma,

Tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gözde SUNMAN hocama,

Tezimin fikir ve yazım aşamalarında her daim destek olan Prof. Dr. Mustafa Kasım KARAHOCAGİL, Prof. Dr. Ali GÜNEŞ, Prof. Dr. Muttalip ÇİÇEK, Doç Dr. Memiş BOLACALI, Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdayi KÖKEN ve Dr. Öğr. Üyesi Selma DOĞANALP ÇOBAN hocalarıma,

Eşim Özlem, kızım Dilara ve oğlum Kurtay'a güven ve destekleri için sonsuz sevgi ve saygılarımı arz etmeyi bir borç bilirim.

ÖZET

ÖZTÜRK, Muhammed Kurtbars. *Afiliye Hastanede Görevli Klinisyen Akademisyenlerin Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Kırşehir ve Niğde Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2024.

Bir Sağlık Politikası olarak Afiliasyon Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılmak istenilmiş ve 2011 yılında çıkarılan yönetmelikte yürürlüğe konulmuştur ve yürürlüğe konulduğu tarihten günümüze kadar da 31 ilde 34 üniversite Sağlık Bakanlığı ile protokol imzalanarak afiliasyona geçilmiştir. Afiliasyon uygulaması ile tıp fakültelerinde çalışan klinisyen akademisyenler bir takım zorluklar ve sorunlar yaşamışlardır. Yapılan çalışma ile tıp fakültelerinde çalışan klinisyen akademisyenleri afiliasyon uygulamasına yönelik tutumlarının araştırılması amaçlanmış, tutum algılarına göre sorunların neler olduğu tespit edilmeye çalışılmış ve sorunlara çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

Afiliasyon, Birlikte Kullanım, Klinisyen Akademisyenler, Tutum.

ABSTRACT

OZTURK, Muhammed Kurtbars. Investigation of the Attitudes of Clinician Academicians Working in Affiliate Hospital towards Affiliation Practice: Kırşehir and Niğde Example, Master's Thesis, Nevşehir, [2024].

Affiliation as a Health Policy was intended to be initiated in our country in 2003 with the Health Transformation Program and came into force in the regulation issued in 2011. Since its implementation, 34 universities in 31 cities have signed protocols with the Ministry of Health to start affiliation. Clinicians and academics working in medical faculties have experienced some difficulties and problems with the application of affiliation. The aim of the study was to investigate the attitudes of clinician-academics working in medical faculties towards the affiliation practice, determine what the problems were according to their perception of attitudes, and suggest solutions to the problems.

Keywords

Affiliation, common usage, Clinician-academics, attitude

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	vi
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	vii
ETİK BEYAN.....	viii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER VE ALANYAZIN.....	6
1.1. Araştırmanın Sorunu	6
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	6
1.3. Araştırmanın Yöntemi	6
2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI	7
2.1. Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Dönemi (1920-1923) Sağlık Politikaları	7
2.2. 1923-1946 Arası Sağlık Politikaları.....	7
2.2.1. Sağlık Yönetimi ve Örgütlenmesi	8
2.2.2. Tedavi Hizmetleri.....	9
2.2.3. Bulaşıcı Hastalıkla Mücadele.....	9
2.2.4. Mevzuat Çalışmaları.....	9
2.3. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları.....	10
2.4. 1961-2000 Arası Sağlık Politikaları.....	10
2.4.1. Sosyalleşme Dönemi	10
2.4.2. Aktif Özelleştirme Dönemi	11
2.5. 2000 ve Sonrası Sağlık Politikaları.....	11
2.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	11
2.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel İlkeleri.....	11
3. BÖLÜM: AFİLİASYON (BİRLİKTE KULLANIM)	13
3.1. İşletmelerin Birleşme ve Büyüme Stratejileri	13
3.2. Bir Sağlık Politikası Olarak Afiliasyon.....	14

3.3. Afiliasyonun Gerekçeleri, Afiliasyonu Gerektiren Nedenler ve Afiliasyon Türleri .	16
3.4. Ülkemizde Afiliasyon Ne Zaman Başlamıştır	18
3.5. Afiliasyon Modelleri	19
3.6. Ülkemizdeki Birlikte Kullanım Protokolü İmzalayan Üniversiteler	20
3.7. Afiliasyon ve Bireysel Sözleşmelere (Tip Hizmet Sözleşmesi) Yapılan Eleştiriler	20
3.8. Afiliasyonun Kazanım ve Olumsuz Yönleri	21
4. BÖLÜM: BULGULAR	23
4.1.Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellik Bulguları	23
4.2.Afiliasyon Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bilgiler	24
4.3. Güvenilirlik Analizi ve Toplam Puan Ortalamaları.....	25
4.4.Çalışmaya Katılanların Afiliasyona Yönelik Memnuniyet Bulguları Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması	26
4.4.1. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması ..	26
4.4.2. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması	32
4.4.3. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum ve uygulamanın kaldırılması gerektiğini düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması	36
5. BÖLÜM TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	41
5.1. Tartışma ve Sonuç	41
5.1.2. Sosyo-Demografik Verilere Ait Bulguların Tartışılması	42
5.1.3. Afiliasyon Tutum Ölçeğine Verilen Cevapların Tartışılması.....	44
5.1.4. Gelişim/Değişim ve Çözüm Önerleri	50
ÖZGEÇMİŞ.....	58

KISALTMALAR DİZİNİ

SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu
WHO	: World Health Organization
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. 1923 Yılı Personel Durum Tablosu	8
Tablo 2. Klinisyen Akademisyenleri Tanımlayıcı Sosyo-Demografik Bilgiler	23
Tablo 3. Afiliasyon Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları	24
Tablo 4. AfiliasyonTutum Ölçeği Olumlu, Olumsuz Yönler Ve Eğitime Etkisi Alt Boyutu Güvenilirlik Analizi Ve Toplam Puan Ortalamaları	25
Tablo 5. Sosyo-demografik verilerin Olumsuz, Olumlu Yönler ve Eğitime Etkisi ile karşılaştırılması	25
Tablo 6. Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “ Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	27
Tablo 7. Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “ Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	27
Tablo 8. Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “ Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	28
Tablo 9. Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	29
Tablo 10. Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	30
Tablo 11. Klinisyen Akademisyenlerin Genel Olarak Afiliasyon Memnuniyet Bulguları	31
Tablo 12. Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	32
Tablo 13. Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	33
Tablo 14. Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	33

Tablo 15. Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	34
Tablo 16. Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	35
Tablo 17. Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	36
Tablo 18. Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları	37
Tablo 19. Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	38
Tablo 20. Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	39
Tablo 21. Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “ Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum ” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları.....	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Teşkilatlanma Şeması.....	8
Şekil 2. İşletmelerde Büyüme Stratejileri.....	13

GİRİŞ

Bu bölümde öncelikle araştırmanın sorunu, araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın yöntemi ve araştırmanın tanımlarına yer verilmiştir. Aynı zamanda çalışma konusuna ilişkin kaynak ve akademik alanyazın değerlendirilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde görülmesi Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Hükümetinin kurulması ile sağlanmıştır. Toplumun sağlıklı bir hayat sürmesi ve sağlık hizmetlerinin tekelden sürdürülmesi amacıyla Ankara’da TBMM hükümetinin 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı yasası ile Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, TBMM Hükümetinin İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan ADIVAR olmuştur (Dedeoğlu, 2021).

Kurulan bakanlık göreve başladığında elde sağlık ile ilgili herhangi bir bilgi ve kayıt bulunmamakta idi. İlk olarak görevde bulunan hekimlerin isimleri tespit edilerek kayda geçirilmiş, İstanbul Hükümetince oluşturulan mevzuatlar temin edilmiştir. Yapılan incelemelerde ilgili mevzuatların gereksinimleri karşılamayacağı tespit edilerek yeni mevzuat ve kadro düzenlemesine gidilmiştir (Dedeoğlu, 2021).

Cumhuriyetin ilanı ile yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devletinin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik SAYDAM bu görevde 15 yıl süreyle kalacak ve Türk Sağlık Tarihinde önemli eserler bırakacaktır. Yapılan çalışmalar sonucunda açıklanan çalışma planına göre (Dedeoğlu, 2021);

1. Sağlık Teşkilatını geliştirmek,
2. Sağlık personeli sayılarını artırmak,
3. Çocuk Bakım ve Doğum Evleri ile Numune Hastaneleri açmak,
4. Bulaşıcı Hastalıklarla savaşmak,
5. Sağlık yönetmelik ve yasalarını hazırlamak,
6. Sağlık Teşkilatlarını köylere kadar götürmek,
7. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulunu açmak hedeflenmiştir

1946 yılında düzenlenen 9. Tıp Kongresinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ tarafından açıklanan 1. On Yıllık Sağlık Planı’na göre ülke yedi bölgeye ayrılacak ve her bölge kendi içinde teşkilatlanarak 40 köye 10’ar yataklı sağlık teşkilatı, bu teşkilatlarda iki hekim, bir ebe ve bir sağlık memuru görevlendirilecektir. Buralarda her on köy için

bir köy ebesi ve bir köy sağlık memuru bulunması sağlanacak böylece bu merkezlerde hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini yürüteceklerdir (Dirican, 1970).

1953 yılında ise Belediyeler ve Özel İdareler tarafından yürütülen tedavi hizmetleri için kurulan hastaneler devletleştirilmiş, koruyucu hekimliğin yanında tedavi edici hekimlik uygulamasının da devlet hizmeti olması sağlanmıştır (“Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun,” 1953).

27 Mayıs 1960 Askeri Darbesi sonrası ülke yönetimine el koyan ihtilal yönetimi sağlık hizmetlerine öncelik ve önem vermiştir. 1963 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Sosyalleşme Döneminin 1977 yılına kadar Türkiye geneline yayılması, 1982 yılına gelindiğinde ise her 5000 kişiye bir sağlık merkezi ve bu sağlık merkezlerinde yeterli personel bulundurulması, ayrı ayrı yürütülen sağlık hizmetlerinin getirdiği sorunların giderilmesi hedeflenmekte iken, 1970’li yıllarda dünyada hakim olan Neoliberal anlayış ile iktidara gelen hükümetlerde bu anlayışı benimsemişler ve Sosyalleşme Programı rafa kaldırılmış ve sağlık hizmet sunumundaki ikili yapı karmaşaya dönüşmüştür (SSK 1946, Emekli Sandığı 1954, Bağ-Kur 1971 yıllarında kurulmuşlardır). Bunun sonucunda da personel ve sağlık politikalarında belirsizlikler yaşanmıştır (Akdur, 2008).

1980 yılında resmi yazı ile Neoliberal görüş devlet politikası olarak belirlenmiş ve sağlık sunum hizmetlerinde “Özelleştirme Dönemi” olarak ifade edilebilecek döneme geçilmiş 1961 Anayasasında devlet görevi olarak belirlenen maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılmış ve sağlık hizmetlerinin devlet gözetiminde ve düzenlemesinde olacağı ifade edilmiştir (Akdur, 2008).

2003 yılına gelindiğinde Sağlık hizmetlerinin sunumunda personel yetersizliklerinin yanında yurt genelinde dağılımında dengesizliği ön plana çıkmaktadır. Doktorların dengesiz dağılımı zorunlu hizmet uygulaması ile giderilmeye çalışılmış ancak bu uygulamada başarıya ulaşamamıştır. Bununla beraber diğer sağlık personeli arasında da dengesiz dağılım bulunmaktadır. Sağlık İnsan Kaynakları Planlamasının, eğitim ve istihdamının farklı farklı devlet kuruluşları tarafından yapılması, bu kurumlar arasında kuvvetli bir işbirliği ve organizasyon bulunmadığından problemler çıkarmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nca Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı’na Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik’e göre birlikte kullanım (afiliasyon) “Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve dış hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” şeklinde tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 04.03.2020). Afiliasyon değişik etkenlere göre yapılmaktadır. Bu etkenleri; örgütsel etkenler, büyüme etkenleri, klinik ve operasyonel etkenler şeklinde sıralamak mümkündür. Finansal etkenlere bağlı yapılan afiliasyon sağlık kuruluşlarının pozitif ölçek ekonomisinden yararlanma isteği iken, örgütsel etkene bağlı afiliasyonda ise daha fazla sağlık insan gücünden faydalanmaktır (Songur & Babacan, 2016).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2003 yılında başlayan ve halen uygulamaya geçirilmeye devam eden değişiklikler sağlıkta fırsatlar meydana getirmiştir (Songur & Babacan, 2016). Afiliasyon ülkemiz sağlık sistemi için elde edilecek yarar ve uygulamada sağlanacak başarılarından dolayı bir fırsat olarak değerlendirilebilir (Çinibulak, 2020). Ülkemizde 13 yıldır uygulanan afiliasyonda, afiliye hastanede çalışan klinisyen akademisyenlerin afiliasyon uygulamasına yönelik tutumlarının araştırılarak analiz edilmesi gerekmektedir.

Yabancı menşeli bir kelime olan Afiliasyon, kelime olarak yakın ilişki, üyeliğe kabul edilme, bağlanma, evlat edinme, üyelik anlamlarına gelmekle birlikte terimsel olarak yardımlaşma, iş birliği ve güçlerin birleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle Afiliasyon sağlık kuruluşlarının iş birliği ve güçlerinin birleştirilmesi yöntemi olarak göze çarpmaktadır (Aydın, 2011). Söz konusu işbirliği ve birleşme sağlık kuruluşlarında birleşme, satın alma ortak girişimde bulunma ve birlikte kullanım (afiliasyon) gibi model ve şekillerle sağlanmaktadır. Bu modellerin içinde en yaygın olarak kullanılan afiliasyon uygulamasıdır. Bu uygulama ile sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılması hedeflenirken nitelikli insan kaynağı sağlanması ve sağlık hizmet sunumunda kalitenin artırılması hedeflenmektedir (Topçu & Özata, 2019). Bir uygulama olarak Afiliasyon insan kaynağı yeterliği bulunan kurum ile fiziki mekan yeterliği

bulunan kurumun birlikte hizmet sunumu ile eğitim ve araştırma faaliyetlerine katkı sağlamasıdır (Altuntaş, 2007).

Afiliasyon 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yürürlüğe konulmak istenilen yapısal değişikliklerden bir tanesi olmakla beraber, ilk olarak 1933 yılındaki reform neticesinde İstanbul Üniversitesinin kurulmasıyla Tıp Fakültesi Beyazıt'a taşınmış, Çapa ve Cerrahpaşa Hastaneleri tamamlanıncaya kadar da belediye ve özel idareye ait sağlık kuruluşlarından faydalanılarak uzun bir süre problemsiz bir şekilde yürütülmüştür (Samastı, 2018). Sürecin yasal zemine oturtulması 2010 yılında yapılmış olup, 30.01.2010 tarihinde yayımlanan 27478 sayılı Resmi Gazete bulunan 5947 sayılı kanunun 11. Maddesinde belirtildi şekilde 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 9 ile gerçekleşmiştir. Bahse konu ek madde de *“Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir...”* denilmiştir (Resmi Gazete, 2010), (3359, 1987). Akabinde 18.02.2011 tarihinde *“Sağlık Bakanlığı'na Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”* yayımlanmış ve yönetmelikte afiliasyon *“Bakanlık sağlık kurum ve kuruluşları ve/veya üniversiteye ait ilgili birimlerin kaynaklarının, sağlık hizmet sunumu, eğitim ve araştırma hizmetleri veya sair ortak gaye ve menfaatlerin gerçekleştirilmesi için Bakanlık ve ilgili üniversite arasında imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması”* şeklinde tanımlanırken (Resmi Gazete, 2011b) günümüze kadar gelen süreçte 2011 yılında çıkarılan yönetmelik 4 kez değişikliğe uğramış, 04.03.2020 tarihinde yayımlanan yönetmelik ile en son halini almış ve *“Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve dış hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması”* olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 04.03.2020).

2011,2014 ve 2016 yıllarında yayımlanan yönetmeliklere göre Birlikte Kullanım Protokolü Bakanlık ve YÖK'ün görüşleri alınarak Vali ve Rektör arasında imzalanırken (Resmi Gazete, 2011a), (Resmi Gazete, 2014a), (Resmi Gazete, 2016) 2017 yılında yayımlanan yönetmelikte aynı şekilde görüşler alınarak, Kamu Hastaneleri Kurumu

Başkanı ve Rektör tarafından imzalanır demektedir (Resmi Gazete, 16.06.2017). Bu protokol neticesinde Tıp Fakültesinde görevli akademisyenler direkt olarak Sağlık Bakanlığı Tesislerinde görevlendirilebiliyordu. 2020 yılında yayımlanmış olan yönetmelikte ise protokol, YÖK’ün uygun görüşü alınarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürü ve Rektör arasında imzalanır ve imzalanan protokole göre Tıp Fakültelerinde görevli Klinisyen Akademisyenler bireysel sözleşme (Tıp Hizmet Sözleşmesi) imzalar denilmektedir. İmzalanan bu bireysel sözleşmeler ile klinisyen akademisyenlere performans hedefleri belirlenerek ek sorumluluklar yüklenmiştir (Resmi Gazete,04.03.2020), (Resmi Gazete, 12.08.2022).

Çalışmamızda yukarıdaki nedenlerden dolayı afiliye hastanede çalışan klinisyen akademisyenlerin afiliasyon uygulamasına yönelik tutumlarının belirlenmesi ve yaşanan sorunlar ile çözüm önerilerinin tespiti amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sözleşme imzalamış 75 adet klinisyen akademisyen ile Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sözleşme imzalamış 45 adet klinisyen akademisyen olmak üzere toplam 120 klinisyen akademisyen oluşturmaktadır. Araştırmada nicel araştırma yöntemi benimsemiş olup, evrenin tamamına sosyo-demografik sorular ile birlikte geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği (Topçu & Özata, 2019) tarafından yapılmış ve Cronbach’s Alpha Katsayısı 0,938 olarak hesaplanmış “Afiliasyon Tutum Ölçeği”ni içeren anket dağıtılarak, geri dönüşü olan anketler SPSS 24,0 programı ile analiz edilmiştir.

1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER VE ALANYAZIN

1.1. Araştırmanın Sorunu

Ülkemizde Cumhuriyetin ilanı öncesi Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Hükümeti ile Cumhuriyet Dönemi hükümetleri çeşitli sağlık politikaları izlenmiş ve bu sağlık politikaları ile gerekli yenilikler ve gelişmeler sağlanarak hem sağlık hizmet sunumu hem de sağlık hizmeti alımında kalite artırılmak istenilmiştir. Bu sağlık politikalarından biride 2003 yılında yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (Sağlık Bakanlığı, 2003) ile sağlık sistemine giren performansa dayalı ödeme sistemi ve 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 9 ile Sağlık Bakanlığına ait sağlık tesislerinin üniversiteler ile birlikte kullanımı (afiliasyon) politikalarıdır (Resmi Gazete, 2010), (3359, 1987), (Resmi Gazete, 12.08.2022). Afiliasyon politikası birlikte kullanım protokolüne göre sözleşme imzalayarak bakanlık hastanesinde çalışan klinisyen akademisyenlere performans hedefleri belirterek, bu hedeflere göre ek ödeme yapılmasını belirtmektedir (Resmi Gazete, 2022).

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yukarıdaki nedenlerden dolayı Afiliye hastanelerde çalışan klinisyen akademisyenler birçok sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Yapılan çalışma ile klinisyen akademisyenlerin Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının araştırılması ve araştırma sonunda elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından Birlikte Kullanım Protokolünde iyileştirmeye gidilmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada alanyazın taranmış TBMM Hükümeti ile Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar gelen hükümetlerin sağlık politikaları incelenmiş ve bu konuda yayımlanmış tez ve makalelerden yararlanılmıştır. Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama modeline göre yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara güvenirliliği ve geçerliliği “Topçu ve Özata, 2019” tarafından test edilmiş “Afiliasyon Tutum Ölçeği” uygulanmıştır.

2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI

2.1. Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Dönemi (1920-1923) Sağlık Politikaları

Sağlık Hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde görülmesi Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Hükümetinin kurulması ile sağlanmıştır. Toplumun sağlıklı bir hayat sürmesi ve sağlık hizmetlerinin tekelden sürdürülmesi amacıyla Ankara’da kurulan TBMM hükümetinin 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı yasası ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, TBMM Hükümetinin İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan ADIVAR olmuştur (Dedeoğlu, 2021).

Kurulan bakanlık göreve başladığında elde sağlık ile ilgili herhangi bir bilgi ve kayıt bulunmamakta idi. İlk olarak görevde bulunan hekimlerin isimleri tespit edilerek kayda geçirilmiş, İstanbul Hükümetince oluşturulan mevzuatlar temin edilmiştir. Yapılan incelemeler de ilgili mevzuatların gereksinimleri karşılamayacağı tespitle, yeni mevzuat ve kadro düzenlemesine gidilmiştir (Dedeoğlu, 2021).

Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısına istinaden bakanlık bünyesinde Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Yazı İşleri (Evrak Kalemi) kurulmuştur. Bu kuruluş ile vilayetlerde bulunan eski sağlık müdürlükleri, hükümet tabiplikleri, sağlık memurlukları korunmuş ve ayrıca 3 adet müfettiş kadrosunda ihdas edilmiştir (Dedeoğlu, 2021).

2.2. 1923-1946 Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı ile yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devletinin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik SAYDAM bu görevde 15 yıl süreyle kalacak ve Türk Sağlık Tarihinde önemli eserler bırakacaktır. Yapılan çalışmalar sonucunda açıklanan çalışma planına göre (Dedeoğlu, 2021);

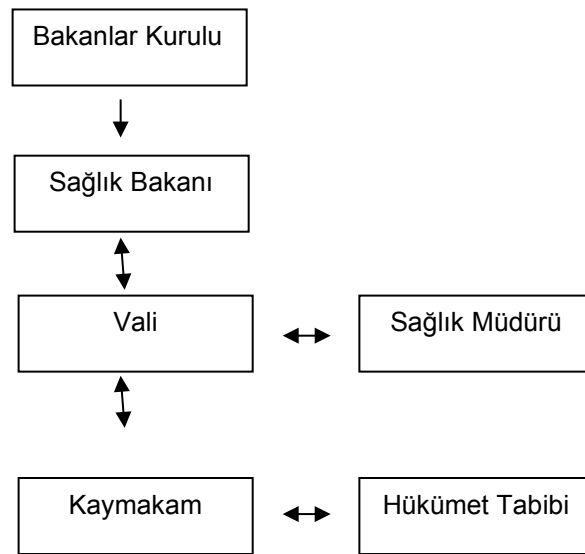
1. Sağlık Teşkilatını geliştirmek,
2. Sağlık personeli sayılarını artırmak,
3. Çocuk Bakım ve Doğum Evleri ile Numune Hastaneleri açmak,
4. Bulaşıcı Hastalıklarla savaşmak,
5. Sağlık yönetmelik ve yasalarını hazırlamak,
6. Sağlık Teşkilatlarını köylere kadar götürmek,

7. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulunu açmak hedeflenmiştir

2.2.1. Sağlık Yönetimi ve Örgütlenmesi

Açıklanan çalışma planına göre Bakanlık Merkez Teşkilatı gerekli müdürlükler kurularak genişletilmiş ve güçlendirilmiştir. Anadolu'daki illerde ise Valiliklerin emrinde olan sağlık müdürlüklerinin personel sayıları artırılmaya çalışılmıştır. Yaygın olan bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için gerekli yasalar hazırlanmış ve uygun teşkilatlar kurulmuştur.

Şekil 1. Teşkilatlanma Şeması



Bu dönemde nüfus oranı dikkate alınmaksızın insanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi amacıyla her ilçeye bir hükümet tabibi atanmakta idi.

1923 yılında genç Türkiye Cumhuriyeti Devletinde 344 Hekim, 60 Eczacı, 560 Sağlık Memuru ve 136 Ebe olmak üzere toplamda 1100 personel ile sağlık hizmeti verilmeye çalışılmakta olup, hekim başına düşen nüfus 30,000 civarında idi (Eren & Tanrıtanır, 1998).

Tablo 1. 1923 Yılı Personel Durum Tablosu

S. No	Sağlık Personeli	Sayısı
1	Hekim	344

2	Eczacı	60
3	Sağlık Memuru	560
4	Ebe	136
TOPLAM		1100

Hali Hazırdaki hekim kadrolarının güçlendirmek amacıyla Tıp Fakültelerinin kontenjanları artırılmış, yardımcı sağlık personeli yetiştirmek içinde Sağlık Memuru ve Ebe okulları açılmış, Veteriner Hekim, Diş Hekimi, eczacı yetiştirilmeye başlanılmıştır. Yapılan reformlarla 1937 yılına gelindiğinde ülkedeki hekim sayısı 1391'e Sağlık Memuru sayısı 1497'ye, hemşire sayısı 356'ya çıkarılmıştır (Dedeoğlu, 2021).

2.2.2. Tedavi Hizmetleri

Sağlık Bakanı Dr. Refik SAYDAM'da Koruyucu Hekimlik hizmetlerine oldukça önem vermiş tedavi hizmetlerinin Belediyeler ve Özel İdareler tarafından yürütülmesini istemiştir. 7 ilde Belediyeler ve Özel İdarelere örnek olması amacıyla “Numune Hastaneleri” kurulmasını sağlamıştır (Ankara, İstanbul, Trabzon, Adana, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır). Ayrıca bu dönemde anne ve bebek ölüm oranlarının yüksekliği nedeniyle, bu ölümleri önleyebilmek amacıyla doğum ve çocuk bakım evleri de açılmıştır (Öztürk, 1999).

2.2.3. Bulaşıcı Hastalıkla Mücadele

1. Dünya Savaşından Genç Türkiye Cumhuriyeti Devleti maddi ve manevi zararların yanında salgın hastalıklarla baş etmeye çalışmakta idi. Ülkede bu dönemde sıtma, frengi, çiçek, trahoma, verem ve difteri hastalıkları görülmekteydi. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla heyetler kurulmuş ve Anadolu'dan gelen bilgilere göre hasta/hastalıkların görüldüğü illere doktor ilaç ve aşı gönderiliyordu. 1930 yılında mücadele esnasında elde edilen tecrübelerle dayanılarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmış, salgın ve bulaşıcı hastalıkla mücadele yasal zemine oturtulmuştur (Tekir, 2019).

2.2.4. Mevzuat Çalışmaları

Dr. Refik SAYDAM, bakanlığı süresinde Sağlık Bakanlığı'nı güçlendirmeye, sağlık ile ilgili mevzuatlar yapmaya ve bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadeleye ve

bununla birlikte personel yetiştirmeye önem vermiştir. TBMM hükümetinden itibaren 1923 ve 1938 yıllara arsından çıkarılan sağlık mevzuatlarından birkaçı şunlardır.

1. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,
2. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
3. 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu,
4. 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun,
5. 2767 sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları İçin Kanun,
6. 11682 sayılı Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname

Ülkemizdeki hali hazırda kullanılan sağlık mevzuatları 1923-1938 yılları arasında hazırlanarak yürürlüğe girmiş, halk sağlığının korunmasının kamu görevi olduğu bu zaman diliminde kabul edilmiştir (Eren & Tanrıtanır, 1998).

2.3. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları

1946 yılında düzenlenen 9. Tıp Kongresinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ tarafından açıklanan 1. On Yıllık Sağlık Planı'na göre ülke yedi bölgeye ayrılacak ve her bölge kendi içinde teşkilatlanarak 40 köye 10'ar yataklı sağlık teşkilatı, bu teşkilatlarda 2 hekim, 1 ebe ve bir sağlık memuru görevlendirilecektir. Buralarda her on köy için bir köy ebesi ve bir köy sağlık memuru bulunması sağlanacak böylece bu merkezlerde hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini yürüteceklerdir (Dirican, 1970).

1953 yılında ise Belediyeler ve Özel İdareler tarafından yürütülen tedavi hizmetleri için kurulan hastaneler devletleştirilmiş, koruyucu hekimliğin yanında tedavi edici hekimlik uygulamasının da devlet hizmeti olması sağlanmıştır ("Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun," 1953).

2.4. 1961-2000 Arası Sağlık Politikaları

2.4.1. Sosyalleşme Dönemi

27 Mayıs 1960 Askeri Darbesi sonrası ülke yönetimine el koyan ihtilal yönetimi sağlık hizmetlerine öncelik ve önem vermiştir. 1963 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Sosyalleşme Döneminin 1977 yılına kadar Türkiye geneline yayılması, 1982 yılına gelindiğinde ise her 5000 kişiye bir sağlık merkezi ve bu sağlık merkezlerinde yeterli personel bulundurulması, ayrı ayrı yürütülen sağlık hizmetlerinin getirdiği sorunların giderilmesi hedeflenmekte iken 1970'li yıllarda dünyada baskın görüş olan

Neoliberal aylayış ile iktidara gelen hükümetlerde bu anlayışı benimsemişler ve Sosyalleşme Programı rafa kaldırılmış ve sağlık hizmet sunumundaki ikili yapı karmaşaya dönüşmüştür (SSK 1946, Emekli Sandığı 1954, Bağ-Kur 1971 yıllarında kurulmuşlardır). Bunun sonucunda da personel ve sağlık politikalarında belirsizlikler yaşanmıştır (Akdur, 2008).

2.4.2. Aktif Özelleştirme Dönemi

1980 yılında resmi yazı ile Neoliberal görüş devlet politikası olarak belirlenmiş ve sağlık sunum hizmetlerinde “Özelleştirme Dönemi” olarak ifade edilebilecek döneme geçilmiş, 1961 Anayasasında devlet görevi olarak belirlenen maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılmış ve sağlık hizmetlerinin devlet gözetiminde ve düzenlemesinde olacağı ifade edilmiştir (Akdur, 2008).

2.5. 2000 ve Sonrası Sağlık Politikaları

2.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda personel yetersizliklerinin yanında yurt genelinde dağılımında dengesizliği ön plana çıkmaktadır. Doktorların dengesiz dağılımının zorunlu hizmet uygulaması ile giderilmeye çalışılmış ancak bu uygulamada başarıya ulaşamamıştır. Bununla beraber diğer sağlık personeli arasında da dengesiz dağılım bulunmaktadır. Sağlık İnsan Kaynakları Planlamasının, eğitim ve istihdamının farklı farklı devlet kuruluşları tarafından yapılması, bu kurumlar arasında kuvvetli bir işbirliği ve organizasyon bulunmadığından problemler çıkarmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bunun üzerine bu sorunları gidermek için sağlıkta dönüşüm programı başlatılmıştır.

2.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel İlkeleri

- İnsan Merkezilik: Sağlığın aile içinde oluşmasından hareketle “Aile Sağlığı” üzerinde durulması,
- Sürdürülebilirlik: Yapılacak olan sistemin devamlılık arz etmesi,
- Sürekli Kalite Gelişimi: Sunulan sağlık hizmetlerinin devamlı olarak geliştirilerek yenilenip daha iyi hizmet sunulması,
- Katılımcılık: Sağlık hizmet sunumundan, sağlık hizmet alımına kadar tüm bireylerin görüş önerilerinin alınması,

-Uzlaşmacılık: Menfaat çatışması üzerine kurulmuş bir düzen yerine birlik ve beraberlik sağlayan bir yönetim düzeni hedeflenmiştir,

-Gönüllülük: Sağlık hizmeti üreten ve alanların gönüllülük esasına dayalı olarak bu sistemde yer almaları,

-Güçler Ayrılığı: Üretim, yönetim, denetim ve finansman sağlayan güçlerin birbirinden ayrılması,

-Desantralizasyon: Kurulu bulunan hantal ve ağır işleyen yapıdan kurtulmak,

-Hizmette Rekabet: Belli standartlara uygun olarak sağlık hizmet sunumunun farklı hizmet sunucuları tarafından sunulması ilkeleridir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

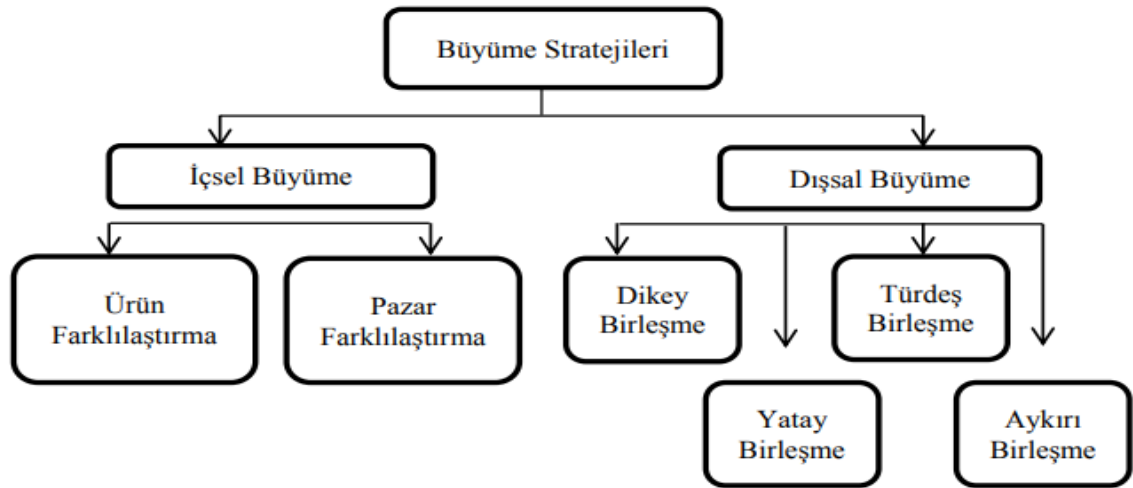
3. BÖLÜM: AFİLİASYON (BİRLİKTE KULLANIM)

Çalışmanın bu kısmında afiliasyon kavramı ile bu kavrama bağlı olarak alanyazında yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilecektir. İlk olarak işletmelerdeki birleşme ve büyüme politikaları hakkında bilgi verilecek olup daha sonra ise afiliasyon kavramı, türleri ile afiliasyonu gerektiren faktörler açıklanacaktır.

3.1. İşletmelerin Birleşme ve Büyüme Stratejileri

İşletmeler canlı bir sistem olup zamanla büyüme eğilimi gösterirler. Aslında işletme büyümeden önce varlığını sürdürme amacı gütmektedir (Topçu & Özata, 2019). Son zamanlardaki işletmelerde artan rekabet ortamı varlıklarını sürdürmek açısından zorlandıklarını göstermekte ve bu sebepten dolayı da varlıklarını sürdürebilmek ve rekabet edebilmek amacıyla bazı stratejiler geliştirmek zorunda kalmışlardır (Görmüş & Ceylan, 2016). Bu zorunluluklar şirketlerde rekabeti devam ettirebilmek için ittifak, birleşme, satın alma vb. gibi değişik taktikler kullanmalarına sebep olmuştur (Ömür vd., 2012).

Şekil 2. İşletmelerde Büyüme Stratejileri



Şekil 2’den de anlaşılacağı üzere şirket ve işletmelerde içsel ve dışsal büyüme olarak iki strateji uygulanmaktadır. İçsel büyüme işletmenin hali hazırdaki faaliyetlerinin ürün ve Pazar farklılaştırılması şeklinde genişletilmesidir (Tengilimoğlu vd., 2021). Mevcut işletmenin, başka bir işletmenin bir kısmının ve tamamının sahiplenilerek

büyümesi dışsal büyüme olarak ifade edilmektedir (Görmüş & Ceylan, 2016). Şirketler için içsel büyüme daha zor iken, daha kolay olan dışsal büyüme ise işletmenin amacını yerine getirebilmek için başka şirket ve işletmelerle birleşerek büyüme (Şahin & Yılmaz, 2010). Vergi avantajları, birleşmelerin olumlu karşılaması ve finansman kolaylığı dışsal büyümenin tercih edilmesinde en büyük sebeplerdir (Ceylan & Korkmaz, 2003). Şirketlerde büyüme ve birleşme birbirleri ile bağlantılı kavramlardır. Birleşme aslında şirketin dışsal büyüme şeklidir ve büyümenin nasıl ve neden gerçekleştiğini gösterir (Değirmenci, 2011).

Şirket ve İşletmelerin birleşme nedenleri bulunmakta olup bu nedenleri yazacak olursak (Binboğa, 2018; Şahin, 2016);

- Pazarda güç artırmak,
- Ürün çeşitlendirme,
- Vergi avantaj ve muafiyeti sağlamak,
- Kaynak kabiliyetini artırmak,
- Piyasa değerinin artırılması,
- Rakiplere karşı avantaj sağlamak,
- Kalifiye yönetim elemanlarına sahip olmak,

3.2. Bir Sağlık Politikası Olarak Afiliasyon

Afiliasyon kelimesi son zamanlarda Tıp Fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan birlikte kullanım protokolü ile gündeme gelmiştir (Anak vd., 2006). Sağlık politikalarından biride 2003 yılında yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (Sağlık Bakanlığı, 2003) ile 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 9 ile Sağlık Bakanlığına ait sağlık tesislerinin üniversiteler ile birlikte kullanımı (afiliasyon) politikası hayata geçirilmiştir (Resmi Gazete, 2010), (3359, 1987).

Afiliye sağlık kavramı, toplumdaki sağlık hizmetinin karşılanması amacıyla odaklanma, kapasite ve hizmet sunumunun ihtiyaçlara göre ayarlanması, hizmet sunumunun entegre ve koordinasyonun sağlanması, hizmet sunan ve sosyal güvenlik kuruluşlarını birleştiren bir sisteme sahip olunması, kalite, müşteri memnuniyeti, maliyet ve çıktı hakkında paydaşların bilgilendirilmesi, sunulan sağlık hizmetinin geliştirilmesi

ile yaşanılacak olan sorunların bertaraf edilmesi amacıyla ekip çalışmasının öncelikli olduğunun bilinmesi olarak tanımlanmaktadır (Shortel vd., 1996).

2008 tarihli Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre afiliasyon, insanların ihtiyaç duyulan zamanda, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetin alınması, istenilen çıktılarının en uygun ücret ve en üst düzeyde fayda ile alınması amacıyla uygulanan yönetim ve organizasyon biçimi olarak da tanımlanmaktadır (WHO, 2008). Batı ülkelerinde hastaneler ile üniversiteler arasında bu şekilde işbirliği yapılmaktadır. Üniversiteler bünyelerinde eğitim ve araştırma amacıyla personel bulundururken öğrencilerin eğitimlerini vakıf, devlet veya özel kurum ya da kuruluşların hastanelerinde yaptırmaktadırlar (Altuntaş, 2007). Amerika Birleşik Devletlerinde de birçok üniversite hastanesi afiliye olup üniversiteler hastane işletmesi ile uğraşmamakta ve asli görevleri olan eğitime ağırlık vermektedirler (Öztürk, 2013). Yabancı menşeli bir kelime olan Afiliasyon, kelime olarak yakın ilişki, üyeliğe kabul edilme, bağlanma, evlat edinme, üyelik anlamlarına gelmekle birlikte terimsel olarak yardımlaşma, iş birliği ve güçlerin birleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle Afiliasyon sağlık kuruluşlarının iş birliği ve güçlerinin birleştirilmesi yöntemi olarak göze çarpmakla birlikte bu birleşme olumlu bağlılık ve birleşme olarak da isimlendirilebilmektedir. Bu olumlu bağlılığı açıklayacak olursak (Aydın, 2011);

- Karşılıklı yardımlaşma,
- Eşit derecede ortaklık ve işbirliği,
- Kaynakların birleştirilmesi,
- Kendi bağımsız yapısını bozmadan üst bir birime bağlanmak.

Bu olumlu bağlılık şekillerine göre afiliasyon, karşılıklı yardımlaşmayı, eşit derece ortaklık ve işbirliği yapılabileceğini, kaynakların birleştirilebileceğini ve kendi bağımsız yapısının bozmadan üst birime bağlanılabileceğini gösteren bir birlikteliği göstermektedir (Bilir, 2018).

Söz konusu işbirliği ve birleşme sağlık kuruluşlarında birleşme, satın alma ortak girişimde bulunma ve birlikte kullanım (afiliasyon) gibi model ve şekillerle sağlanmaktadır. Bu modellerin içinde en yaygın olarak kullanılan afiliasyon uygulamasıdır. Bu uygulama ile sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılması

hedeflenirken nitelikli insan kaynağı sağlanması ve sağlık hizmet sunumunda kalitenin artırılması hedeflenmektedir (Topçu & Özata, 2019). Bir Uygulama Olarak Afiliasyon insan kaynağı yeterliği bulunan kurum ile fiziki mekan yeterliği bulunan kurumun birlikte hizmet sunumu ile eğitim ve araştırma faaliyetlerine katkı sağlamalarıdır (Altuntaş, 2007).

3.3. Afiliasyonun Gerekçeleri, Afiliasyonu Gerektiren Nedenler ve Afiliasyon Türleri

Ülkemiz 83 milyon nüfusu ekonomik ve toplumsal olarak gelişme gösterme eğilimindedir. Bunun yanında sağlık alanında da büyüme ve gelişme nüfusa oranla ilk sırada bulunmaktadır (Bilir & Kaçal, 2018). Tarihsel olarak baktığımızda hükümetler ülkemizdeki nüfus başına hekim sayısını artırmak ve açığı kapatmak için birtakım politikalar izlemişlerdir. Hekim ve diğer sağlık çalışanları kadrolarını güçlendirmek amacıyla gerekli çalışmalar yapılmış, tıp fakültesi kontenjanları artırılmış, yardımcı sağlık personel yetiştirmek için gerekli okullar açılmış, veteriner hekim, diş hekimi ve eczacı yetiştirilmeye başlanılmıştır (Dedeoğlu, 2021).

Tıp eğitimi, mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi olarak ikiye ayrılmakla beraber, mezuniyet öncesi tıp eğitimi 6 yıl olarak en uzun süreli lisans eğitimi olarak karşımıza çıkmaktadır (Bilir & Kaçal, 2018).

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi olan Tıpta uzmanlık eğitimi mevzuata göre Tıp Fakülteleri Hastaneleri yanında Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde verilebilmekte idi. Ancak bu iki başlılık uzmanlık eğitimlerinde hem eğitici hem de kurum kültürü açısından uzun yıllar sorun olmuştur. Bakanlık hastanelerindeki eğitici yetersizliği tıp fakültesi sayılarının artması sonucunda daha belirgin bir hal almıştır. Yetersiz sayıdaki eğiticilerin üniversite kadrolarına geçmeleri bakanlık tarafından verilen uzmanlık eğitimlerini iyice sekteye uğratmıştır. Aslında bir mesleki eğitim olarak Yükseköğretim alanında bulunan Tıpta Uzmanlık eğitimlerinin bakanlık tarafından verilmesi Anayasa ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na ters düşmektedir. Bir taraftan da yeni açılan tıp fakültelerinin hastanelerinin bulunmaması, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde ise öğretim elemanı sayılarının ve unvanlı öğretim üye sayılarının azlığı hem Sağlık Bakanlığı hem de YÖK açısından afiliasyonu zorunlu kılmıştır. Bu şekilde yükseköğretim kurumlarının Öğretim Üyesi kaynağı ile bakanlığın

fiziki ve teknik imkanlarının ve yardımcı sağlık personeli kaynağının eğitim ve sağlık hizmet sunumunda etkin kullanılması hedeflenmiştir (Samastı, 2018).

Literatürde Akademik, İnsan Gücü ve Teknolojik Afiliasyon olarak isimlendirilmiş ve kabul görmüş üç şekilde afiliasyon türü vardır(Aktan, 2012);

Akademik Afiliasyon: Bilgi alışverişi, bilgi paylaşımı ve deneyimin hasta için en iyi şekilde kullanılmasını amaçlayan afiliasyon türüdür.

İnsan Gücü Afiliasyonu: Eğitim amacıyla iş ve insan gücü değişimini amaçlayan afiliasyon türüdür (Anak vd., 2006);

Teknolojik Afiliasyon: Hastaların sağlık kuruluşunda bulunmayan teknolojiden yararlanması amacıyla başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi ile bu hizmete ulaşmasını hedefleyen afiliasyon türüdür.

Hastanelerin afiliye olmalarını gerektirecek faktörler 5 başlıkta toplanmaktadır (Songur & Babacan, 2016):

- Büyüme Faktörü: Yatırım yapılmasına karşı pazarda payının düşmesi,
- Örgütsel Faktörler: Doktorların diğer sağlık kurumlarına geçiş yapmaları, sağlık personeli temininde güçlükler yaşanması,
- Finansal Faktörler: Sağlık kuruluşları açısından önemli ola projelerin finansman kaynağı temin edilememesi nedeniyle gerçekleştirilememesi,
- Klinik Faktörler: Hizmet sunumunda gerekli olan kaynağa erişememek ve bu nedenle hizmet sunum kalitesinin rakiplerine göre geride kalması,
- Operasyonel Faktörler: İş görenlerin sunmuş oldukları hizmetlere karşı aldıkları ücret yetersizliği bu nedenle iş görev devir hızının makul seviyenin üzerinde olması sayılmaktadır.

Ülkemizde ise sağlık kuruluşlarının afiliye olma sebepleri (Ülger vd., 2015):

- Nitelikli insan gücü temini
- Aktüel bilimsel çalışmalar yapılmasını sağlamak
- En az maliyetle kaliteli sağlık sunumu sağlamak
- Personele mesleki gelişim ortamı sağlamak

3.4. Ülkemizde Afiliasyon Ne Zaman Başlamıştır

Afiliasyon 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yürürlüğe konulmak istenilen yapısal değişikliklerden bir tanesi olmakla beraber, ilk olarak 1933 yılındaki reform neticesinde İstanbul Üniversitesinin kurulmasıyla Tıp Fakültesi Beyazıt'a taşınmış, Çapa ve Cerrahpaşa Hastaneleri tamamlanıncaya kadar da belediye ve özel idareye ait sağlık kuruluşlarından faydalanılarak uzun bir süre problemsiz bir şekilde yürütülmüştür (Samastı, 2018).

Sonrasında ile sürecin yasal zemine oturtulması 2010 yılında yapılmış olup, 30.01.2010 tarihinde yayımlanan 27478 sayılı Resmi Gazete bulunan 5947 sayılı kanunun 11. Maddesinde belirtildiği şekilde 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 9 ile gerçekleşmiştir. Bahse konu ek madde de “*Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir...*” denilmiştir (Resmi Gazete, 2010), (3359, 1987). Akabinde 18.02.2011 tarihinde “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı ve Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmış ve yönetmelikte afiliasyon “*Bakanlık sağlık kurum ve kuruluşları ve/veya üniversiteye ait ilgili birimlerin kaynaklarının, sağlık hizmet sunumu, eğitim ve araştırma hizmetleri veya sair ortak gaye ve menfaatlerin gerçekleştirilmesi için Bakanlık ve ilgili üniversite arasında imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması*” şeklinde tanımlanırken (Resmi Gazete, 2011b) günümüze kadar gelen süreçte 2011 yılında çıkarılan yönetmelik sırasıyla 30.05.2014, 16.06.2016, 16.06.2017 tarihlerinde yayımlanan yönetmeliklerle 4 kez değişikliğe uğramış, 04.03.2020 tarihinde yayımlanan yönetmelik ile en son halini almış ve “*Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması*” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2020). Yapılan protokol ile ikinci basamak sağlık kuruluşu olan devlet hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti sunabilen eğitim ve araştırma hastanesine dönüşmüştür (Tuman, 2017).

04.03.2020 tarih ve 31058 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yönetmeliğin Birlikte Kullanıma İlişkin Planlama ve Uygulama Esasları başlıklı 5.inci maddesinde Planlama Esasları aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2020);

Planlama esasları

MADDE 5 – (1) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin ilgili birimlerinin, sağlık hizmeti sunumu ile eğitim, araştırma ve uygulama hizmetlerinin daha etkin ve verimli yürütülebilmesi amacıyla imzalanacak birlikte kullanım protokolleri, aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre planlanır ve uygulanır:

- a) Büyükşehir olmayan illerde eğitim, araştırma ve uygulama hizmetleri, Bakanlık eğitim ve araştırma hastanesi veya üniversite hastanelerinden yalnızca biri tarafından verilebilir.
- b) Büyükşehir olan illerde eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunumu için sağlık tesisi ve üniversitenin ilgili birimleri arasında birlikte kullanım protokolü yapılabilir.
- c) Birlikte kullanım protokolleri, birden fazla üniversite ile de yapılabilir. Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesisleri ile üniversitelerin birlikte kullanım kapsamına alınan hastanelerinin döner sermaye hesapları, birlikte kullanılan birimlerle sınırlı olmak üzere birleştirilir.
- ç) Birlikte kullanılacak sağlık tesislerine ait özellikli planlama gerektiren sağlık hizmet birimleri ve planlamaya tabi tıbbi ekipman yatırımlarında, tıp fakültesi, dış hekimliği fakültesi ya da tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık öğrencilerinin eğitimleri ile ilgili standartları gereği rektörlüğün görüşleri alınır ve Bakanlıkça belirlenmiş olan sağlık planlamaları çerçevesinde işlem tesis edilir.

3.5. Afiliasyon Modelleri

Dünyadaki sağlık hizmet sunucuları ve bazı örgütsel yapılarda sağlık hizmet sunumu, araştırma ve eğitim gibi hizmet kolları üniversiteler ile sağlık hizmet sunucularının (Sağlık Bakanlığı Hastaneleri) birlikte kullanıma geçmelerinde etkili olmaktadır (Ovseiko vd., 2010). Bu birlikte kullanım farklı birçok modeli meydana getirmiştir. Bu model farklılıkları ise sağlık hizmeti sunumu pazar payına, tarihi ve kültürel farklılıklar ile yöneticilerin zaman zaman verdikleri değişen kararlara göre değişmektedir (Pardes & Pincus, 2010). Yapılan alanyazı taramasında 6 farklı boyutta afiliasyon modellerinin ele alındığı görülmektedir. Bu modeller (Lyngsø vd., 2016):

1. **Fonksiyonel Entegrasyon:** Bilgi, finansal, kalite ve insan kaynakları yönetimleri gibi önemli işlev ve görevleri bütün birimleri içine alacak şekilde yöneten modeldir,
2. **Örgütsel Entegrasyon:** Hizmetlerin sağlık kurumları tarafından kim tarafından ve hangi ölçüde verileceğini belirten,
3. **Profesyonel Entegrasyon:** Afiliasyondaki kurumların örgüt içi ve örgütler arası ilişkilerinin düzenlendiği,
4. **Hizmet ya da Klinik Entegrasyon:** Sağlık sunucularının hasta bakım ve hizmetlerinin koordinesine yönelik,

5. **Sistemik Entegrasyon:** Kurumlarda teşvikler, kurallar ve politikaların uyum içinde yürütüldüğü,
6. **Normatif Entegrasyon:** Kurumlarda örgütsel kültür ve değerler ile vizyon ve misyonun paylaşıldığı modellerdir.

3.6. Ülkemizdeki Birlikte Kullanım Protokolü İmzalayan Üniversiteler

2010 yılında yapılan yasal düzenleme ve 2011 yılında çıkarılan yönetmelik ile ilk olarak Sakarya Üniversitesi ile başlayan afiliasyon süreci Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Giresun Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Ordu Üniversitesi ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile devam etmiştir (Yürümez vd., 2018). 2015 yılında ise Sağlık Bilimleri Üniversitesinin (SBÜ) kurulmasına müteakip eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen tıpta uzmanlık eğitimi üniversite çatısı altında toplanmıştır (Bilir & Kaçal, 2018). Günümüzde toplamda 31 il’de bakanlık ile protokol imzalamış 34 adet üniversite bulunmaktadır.

3.7. Afiliasyon ve Bireysel Sözleşmelere (Tıp Hizmet Sözleşmesi) Yapılan Eleştiriler

Her iki kurum (Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler) gerekli yapılanmayı tamamlamadan birlikte kullanıma geçtiklerinden, bu uygulama memnuniyetsizliğin yanında ele geçirme ve hükmetme olarak algılanmıştır (Ülger vd., 2015).

2011, 2014 ve 2016 yıllarında yayımlanan yönetmeliklere göre Birlikte Kullanım Protokolü Bakanlık ve YÖK’ün görüşleri alınarak Vali ve Rektör arasında imzalanırken (Resmi Gazete, 2011a), (Resmi Gazete, 2014b), (Resmi Gazete, 2016) 2017 yılında yayımlanan yönetmelikte aynı şekilde görüşler alınarak Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı ve Rektör imzalar demektedir (Resmi Gazete, 2017), bu protokol neticesinde Tıp Fakültesinde görevli akademisyenler otomatik olarak Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalamış sayılmaktaydı. 2020 yılında yayımlanmış olan yönetmeliğe göre protokol, YÖK’ün uygun görüşü alınarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürü ve Rektör arasında imzalanır demekte ve imzalanan protokole göre Tıp Fakültelerinde görevli Klinisyen Akademisyenler bireysel sözleşme (Tıp Hizmet Sözleşmesi) imzalama şartı getirilmiştir.

İmzalanan bu bireysel sözleşmeler klinisyen akademisyenlere performans hedefleri belirtilerek ek sorumluluklarda yüklemiştir (Resmi Gazete, 2020), (Resmi Gazete, 2022).

İmzalanan tip hizmet sözleşmesi ile klinisyen akademisyenler sağlık hizmet sunumu niteliği, belirlenecek performans hedef göstergeleri ve süreleri, eğitim, bilimsel çalışmalar ile çalışma koşulları bakımından başhekimliğe bağlanmaktadır. Bu hususta Anayasanın 130. Maddesi gereği öğretim elemanlarının özlük hakkı ile sorumluluklarının kanunla düzenleneceği kuralına aykırıdır (İstanbul Tabipler Odası, 2021).

Yönetmelikte öğretim elemanları ile dekanın görüşü alınarak sağlık tesisi yönetimi tarafından bireysel ayrı ayrı tip hizmet sözleşmesi imzalanabileceği, sözleşmesi feshedilen veya yenilenmeyenleri sağlık tesisinde görev yapamayacağı belirtilmekte beraber sözleşme yapma-yapmama ile fesih şartlarının neler olduğu ve nasıl belirleneceğine dair herhangi bir hüküm bulunmamaktadır.

3.8. Afiliasyonun Kazanım ve Olumsuz Yönleri

Sağlık sisteminde işbirliği olarak isimlendirilen afiliasyon kurumlara bir takım kazanımlar sağlamaktadır. Afiliasyonun kurumlara sağlık hizmet sunumunda performans verimliliği sağladığı görülmüştür. Hastanelerin yapılanmaları bu süreçte yeniden gerçekleştirilmiş olup, daha fazla kaynak sağlamak ve maliyet faydalarını meydana getirmek önemlidir (Çinibulak, 2020).

Afiliasyonun yaygınlaştırılması sağlık hizmet sunumunu artırmakla beraber bilimsel ve akademik çalışmalar ile eğitim uygulamalarına daha fazla imkan sağlayacaktır. Bunun yanında ülkemizde açılan yeni tıp fakültelerinin uygulama ve araştırma hastane ihtiyaçlarını karşılaması bakımından da uygulanabilir bir politika olmakta ayrıca kurumların yapı ve sağlık hizmet sunumunda insan gücü niteliğini artırmaktadır (Taşkaya, 2019).

Sağlık Uygulama Tebliğine göre afiliye hastanelerdeki sağlık hizmeti sunumlarının ücretlendirilmesi, eğitim ve araştırma hastanelerine nazaran %20-25, bakanlık yerel devlet hastanelerine nazaran ise neredeyse % 100 oranda yüksektir (Songur & Babacan, 2016). Buradan hareketle afiliasyonun sağlık sunumu geliri üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Ağırbaş, 2020).

Oluřan kazanımlar yanında olumsuz yönleri de bulunan afiliasyonun olumsuz yönleri de şunlardır (Karahana, 2016);

- Yönetmelikteki görev tanım eksiklikleri,
- Bir araya gelen kurumlardaki yöneticilerin yetki çatışmaları
- Kurum personelleri arasında çıkan sorunlar ve iletişimsizlik,
- Döner sermayeden yapılan ek ödeme tutarlarındaki eşitsizlik.

4. BÖLÜM: BULGULAR

4.1.Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellik Bulguları

Yapılan çalışma ile bu bölümde Klinisyen Akademisyenlerin sosyo-demografik özelliklerini tanımlayıcı bulgular verilmiştir.

Tablo 2.*Klinisyen Akademisyenleri Tanımlayıcı Sosyo-Demografik Bilgiler*

Özellikler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	21 (22.6)
Erkek	72 (77.4)
Unvan	
Prof.	14 (15.1)
Doçent	18 (19.4)
Dr. Öğr. Üyesi	61 (65.6)
Çalışma Süresi	
1-10 Yıl	39 (41.9)
11-20 Yıl	27 (29.0)
21 yıl ve üzeri	27 (29.0)
Kurum	
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi	28 (30.1)
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi	65 (69.9)
Bu Kurumda Çalışma Süresi	
1-5 Yıl Arası	59 (63.4)
6 Yıl ve Üzeri	34 (36.6)

Tablo 2’de belirtildiği üzere çalışmaya katılan klinisyen akademisyenlerin; çalıştıkları tıp fakültelerine göre dağılımları incelendiğinde 65 (%69,9)’inin Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 28 (%30,1)’inin ise Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptıkları, cinsiyet bakımından incelendiğinde ise 72 (%77,4)’sinin Erkek, 21 (%22,6)’inin de kadın olduğu, unvanları bakımından incelendiğinde 14 (%15,1)’inin Profesör, 18 (%19,4)’inin Doçent, 61 (%65,6)’inin de Doktor Öğretim Üyesi, bu kurumda çalışma süreleri incelendiğinde 59 (%63,4)’unun çalışma süresinin 1-5 yıl arası, 34 (%36,6)’ünün çalışma süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu, toplam çalışma süreleri bakımından yapılan incelemede ise 39 (%41,9)’unun 1-10 yıl arası, 27 (%29,0)’sinin 11-20 yıl arası, 27 (%29,0)’sinin de 21 yıl ve üzeri çalışma süresinin olduğu görülmektedir.

4.2.Afiliasyon Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bilgiler

Bu bölümde çalışmada kullanılan “Afiliasyon Tutum Ölçeği” üzerinden tespit edilen tanımlayıcı bulgular verilmiştir.

Tablo 3.*Afiliasyon Tutum Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları*

Afiliasyon Tutum Ölçeği	Ortalama ($\bar{x}$) ± Standart Sapma
1. Afiliasyon uygulaması ücret eşitsizliğine sebep oluyor	4.04 ± 1.02
2. Afiliasyon uygulaması motivasyonu olumsuz yönde etkiliyor	3.99 ± 1.04
3. Afiliasyon uygulaması çalışanların verimliliğini düşürüyor	3.74 ± 1.13
4. Afiliasyon uygulaması hastane yönetiminde çift başlılığa sebep oluyor	3.85 ± 1.08
5. Afiliasyon uygulaması çalışanlarda ayrımcılığa sebep oluyor	3.47 ± 1.17
6. Afiliasyon uygulaması çalışanlar için çifte sorumluluğun ortaya çıkmasına sebep oluyor	4.04 ± 1.14
7. Afiliasyon uygulaması örgüt içerisinde çatışmaya neden oluyor	3.99 ± 1.17
8. Afiliasyon. iş yükünde artışa neden oluyor	3.91 ± 1.12
9. Afiliasyon uygulaması bürokrasiyi artırıyor	4.24 ± 0.99
10. Afiliasyon uygulaması ile birlikte çalışanların ekonomik durumlarında iyileşme sağlanıyor**	3.10 ± 1.19
11. Afiliasyon iletişim sorununa neden oluyor	4.05 ± 1.18
12. Afiliasyon iş paylaşımında belirsizliğe yol açıyor	3.81 ± 1.25
13. Afiliasyon uygulaması iş huzurunda bozulmaya neden oluyor	3.83 ± 1.27
14. Afiliasyon uygulaması iş adaletsizliğine neden oluyor	3.80 ± 1.26
15. Afiliasyon uygulaması işlerin aksamasına neden oluyor	4.35 ± 0.86
16. Afiliasyon uygulaması çalışanların kendilerini geliştirmesine olanak sağlıyor**	3.71 ± 1.20
17. Afiliasyon uygulaması iş yavaşlatma sorununun ortaya çıkmasına neden oluyor	2.98 ± 1.11
18. Afiliasyon uygulaması kaynakların kullanımında israfa neden oluyor	3.95 ± 0.95
19. Afiliasyon uygulaması kurumsal etkinliği artırıyor**	3.87 ± 0.98
20. Afiliasyon uygulaması eğitim kalitesinin düşmesine neden oluyor	3.65 ± 1.20
21. Afiliasyon öğrenciler için alt yapı eksikliğine yol açıyor	3.27 ± 1.11
22. Afiliasyon uygulaması eğitimin aksamasına neden oluyor	3.87 ± 1.04
23. Afiliasyon ile hastalara yönelik bakımın kalitesi artıyor**	4.06 ± 1.13
24. Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını artırıyor**	4.12 ± 0.95
25. Afiliasyon uygulaması ile öğretim üyesi istihdamı sağlanıyor**	3.92 ± 1.05
GENEL	3.82±0.780

** Ters Kodlanan Sorular

Tablo3’de klinisyen akademisyenlerin “Afiliasyon Tutum Ölçeği”ne vermiş oldukları cevapların analizinde; sırayla “*Afiliasyon uygulaması işlerin aksamasına neden oluyor*” sorusuna ($\bar{x}$ = 4,35), “*Afiliasyon uygulaması bürokrasiyi artırıyor*” sorusuna ($\bar{x}$ = 4,24), “*Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını artırıyor*” sorusuna ($\bar{x}$ =

4,12) verilen cevaplar ortalama olarak en yüksek iken, “Afiliasyon uygulaması iş yavaşlatma sorununun ortaya çıkmasına neden oluyor” sorusuna ($\bar{x}= 2,98$), “Afiliasyon uygulaması ile birlikte çalışanların ekonomik durumlarında iyileşme sağlanıyor” sorusuna ($\bar{x}= 3,10$), “Afiliasyon öğrenciler için alt yapı eksikliğine yol açıyor” sorusuna ise ($\bar{x}= 3,27$) verilen cevaplar ortalama olarak en düşük olarak görülmektedir. Ölçek sorularına verilen cevapları genel ortalaması ise ($\bar{x}= 3,82$) olarak hesaplanmıştır.

4.3. Güvenilirlik Analizi ve Toplam Puan Ortalamaları

Tablo 4. Afiliasyon Tutum Ölçeği Olumlu, Olumsuz Yönler Ve Eğitime Etkisi Alt Boyutu Güvenilirlik Analizi Ve Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort±SS	Min-Maks	Cronbach's Alpha
Olumsuz	61.92 ± 14.85	16 - 80	0.967
Olumlu	21.58 ± 4.44	11 - 30	0.781
Eğitim	12.11 ± 2.74	5 - 15	0.847
Afiliasyon Ölçeği Toplam Puan	95.61 ± 19.51	40 - 125	0.957

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma; Min- Maks: Minimum- Maksimum

Tablo 4’te görüldüğü gibi afiliasyon tutum ölçeğindeki olumsuz yönler alt boyutuna vermiş oldukları cevaplar arasındaki tutarlılığın analizinde; 0,967 Cronbach’s Alpha katsayısı ile tutarlı olduğu, olumlu yönler alt boyutuna vermiş oldukları cevaplar arasındaki tutarlılığın analizinde; 0,781 Cronbach’s Alpha katsayısı ile tutarlı olduğu, eğitime etkisi alt boyutuna vermiş oldukları cevaplar arasındaki tutarlılığın analizinde; 0,847 Cronbach’s Alpha katsayısı ile tutarlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Sosyo-demografik verilerin Olumsuz, Olumlu Yönler ve Eğitime Etkisi ile karşılaştırılması

Özellikler		Olumsuz	Olumlu	Eğitim	Ölçek Toplam Puan
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın	21	63.14 ± 14.77	22.57 ± 4.63	12.38 ± 3.06	98.1 ± 20.82
Erkek	72	61.57 ± 14.96	21.29 ± 4.37	12.03 ± 2.66	94.89 ± 19.2
t; p		0.425 ; 0.672^{ns}	1.165 ; 0.247^{ns}	0.517 ; 0.607^{ns}	0.661 ; 0.510^{ns}
Unvan					
Prof.	14	60.50 ± 19.9	21.14 ± 6.48	12.43 ± 3.39	94.07 ± 24.44
Doçent	18	66.56 ± 12.81	21.83 ± 3.87	12.00 ± 2.50	100.39 ± 17.71
Dr. Öğr. Üyesi	61	60.89 ± 14.07	21.61 ± 4.10	12.07 ± 2.69	94.56 ± 18.88
F; p		1.091 ; 0.340^{ns}	0.096 ; 0.908^{ns}	0.114 ; 0.892^{ns}	0.668 ; 0.515^{ns}
Mesleki Çalışma Süresi					

1-10 Yıl	39	60.15 ± 15.4	22.41 ± 4.36	11.9 ± 2.95	94.46 ± 21.33
11-20 Yıl	27	60.44 ± 13.23	20.52 ± 3.69	12.07 ± 2.22	93.04 ± 16.81
21 yıl ve üzeri	27	65.96 ± 15.34	21.44 ± 5.10	12.44 ± 2.98	99.85 ± 19.27
F; p		1.422 ; 0.247^{ns}	1.482 ; 0.233^{ns}	0.315 ; 0.731^{ns}	0.940 ; 0.395^{ns}
Çalışılan Kurum					
Niğde Ömer	28	55.82 ± 15.54	19.68 ± 4.35	11.43 ± 2.90	86.93 ± 20.84
Halisdemir Ü. TP					
Kırşehir Ahi Evran	65	64.55 ± 13.85	22.40 ± 4.25	12.4 ± 2.64	99.35 ± 17.79
Ü. TP					
t; p		-2.687 ; 0.009**	-2.812 ; 0.006**	-1.579 ; 0.118^{ns}	-2.932 ; 0.004**
Tıp Fakültesinde Çalışma Süresi					
1-5 Yıl Arası	59	60.83 ± 15.33	22 ± 4.46	12.07 ± 2.83	94.9 ± 20.53
6 Yıl ve Üzeri	34	63.82 ± 14	20.85 ± 4.37	12.18 ± 2.62	96.85 ± 17.83
t; p		-0.935 ; 0.352^{ns}	1.203 ; 0.232^{ns}	-0.183 ; 0.855^{ns}	-0.463 ; 0.644^{ns}

^{ns}: p>0.05; **p<0.01; t: Student-t Testi; F: Oneway ANOVA

Tablo 5’te görüldüğü üzere Afiliasyon Tutum Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları olan olumsuz yön, olumlu yön ve eğitime etki puanlarının istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Oneway Anova testi sonucuna göre unvan ve mesleki çalışma süresi ile olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etki ve ölçek toplam puanlarının istatistiki açıdan farklılığının olmadığı (p>0.05); cinsiyet ile çalışılan kurum ve tıp fakültesinde çalışma süresi göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek üzere yapılan t testi sonucuna göre olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının istatistiki açıdan farklılığının olmadığı (p>0.05); çalışılan tıp fakültesinin “Afiliasyon Tutum Ölçeği”nin eğitime etki alt boyutu ile istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0.05); Afiliasyon Tutum Ölçeği ve ölçeğin olumsuz yön alt boyutu ve olumlu yön alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık olduğu (p<0.01) tespit edilmiştir.

4.4.Çalışmaya Katılanların Afiliasyona Yönelik Memnuniyet Bulguları Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması

4.4.1. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması

Yapılan çalışmanın bu kısmında klinisyen akademisyenlerin cinsiyet, unvan, çalıştıkları tıp fakültesi, tıp fakültesinde çalışma süreleri ve mesleki çalışma süreleri

bakımından yapılan analiz sonucunda elde edilen afiliasyona ait memnuniyet bulguları verilmiştir.

Tablo 6. *Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Kadın	Sayı (n)	9	7	4	1	0	21
	Yüzde (%)	42.9%	33.3%	19.0%	4.8%	0.0%	100.0%
Erkek	Sayı (n)	28	23	15	4	2	72
	Yüzde (%)	38.9%	31.9%	20.8%	5.6%	2.8%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	37	30	19	5	2	93
	Yüzde (%)	39.8%	32.3%	20.4%	5.4%	2.2%	100.0%
χ^2 ; SD; p		0.542 ; 4 ; 1.000 ^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 6’da görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin cinsiyetlerine göre afiliasyon uygulaması memnuniyet durumları incelendiğinde; kadın klinisyen akademisyenler bu soruya 9 (%42,9) hiç memnun değilim, 7 (%33,3) memnun değilim, 4 (%19,0) kısmen memnunum, 1 (%4,8) memnunum şeklinde cevap verirken, erkek klinisyen akademisyenler ise 28 (%38,9) hiç memnun değilim, 23 (%31,9) memnun değilim, 15 (%20,8) kısmen memnunum, 4 (% 5,6) memnunum, 2 (%2,8) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Memnuniyet düzeylerinin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmüştür.

Tablo 7. *Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Prof.	Sayı (n)	8	4	1	1	0	14
	Yüzde (%)	57.1%	28.6%	7.1%	7.1%	0.0%	100.0%
Doçent	Sayı (n)	9	5	3	1	0	18
	Yüzde (%)	50.0%	27.8%	16.7%	5.6%	0.0%	100.0%
Dr. Öğr. Üyesi	Sayı (n)	20	21	15	3	2	61
	Yüzde (%)	32.8%	34.4%	24.6%	4.9%	3.3%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	37	30	19	5	2	93
	Yüzde (%)	39.8%	32.3%	20.4%	5.4%	2.2%	100.0%
χ^2; SD; p		5.367; 8 ; 0.699^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 7’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin unvanlarına göre afiliasyon uygulaması memnuniyet durumları incelendiğinde; Profesör unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 8 (%57,1) hiç memnun değilim, 4 (%28,6) memnun değilim, 1 (%7,1) kısmen memnunum, 1 (%7,1) memnunum cevabını verdikleri, doçent unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 9 (%50,0) hiç memnun değilim, 5 (%27,8) memnun değilim, 3 (%16,7) kısmen memnunum, 1 (%5,6) memnunum şeklinde cevap vermiş, doktor öğretim üyesi unvanlı klinisyen akademisyenler ise bu soruya 20 (%32,8) hiç memnun değilim, 21 (% 34,4) memnun değilim, 15 (%24,6) kısmen memnunum, 3 (%4,9) memnunum, 2 (%3,3) çok memnunum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir.

Memnuniyet düzeylerinin unvan açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmüştür.

Tablo 8. *Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Niğde Ömer Halisdemir Ü. TP	Sayı (n)	9	5	9	3	2	28
	Yüzde (%)	32.1%	17.9%	32.1%	10.7%	7.1%	100.0%
Kırşehir Ahi Evran Ü. TP	Sayı (n)	28	25	10	2	0	65
	Yüzde (%)	43.1%	38.5%	15.4%	3.1%	0.0%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	37	30	19	5	2	93
	Yüzde (%)	39.8%	32.3%	20.4%	5.4%	2.2%	100.0%
χ^2 ; SD; p				11.643; 4 ;0.011*			
χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; p<0.05							

Tablo 8’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin çalıştıkları tıp fakültesine göre afiliasyon uygulaması memnuniyet durumları incelendiğinde; Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler bu soruya 9 (%32,1) hiç memnun değilim, 5 (%17,9) memnun değilim, 9 (%32,1) kısmen memnunum, 3 (%10,7) memnunum, 2 (%7,1) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişler, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler ise bu soruya 28 (%43,1) hiç memnun değilim, 25 (%38,5) memnun değilim, 10 (%15,4) kısmen memnunum, 2 (%3,1) memnunum şeklinde cevaplar verdikleri görülmüştür.

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan klinisyen akademisyenlerin çok memnunum diyenlerin oranının diğer üniversite ve diğer memnuniyet düzeylerine verilen cevaptan daha düşük olması istatistiki olarak anlamlı olduğu (p<0.05) belirlenmiştir.

Tablo 9. *Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-5 Yıl Arası	Sayı (n)	20	21	12	4	2	59

	Yüzde (%)	33.9%	35.6%	20.3%	6.8%	3.4%	100.0%
6 Yıl ve Üzeri	Sayı (n)	17	9	7	1	0	34
	Yüzde (%)	50.0%	26.5%	20.6%	2.9%	0.0%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	37	30	19	5	2	93
	Yüzde (%)	39.8%	32.3%	20.4%	5.4%	2.2%	100.0%
χ^2; SD; p		3.167; 4 ; 0.552^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 9’da görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin tıp fakültelerinde çalışma sürelerine göre afiliasyon uygulaması memnuniyet durumları incelendiğinde; 1-5 yıl arası çalışan klinisyen akademisyenler 20 (% 33,9) hiç memnun değilim, 21 (%35,6) memnun değilim, 12 (%20,3) kısmen memnunum, 4 (%6,8) memnunum, 2 (%3,4) çok memnunum şeklinde cevap verirken, 6 yıl ve üzeri arası çalışan klinisyen akademisyenler 17 (% 50,0) hiç memnun değilim, 9 (%26,5) memnun değilim, 7 (%20,6) kısmen memnunum, 1 (%2,9) memnunum şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Memnuniyet düzeylerinin tıp fakültesinde çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmüştür.

Tablo 10. *Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-10 Yıl	Sayı (n)	12	14	9	3	1	39
	Yüzde (%)	30.8%	35.9%	23.1%	7.7%	2.6%	100.0%
11-20 Yıl	Sayı (n)	9	10	6	1	1	27
	Yüzde (%)	33.3%	37.0%	22.2%	3.7%	3.7%	100.0%
21 yıl ve üzeri	Sayı (n)	16	6	4	1	0	27
	Yüzde (%)	59.3%	22.2%	14.8%	3.7%	0.0%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	37	30	19	5	2	93
	Yüzde (%)	39.8%	32.3%	20.4%	5.4%	2.2%	100.0%
χ^2; SD; p		6.911; 8 ; 0.527^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 10’da görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin mesleki çalışma sürelerine göre afiliasyon uygulaması memnuniyet durumları incelendiğinde; 1-10 yıl arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 12 (%30,8) hiç

memnun değilim, 14 (%35,9) memnun değilim, 9 (%23,1) kısmen memnunum, 3 (%7,7) memnunum, 1 (%2,6) çok memnunum şeklinde cevap vermiş, 11-20 arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 9 (%33,3) hiç memnun değilim, 10 (%37,0) memnun değilim, 6 (%22,2) kısmen memnunum, 1 (%3,7) memnunum, 1 (%3,7) çok memnunum şeklinde cevaplamış, 21 yıl ve üzeri arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenlerin ise bu soruya 16 (%59,3) hiç memnun değilim, 6 (%22,2) memnun değilim, 4 (%14,8) kısmen memnunum, 1 (%3,7) memnunum şeklinde cevapladıkları görülmüştür.

Memnuniyet düzeylerinin mesleki çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 11. *Klinisyen Akademisyenlerin Genel Olarak Afiliasyon Memnuniyet Bulguları*

Özellikler	n (%)
Afiliasyon uygulaması sisteminden memnun musunuz	
Hiç Memnun Değilim	37 (39.8)
Memnun Değilim	30 (32.3)
Kısmen Memnunum	19 (20.4)
Memnunum	5 (5.4)
Çok memnunum	2 (2.2)
Afiliasyon uygulamasını destekliyorum ve faydalı buluyorum.	
Hiç Memnun Değilim	35 (37.6)
Memnun Değilim	29 (31.2)
Kısmen Memnunum	22 (23.7)
Memnunum	4 (4.3)
Çok memnunum	3 (3.2)
Afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum ve uygulamanın kaldırılması gerektiğini düşünüyorum	
Hiç Memnun Değilim	6 (6.5)
Memnun Değilim	9 (9.7)
Kısmen Memnunum	23 (24.7)
Memnunum	24 (25.8)
Çok memnunum	31 (33.3)

Tablo11’de görüldüğü üzere çalışmaya katılan klinisyen akademisyenlerin; **Afiliasyon Uygulaması Sisteminden Memnun Musunuz** sorusuna 37 (%39,8)’sinin hiç memnun değilim, 30 (%32,3)’unun memnun değilim, 19 (%20,4)’unun kısmen

memnunum, 5 (%5.4)'inin memnunum, 2 (%2.2)'sinin de çok memnunum, **Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum** sorusuna 35 (%37,6)'inin hiç memnun değilim, 29 (%31.2)'unun memnun değilim, 22 (%23.7)'sinin kısmen memnunum, 4 (%4.3)'ünün memnunum, 3 (%3.2)'ünün de çok memnunum, **Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum** sorusuna 6 (%6,5)'sının hiç memnun değilim, 9 (%9,7)'unun memnun değilim, 23 (%24.7)'ünün kısmen memnunum, 24 (%25,8)'ünün memnunum, 31 (%33,3)'inin de çok memnunum cevaplarını verdiği görülmektedir.

4.4.2. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açidan Karşılaştırılması

Tablo 12. *Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Kadın	Sayı (n)	8	7	5	0	1	21
	Yüzde (%)	38.1%	33.3%	23.8%	0.0%	4.8%	100.0%
Erkek	Sayı (n)	27	22	17	4	2	72
	Yüzde (%)	37.5%	30.6%	23.6%	5.6%	2.8%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	35	29	22	4	3	93
	Yüzde (%)	37.6%	31.2%	23.7%	4.3%	3.2%	100.0%
χ^2; SD; p		1.353; 4 ; 0.901^{ns}					

χ^2 : Fisher's Exact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 12’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin cinsiyetlerine göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; kadın klinisyen akademisyenler bu soruya 8 (%38,1) hiç memnun değilim, 7 (%33,3) memnun değilim, 5 (%23,8) kısmen memnunum, 1 (%4,8) çok memnunum şeklinde cevap verirken, erkek klinisyen akademisyenler ise 28 (%37,5) hiç memnun değilim, 22 (%30,6) memnun değilim, 17 (%23,6) kısmen memnunum, 4 (% 5,6) memnunum, 2 (%2,8) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları düzeylerinin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 13. *Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Prof.	Sayı (n)	7	3	2	1	1	14
	Yüzde (%)	50.0%	21.4%	14.3%	7.1%	7.1%	100.0%
Doçent	Sayı (n)	8	4	5	1	0	18
	Yüzde (%)	44.4%	22.2%	27.8%	5.6%	0.0%	100.0%
Dr. Öğr. Üyesi	Sayı (n)	20	22	15	2	2	61
	Yüzde (%)	32.8%	36.1%	24.6%	3.3%	3.3%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	35	29	22	4	3	93
	Yüzde (%)	37.6%	31.2%	23.7%	4.3%	3.2%	100.0%
χ^2 ; SD; p		5.656; 8 ; 0.653^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo13’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin unvanlarına göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; Profesör unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 7 (%50,0) hiç memnun değilim, 3 (%21,4) memnun değilim, 2 (%14,3) kısmen memnunum, 1 (%7,1) memnunum, 1 (%7,1) çok memnunum cevabını verdikleri, doçent unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 8 (%44,4) hiç memnun değilim, 4 (%22,2) memnun değilim, 5 (%27,8) kısmen memnunum, 1 (%5,6) memnunum şeklinde cevap vermiş, doktor öğretim üyesi unvanlı klinisyen akademisyenler ise bu soruya 20 (%32,8) hiç memnun değilim, 22 (% 36,1) memnun değilim, 15 (%24,6) kısmen memnunum, 2 (%3,3) memnunum, 2 (%3,3) çok memnunum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir.

Afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları düzeylerinin unvan açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 14. *Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Niğde Ömer Halisdemir Ü. TP	Sayı (n)	8	7	9	2	2	28
	Yüzde (%)	28.6%	25.0%	32.1%	7.1%	7.1%	100.0%
Kırşehir Ahi Evran Ü. TP	Sayı (n)	27	22	13	2	1	65
	Yüzde (%)	41.5%	33.8%	20.0%	3.1%	1.5%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	35	29	22	4	3	93
	Yüzde (%)	37.6%	31.2%	23.7%	4.3%	3.2%	100.0%
χ^2; SD; p		5.403; 4 ; 0.211^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 13’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin çalıştıkları tıp fakültesine göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler bu soruya 8 (%28,6) hiç memnun değilim, 7 (%25,0) memnun değilim, 9 (%32,1) kısmen memnunum, 2 (%7,1) memnunum, 2 (%7,1) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişler, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler ise bu soruya 27 (%41,5) hiç memnun değilim, 22 (%33,8) memnun değilim, 13 (%20,0) kısmen memnunum, 2 (%3,1) memnunum, 1 (%1,5) çok memnunum şeklinde cevaplar verdikleri görülmüştür.

Afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları düzeylerinin çalıştıkları tıp fakültesi açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmüştür.

Tablo 15. *Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-5 Yıl Arası	Sayı (n)	19	19	14	4	3	59
	Yüzde (%)	32.2%	32.2%	23.7%	6.8%	5.1%	100.0%

6 Yıl ve Üzeri	Sayı (n)	16	10	8	0	0	34
	Yüzde (%)	47.1%	29.4%	23.5%	0.0%	0.0%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	35	29	22	4	3	93
	Yüzde (%)	37.6%	31.2%	23.7%	4.3%	3.2%	100.0%
χ^2; SD; p		4.509; 4 ; 0.313^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 15’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin tıp fakültelerinde çalışma sürelerine göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; 1-5 yıl arası çalışan klinisyen akademisyenler 19 (% 32,2) hiç memnun değilim, 19 (%32,2) memnun değilim, 14 (%23,7) kısmen memnunum, 4 (%6,8) memnunum, 3 (%5,1) çok memnunum şeklinde cevap verirken, 6 yıl ve üzeri arası çalışan klinisyen akademisyenler 16 (% 47,1) hiç memnun değilim, 10 (%29,4) memnun değilim, 8 (%20,6) kısmen memnunum, şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları düzeylerinin tıp fakültelerinde çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmüştür.

Tablo 16. *Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Destekliyorum ve Faydalı Buluyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-10 Yıl	Sayı (n)	11	15	10	2	1	39
	Yüzde (%)	28.2%	38.5%	25.6%	5.1%	2.6%	100.0%
11-20 Yıl	Sayı (n)	9	10	6	1	1	27
	Yüzde (%)	33.3%	37.0%	22.2%	3.7%	3.7%	100.0%
21 yıl ve üzeri	Sayı (n)	15	4	6	1	1	27
	Yüzde (%)	55.6%	14.8%	22.2%	3.7%	3.7%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	35	29	22	4	3	93
	Yüzde (%)	37.6%	31.2%	23.7%	4.3%	3.2%	100.0%
χ^2; SD; p		7.691; 8 ; 0.429^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: p>0.05

Tablo 16’da görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin mesleki çalışma sürelerine göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; 1-10 yıl arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 11 (%28,2) hiç memnun değilim, 15 (%38,5) memnun değilim, 10 (%25,6) kısmen memnunum, 2 (%5,1) memnunum, 1 (%2,6) çok memnunum şeklinde cevap vermiş, 11-20 arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 9 (%33,3) hiç memnun değilim, 10 (%37,0) memnun değilim, 6 (%22,2) kısmen memnunum, 1 (%3,7) memnunum, 1 (%3,7) çok memnunum şeklinde cevaplamış, 21 yıl ve üzeri arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenlerin ise bu soruya 15 (%55,6) hiç memnun değilim, 4 (%14,8) memnun değilim, 6 (%22,2) kısmen memnunum, 1 (%3,7) memnunum, 1 (%3,7) çok memnunum şeklinde cevapladıkları görülmüştür.

Afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları düzeylerinin mesleki çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

4.4.3. Çalışmaya Katılanların “Afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum ve uygulamanın kaldırılması gerektiğini düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevaplara ait Bulgularının Sosyo-Demografik Açıdan Karşılaştırılması

Tablo 17. Klinisyen Akademisyenlerin Cinsiyetlerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Kadın	Sayı (n)	1	1	5	7	7	21
	Yüzde (%)	4.8%	4.8%	23.8%	33.3%	33.3%	100.0%
Erkek	Sayı (n)	5	8	18	17	24	72
	Yüzde (%)	6.9%	11.1%	25.0%	23.6%	33.3%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	6	9	23	24	31	93
	Yüzde (%)	6.5%	9.7%	24.7%	25.8%	33.3%	100.0%
χ^2 ; SD; p		1.240; 4 ; 0.911 ^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo 17’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin cinsiyetlerine göre Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünmeleri durumu incelendiğinde; kadın klinisyen akademisyenler bu soruya 1 (%4,8) hiç memnun değilim, 1 (%4,8) memnun değilim, 5 (%23,8) kısmen memnunum, 7 (%33,3) memnunum, 7 (%33,3) çok memnunum şeklinde cevap verirken, erkek klinisyen akademisyenler ise 5 (%6,9) hiç memnun değilim, 8 (%11,1) memnun değilim, 18 (%25,0) kısmen memnunum, 17 (%23,6) memnunum, 24 (%33,3) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünmeleri düzeylerinin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 18. *Klinisyen Akademisyenlerin Unvana Göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Prof.	Sayı (n)	1	2	2	1	8	14
	Yüzde (%)	7.1%	14.3%	14.3%	7.1%	57.1%	100.0%
Doçent	Sayı (n)	1	2	4	4	7	18
	Yüzde (%)	5.6%	11.1%	22.2%	22.2%	38.9%	100.0%
Dr. Öğr. Üyesi	Sayı (n)	4	5	17	19	16	61
	Yüzde (%)	6.6%	8.2%	27.9%	31.1%	26.2%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	6	9	23	24	31	93
	Yüzde (%)	6.5%	9.7%	24.7%	25.8%	33.3%	100.0%
χ^2 ; SD; p		7.869; 8 ; 0.407^{ns}					

χ^2 : Fisher's Exact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo 18’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin unvanlarına göre Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünmeleri durumu incelendiğinde; Profesör unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 1 (%7,1) hiç memnun değilim, 2 (%14,3) memnun değilim, 2 (%14,3) kısmen

memnunum, 1 (%7,1) memnunum, 8 (%57,1) çok memnunum cevabını verdikleri, doçent unvanlı klinisyen akademisyenler bu soruya 1 (%5,6) hiç memnun değilim, 2 (%11,1) memnun değilim, 4 (%22,2) kısmen memnunum, 4 (%22,2) memnunum, 7 (%38,9) çok memnunum şeklinde cevap vermiş, doktor öğretim üyesi unvanlı klinisyen akademisyenler ise bu soruya 4 (%6,6) hiç memnun değilim, 5 (% 8,2) memnun değilim, 17 (%27,9) kısmen memnunum, 19 (%31,1) memnunum, 16 (%26,2) çok memnunum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir.

Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünmeleri düzeylerinin unvan açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 19. *Klinisyen Akademisyenlerin Çalıştıkları Tıp Fakültesine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
Niğde Ömer Halisdemir Ü. TP	Sayı (n)	2	5	8	6	7	28
	Yüzde (%)	7.1%	17.9%	28.6%	21.4%	25.0%	100.0%
Kırşehir Ahi Evrar Ü. TP	Sayı (n)	4	4	15	18	24	65
	Yüzde (%)	6.2%	6.2%	23.1%	27.7%	36.9%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	6	9	23	24	31	93
	Yüzde (%)	6.5%	9.7%	24.7%	25.8%	33.3%	100.0%
χ^2; SD; p		4.171; 4 ; 0.383^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo 19’da görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin çalıştıkları tıp fakültesine göre Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerektiğini Düşünmeleri durumu incelendiğinde; Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler bu soruya 2 (%7,1) hiç memnun değilim, 5 (%17,9) memnun değilim, 8 (%28,6) kısmen memnunum, 6 (%21,4) memnunum, 7 (%25,0) çok memnunum şeklinde cevaplar vermişler, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan klinisyen akademisyenler ise bu soruya 4 (%6,2)

hiç memnun değilim, 4 (%6,2) memnun değilim, 15 (%23,1) kısmen memnunum, 18 (%27,7) memnunum, 24 (%36,9) çok memnunum şeklinde cevaplar verdikleri görülmüştür.

Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünmeleri düzeylerinin çalıştıkları tıp fakülteleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 20. *Klinisyen Akademisyenlerin Tıp Fakültelerinde Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-5 Yıl Arası	Sayı (n)	3	5	17	16	18	59
	Yüzde (%)	5.1%	8.5%	28.8%	27.1%	30.5%	100.0%
6 Yıl ve Üzeri	Sayı (n)	3	4	6	8	13	34
	Yüzde (%)	8.8%	11.8%	17.6%	23.5%	38.2%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	6	9	23	24	31	93
	Yüzde (%)	6.5%	9.7%	24.7%	25.8%	33.3%	100.0%
χ^2 ; SD; p		2.482; 4 ; 0.667^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo 20’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin tıp fakültelerinde çalışma sürelerine göre Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünmeleri durumları incelendiğinde; 1-5 yıl arası çalışan klinisyen akademisyenler 3 (% 5,1) hiç memnun değilim, 5 (%8,5) memnun değilim, 17 (%28,8) kısmen memnunum, 16 (%27,1) memnunum, 18 (%30,5) çok memnunum şeklinde cevap verirken, 6 yıl ve üzeri arası çalışan klinisyen akademisyenler 3 (% 8,8) hiç memnun değilim, 4 (%11,8) memnun değilim, 6 (%17,6) kısmen memnunum, 8 (%23,5) memnunum, 13 (%38,2) çok memnunum şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünmeleri düzeylerinin tıp fakültelerinde çalışma süreleri açısından

farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 21. *Klinisyen Akademisyenlerin Mesleki Çalışma Sürelerine Göre “Afiliasyon Uygulamasını Desteklemiyorum ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünüyorum” Sorusuna Verdikleri Cevapları Gösteren Çapraz Tablo Sonuçları*

		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum	Toplam
1-10 Yıl	Sayı (n)	3	4	13	11	8	39
	Yüzde (%)	7.7%	10.3%	33.3%	28.2%	20.5%	100.0%
11-20 Yıl	Sayı (n)	1	3	6	9	8	27
	Yüzde (%)	3.7%	11.1%	22.2%	33.3%	29.6%	100.0%
21 yıl ve üzeri	Sayı (n)	2	2	4	4	15	27
	Yüzde (%)	7.4%	7.4%	14.8%	14.8%	55.6%	100.0%
Toplam	Sayı (n)	6	9	23	24	31	93
	Yüzde (%)	6.5%	9.7%	24.7%	25.8%	33.3%	100.0%
χ^2; SD; p		10.568; 8 ; 0.213^{ns}					

χ^2 : Fisher'sExact Test; SD: Serbestlik Derecesi; ns: $p>0.05$

Tablo 21’de görüldüğü gibi klinisyen akademisyenlerin mesleki çalışma sürelerine göre afiliasyon uygulamasını desteklemeleri ve faydalı bulmaları durumları incelendiğinde; 1-10 yıl arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 3 (%7,7) hiç memnun değilim, 4 (%10,3) memnun değilim, 13 (%33,3) kısmen memnunum, 11 (%28,2) memnunum, 8 (%20,5) çok memnunum şeklinde cevap vermiş, 11-20 arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenler bu soruya 1 (%3,7) hiç memnun değilim, 3 (%11,1) memnun değilim, 6 (%22,2) kısmen memnunum, 9 (%33,3) memnunum, 8 (%29,6) çok memnunum şeklinde cevaplamış, 21 yıl ve üzeri arası mesleki çalışma süresi olan klinisyen akademisyenlerin ise bu soruya 2 (%7,4) hiç memnun değilim, 2 (%7,4) memnun değilim, 4 (%14,8) kısmen memnunum, 4 (%14,8) memnunum, 15 (%55,6) çok memnunum şeklinde cevapladıkları görülmüştür.

Afiliasyon Uygulamasını Desteklememeleri ve Uygulamanın Kaldırılması Gerekliğini Düşünmeleri düzeylerinin mesleki çalışma süreleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için yapılan Ki- Kare testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

5. BÖLÜM TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmanın hipotezler ve temel problemleri çerçevesinde tespit edilen bulgular özetlenip alanyazında yapılan benzer diğer çalışmalar ile karşılaştırılarak tartışılacak ve önerilere yer verilecektir.

5.1. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma 2011 yılında çıkarılan Birlikte Kullanım yönetmeliği kapsamında Sağlık Bakanlığı ile protokol imzalayarak afiliasyon sürecine giren tıp fakültelerinde görev yapan klinisyen akademisyenlerin afiliasyon uygulamasına karşı sergiledikleri tutumlarının ölçülmesi amacıyla yapılmıştır. Birinci bölümünde çalışmanın sorunu, amacı, önemi ve yöntemine yer verilmiş, ikinci bölümde Cumhuriyet öncesi TBMM hükümetinden itibaren Türkiye’de uygulanmaya çalışılan sağlık politikalarına yer verilmiş, üçüncü bölümde bir sağlık politikası olan afiliasyon ile ilgili alanyazına ait kavram ve tanımlar hakkında bilgi verilmiş, dördüncü bölümde ise yapılan çalışmaya elde edilen nicel bulgular sunulmuştur. Beşinci bölümde de bulguların değerlendirilmesi yapılmıştır.

Yabancı menşeli bir kelime olan Afiliasyon, kelime olarak yakın ilişki, üyeliğe kabul edilme, bağlanma, evlat edinme, üyelik anlamlarına gelmekle birlikte terimsel olarak yardımlaşma, iş birliği ve güçlerin birleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle Afiliasyon sağlık kuruluşlarının iş birliği ve güçlerinin birleştirilmesi yöntemi olarak göze çarpmakla birlikte bu birleşme olumlu bağlılık be birleşme olarak da isimlendirilebilmektedir (Aydın, 2011). 18.02.2011 tarihinde “Sağlık Bakanlığı’na Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmış ve yönetmelikte afiliasyon “*Bakanlık sağlık kurum ve kuruluşları ve/veya üniversiteye ait ilgili birimlerin kaynaklarının, sağlık hizmet sunumu, eğitim ve araştırma hizmetleri veya sair ortak gaye ve menfaatlerin gerçekleştirilmesi için Bakanlık ve ilgili üniversite arasında imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması*” şeklinde tanımlanırken (Resmi Gazete, 2011b), günümüze kadar gelen süreçte 2011 yılında çıkarılan yönetmelik 4 kez değişikliğe uğramış, 04.03.2020 tarihinde yayımlanan yönetmelik ile en son halini almış ve “*Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği*

alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2020). Literatürde Akademik, İnsan Gücü ve Teknolojik Afiliasyon olarak isimlendirilmiş ve kabul görmüş üç adet afiliasyon türü vardır (Aktan, 2012). İlgili yönetmeliğe istinaden ülkemizde 31 ilde 34 üniversite protokol imzalayarak afiliasyon kapsamında hizmet vermektedirler.

5.1.2. Sosyo-Demografik Verilere Ait Bulguların Tartışılması

Çalışma için afiliasyon protokolü imzalayan Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi ile Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi klinisyen akademisyenleri üzerinde çalışma yapılmış ve elde edilen bulgular kısaca özetlenmiştir.

Yapılan çalışmaya 65 (%69,9)’i Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, 28 (%30,1)’i Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesinden olmak üzere toplamda 93 klinisyen akademisyen katılmıştır. Katılanların cinsiyetlerine bakıldığında 21 (%22,6)’inin kadın, 72 (%77,4)’sinin erkek, unvanlarına bakıldığında 14 (%15,1) ‘ünün profesör, 18 (%19,4)’inin doçent, 61 (%65,6)’inin de doktor öğretim üyesi, tıp fakültesinde çalışma sürelerine bakıldığında 59 (%63,4)’unun 1-5 yıl arası, 34 (%36,6)’ünün de 6 yıl üzeri olduğu, mesleki çalışma sürelerine bakıldığında ise 39 (%41,9) unun 1-10 yıl arası, 27 (%29,0)’sinin 11-20 yıl arası, 27 (%29,0)’sinin 21 yıl ve üzeri klinisyen akademisyenlerden olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik verilere göre memnuniyet düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan ki-kare testinde, çalışılan tıp fakültelerine göre elde edilen veriler arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Bu memnuniyet farkının klinisyen akademisyenlerin çalıştıkları tıp fakültelerinin gelişimi ve eğitim kalitesinin yüksek olması olarak değerlendirilebilir. Yapılan çalışmada elde edilen bulgulara benzer bulgular tespit edilen Ülger ve diğerleri (2015), Bilir ve Kaçal (2018) ile Topçu ve Özata (2019)’nın yapmış olduğu çalışmalarda da sağlık bakanlığı çalışanları ile tıp fakültesi çalışanlarının memnuniyet oranları ölçülmüş ve tıp fakültesinde çalışanların memnuniyet oranlarının sağlık bakanlığı çalışanlarına göre yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu oranın istatistiki açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Her iki anlamlılığında tıp fakültelerinden

çalışanların akademik gelişim ve eğitim kalitesinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan klinisyen akademisyenlerin memnuniyet düzeylerinin cinsiyet, unvan, tıp fakültesinde çalışılan süre ve toplam mesleki çalışma süresi değişkenleri bakımından farklılık olup olmadığının tespiti amacıyla yapılan ki-kare testi sonucu aradaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Topçu ve Özata (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada da farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmüş ve bu veriler ışığında cinsiyet, unvan, tıp fakültesinde çalışılan süre ve toplam mesleki çalışma süresinin memnuniyete etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Yine sosyo-demografik verilere göre “afiliasyon uygulamasını desteklemiyorum ve uygulamanın kaldırılması gerektiğini düşünüyorum” sorusuna ait cevapların incelendiğinde cinsiyet, unvan, çalışılan tıp fakültesi, tıp fakültesinde çalışma süresi ve mesleki çalışma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Topçu ve Özata (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada cinsiyet, kurumda çalışma süresi ve mesleki çalışma süreleri değişkenleri üzerinde yapılan test sonucunda anlamlılık bulunmaz iken çalışılan kurum değişkeni açısından incelemede istatistiki açıdan anlamlılık bulunduğu görülmüştür. Bu anlamlılığında Topçu ve Özata (2019)'nın çalışma yaptığı kurumlardan birinin ters afiliasyon olmasına bağlanılmaktadır.

Sosyo-demografik verilerden unvan, mesleki çalışma süresi ve tıp fakültesinde çalışma süreleri verileri ile olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının anlamlılığı amacıyla yapılan f testi verileri incelendiğinde olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının istatistiki açıdan farklılığının olmadığı ($p>0.05$) görülürken, cinsiyet, çalışılan kurum ve tıp fakültesinde çalışma süresi verileri ile olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının anlamlılığı amacıyla yapılan t testi verileri incelendiğinde olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının istatistiki açıdan farklılığı bulunmaz iken ($p>0.05$), çalışılan tıp fakültesi verileri arasında olumsuz yön, olumlu yön, eğitime etkisi ve ölçek toplam puanlarının incelendiğinde eğitime etkisinin istatistiki açıdan farklılığı bulunmaz iken ($p>0.05$), olumsuz yön, olumlu yön ve ölçek toplam puanlarının istatistiki açıdan farklılığının olduğu ($p<0.01$) görülmüştür. Topçu ve Özata (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada ise çalışılan kurum değişkeninin incelenmesinde olumsuz yön, eğitime

etkisi ve tutum ölçeği toplam puanının anlamlılık gösterdiği, olumlu yön alt faktöründe ise anlamlılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılığında Topçu ve Özata (2019)'nın çalışma yaptığı kurumlardan birinin ters afiliasyon olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.3. Afiliasyon Tutum Ölçeğine Verilen Cevapların Tartışılması

Klinisyen akademisyenlerin tutum ölçeğine verdiği cevapların analizinde; “Afiliasyon uygulaması ücret eşitsizliğine sebep oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,04$) ortalama ile, “Afiliasyon uygulaması motivasyonu olumsuz yönde etkiliyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,99$) ortalama ile, “Afiliasyon uygulaması çalışanların verimliliğini düşürüyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,74$) ortalama ile yeni yönetmelikte öğretim elemanları ile bireysel sözleşme yapılması klinik içerisinde sağlık hizmetleri bakımından aynı işi yapmasına rağmen performans hedefi belirlenmeyen ve sözleşme yapılmayan Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan uzman hekimleri ile üniversite kadrolarında çalışan öğretim elemanları arasında Anayasa ve Kanunlar önünde eşitlik ilkesini bozacak, çalışma ve eğitim haklarına engel oluşturacak ve Yükseköğretim Kurumlarına zarar vereceği, tıp fakültesi öğretim elemanlarının birlikte kullanım protokolü gereği tıp fakültesi dışındaki üniversite birimlerinde verdiği teorik ve pratik derslerin süreleri toplanarak aktif iş gün katsayısından düşülmekte, bu durum önemli oranda performans kaybına yol açmaktadır. Bu nedenle tıp fakültesi öğretim elemanlarının diğer Fakülte ve Yüksekokullarda ders görevlendirilmeleri yapılamamakta ve üniversitelerin sağlık alanındaki diğer birimlerinin eğitimleri olumsuz etkileneceği, tıpta uzmanlık eğitimi veren birimler eğitim kliniği kabul edilerek, birim performans uygulamasına geçilmekte ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerine birim performansından ek ödeme verilmekte, böylece Tıpta Uzmanlık eğitimi veren kliniklerde çalışan öğretim elemanları akademik eğitim çalışmalarına karşılık maddi zarara uğramaktadır. Bu durum klinik içi huzursuzluğa yol açtığı için uzmanlık eğitimi verilmesi istenilmemesi, akademik personelin maaşına yansıtılan akademik teşvik için kendi üniversitesine başvuran ve hak kazanan öğretim üyelerinin Sağlık Bakanlığı ek ödeme yönergesine göre döner sermaye ek ödemesine yansıyan bilimsel çalışma destek puanı için başhekimliklere başvuruları kabul edilmemektedir. Eğitim ve akademik çalışmalar için ayrılan zamanda döner sermaye performans puanı yapamayan öğretim

elemanları bir de bilimsel çalışma destek puanından yararlanamamaları sonucuna ulaşmıştır.

“Afiliasyon uygulaması hastane yönetiminde çift başlılığa sebep oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,85$) ortalama ile, “Afiliasyon uygulaması çalışanlar için çifte sorumluluğun ortaya çıkmasına sebep oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,04$) ortalama ile, “Afiliasyon iş paylaşımında belirsizliğe yol açıyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,04$) ortalama ile üniversitelerde eğitim-öğretim, akademik faaliyetlerin ve bilimsel araştırmaların planlanması- yürütülmesi Akademik Kurullar, Anabilim/Bilim Dalı, Bölüm Başkanlıkları ve Dekanlıkların sorumluluğunda 2547 sayılı YÖK kanununa göre yürütülen süreçlerdir. Ancak yönetmelik Dekana karşı sorumlu olan klinik/laboratuvar eğitim sorumlularının atanmasını eğitim sorumluluğu bulunmayan Başhekimlerin yetkisine vermekte, yıllık Tıp Eğitim planları Başhekimliğe sunulmakta ve ders zaman çizelgesini Başhekim hazırlamaktadır. Tıp ve Tıpta Uzmanlık eğitiminin düzenlenmesi ile ilgili yetkilerin hiç bir eğitim sorumluluğu bulunmayan hastane yöneticilerine devredilmesi hem hukuki anlamda hem de etik olarak uygun olmadığı, yönetmelikte klinik/laboratuvarlarda Anabilim Dalı Başkanı, Eğitim Sorumlusu ve İdari Sorumlunun farklı kişiler olmasına yol açan bir düzenleme yapılması klinik/laboratuvar işleyişini olumsuz etkilemekte, çatışmalara yol açmakta, Tıp ve Tıpta Uzmanlık eğitiminin bütüncül yapısını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

“Afiliasyon uygulaması çalışanlarda ayrımcılığa sebep oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,35$) ortalama ile yeni yönetmelikte öğretim elemanları ile bireysel sözleşme yapılması klinik içerisinde sağlık hizmetleri bakımından aynı işi yapmasına rağmen performans hedefi belirlenmeyen ve sözleşme yapılmayan Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan uzman hekimleri ile üniversite kadrolarında çalışan öğretim elemanları arasında Anayasa ve Kanunlar önünde eşitlik ilkesini bozacak, çalışma ve eğitim haklarına engel oluşturacak ve Yükseköğretim Kurumlarına zarar vereceği, tıp fakültesi öğretim elemanlarının hastanede verdikleri sağlık hizmeti sunumu nedeniyle yapmak zorunda oldukları Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına verilen devlet desteği bedelleri bazı Sağlık Bakanlığı Hastanesi döner sermaye işletmeleri tarafından Bakanlıktan alınan hukuki görüşe dayanarak karşılanmamaktadır bununla da klinisyen hekimlerin ikinci plana atıldığı sonucuna ulaşmıştır.

“Afiliasyon uygulaması örgüt içerisinde çatışmaya neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}=3,99$) ortalama ile yeni yönetmelikte öğretim elemanları ile bireysel sözleşme yapılması klinik içerisinde sağlık hizmetleri bakımından aynı işi yapmasına rağmen performans hedefi belirlenmeyen ve sözleşme yapılmayan Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan uzman hekimleri ile üniversite kadrolarında çalışan öğretim elemanları arasında Anayasa ve Kanunlar önünde eşitlik ilkesini bozacak, çalışma ve eğitim haklarına engel oluşturacak ve Yükseköğretim Kurumlarına zarar vereceği, Yönetmelikte sorumluluk, iş ve görev tanımlarında akademik unvanların dikkate alınmaması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesi yerine herkese eşit iş yükü anlayışı ile göreceli bir eşitlik sağlanmaya çalışılmakta ancak akademik adalet ve verimlilik göz ardı edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon iş yükünde artışa neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}=3,91$) ortalama ile Tıpta Uzmanlık eğitimi veren birimler eğitim kliniği kabul edilerek, birim performans uygulamasına geçilmekte ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerine birim performansından ek ödeme verilmekte, böylece Tıpta Uzmanlık eğitimi veren kliniklerde çalışan öğretim elemanları akademik eğitim çalışmalarına karşılık maddi zarara uğramaktadır. Bu durum da klinik içi huzursuzluğa yol açtığı için uzmanlık eğitimi verilmesi istenmemesi sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması bürokrasiyi arttırıyor” sorusunda ($\bar{x}=4,24$) ortalama ile birlikte kullanım mevzuatında büyük şehir olmayan illerde Devlet Üniversitelerine Üniversite Hastanesi açma izni verilmeyerek, Tıp Fakültelerine Sağlık Bakanlığının yereldeki devlet hastaneleri ile birlikte kullanım protokolü yapmak dışında başka bir seçenek bırakılmaması, yönetmelikte sorumluluk, iş ve görev tanımlarında akademik unvanların dikkate alınmaması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesi yerine herkese eşit iş yükü anlayışı ile göreceli bir eşitlik sağlanmaya çalışılmakta ancak akademik adalet ve verimlilik göz ardı edildiği, sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması ile birlikte çalışanların ekonomik durumlarında iyileşme sağlanıyor” sorusunda ($\bar{x}=3,10$) ortalama ile yönetmelikte birlikte kullanılan sağlık tesisi döner sermayesinden üniversitelerin bilimsel araştırma projelerinin (BAP) finansmanı için yapılan %5 katkı payı ayrılması 2547 sayılı YÖK kanunun 58 inci maddesine aykırı olarak metinden çıkarılmıştır. Bu durum hastane döner sermayesine

katkı sağlayan akademisyen hekimler ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerinin bilimsel çalışma ve araştırma geliştirme çalışmalarını olumsuz etkileyeceği, tıpta uzmanlık eğitimi veren birimler eğitim kliniği kabul edilerek, birim performans uygulamasına geçilmekte ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerine birim performansından ek ödeme verilmekte, böylece Tıpta Uzmanlık eğitimi veren kliniklerde çalışan öğretim elemanları akademik eğitim çalışmalarına karşılık maddi zarara uğramaktadır. Bu durum klinik içi huzursuzluğa yol açtığı için uzmanlık eğitimi verilmesi istenilmemesi, akademik personelin maaşına yansıtılan akademik teşvik için kendi üniversitesine başvuran ve hak kazanan öğretim üyelerinin Sağlık Bakanlığı ek ödeme yönergesine göre döner sermaye ek ödemesine yansıyan bilimsel çalışma destek puanı için başhekimliklere başvuruları kabul edilmemektedir. Eğitim ve akademik çalışmalar için ayrılan zamanda döner sermaye performans puanı yapamayan öğretim elemanları bir de bilimsel çalışma destek puanından yararlanamamaları sonucuna ulaşmıştır.

“Afiliasyon iletişim sorununa neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,05$) ortalama ile birlikte kullanım mevzuatında sağlık hizmeti sunumu yanında Yükseköğretim alanında düzenlemeler getirilmesine ve Yükseköğretimi düzenleyen anayasal kurum YÖK olmasına rağmen hukuki dayanak maddesinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa atıf yapılmamakla birlikte ilgili kanunun öğretim elemanlarına verdiği eğitim ve araştırma görev ve sorumlulukları ikinci planda kaldığı, yönetmelikte birlikte kullanımdaki Tıp Fakültesi öğretim elemanları ile Dekanın görüşü alınarak hastane yönetimi tarafından ayrı ayrı bireysel sözleşme imzalanabileceği, sözleşmelerin feshedilebileceği, sözleşmesi feshedilen veya yenilenmeyenlerin hastanedeki görevinin sona ereceği yer almaktadır. Ancak sözleşme yapma-yapmama ve fesih kriterlerinin nasıl belirleneceğine dair hiç bir hüküm bulunmamaktadır. Bu durum uygulamada mali dengesizliklere, huzursuzluklara, akademik kadroların boşalmasına ve Tıp lisans ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin aksamasına yol açacağı sonucuna ulaşmıştır.

“Afiliasyon uygulaması iş huzurunda bozulmaya neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,83$) ortalama ile tıpta uzmanlık eğitimi veren birimler eğitim kliniği kabul edilerek, birim performans uygulamasına geçilmekte ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerine birim performansından ek ödeme verilmekte, böylece Tıpta Uzmanlık eğitimi veren kliniklerde çalışan öğretim elemanları akademik eğitim çalışmalarına karşılık maddi zarara

uğramaktadır. Bu durum da klinik içi huzursuzluğa yol açtığı için uzmanlık eğitimi verilmesi istenilmemesi sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması iş adaletsizliğine neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,80$) ortalama ile yeni yönetmelikte öğretim elemanları ile bireysel sözleşme yapılması klinik içerisinde sağlık hizmetleri bakımından aynı işi yapmasına rağmen performans hedefi belirlenmeyen ve sözleşme yapılmayan Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan uzman hekimleri ile üniversite kadrolarında çalışan öğretim elemanları arasında Anayasa ve Kanunlar önünde eşitlik ilkesini bozacak, çalışma ve eğitim haklarına engel oluşturacak ve Yükseköğretim Kurumlarına zarar vereceği sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması işlerin aksamasına neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 4,35$) ortalama ile birlikte kullanım mevzuatında sağlık hizmeti sunumu yanında Yükseköğretim alanında düzenlemeler getirilmesine ve Yükseköğretimi düzenleyen anayasal kurum YÖK olmasına rağmen hukuki dayanak maddesinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa atıf yapılmamakla birlikte ilgili kanunun öğretim elemanlarına verdiği eğitim ve araştırma görev ve sorumlulukları ikinci planda kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması çalışanların kendilerini geliştirmesine olanak sağlıyor” sorusunda ($\bar{x}= 3,71$) ortalama ile yönetmelikte birlikte kullanılan sağlık tesisi döner sermayesinden üniversitelerin bilimsel araştırma projelerinin (BAP) finansmanı için yapılan %5 katkı payı ayrılması 2547 sayılı YÖK kanunun 58 inci maddesine aykırı olarak metinden çıkarılmıştır. Bu durum hastane döner sermayesine katkı sağlayan akademisyen hekimler ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerinin bilimsel çalışma ve araştırma geliştirme çalışmalarını olumsuz etkileyeceği sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması iş yavaşlatma sorununun ortaya çıkmasına neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}= 2,98$) ortalama ile Yönetmelikte sorumluluk, iş ve görev tanımlarında akademik unvanların dikkate alınmaması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesi yerine herkese eşit iş yükü anlayışı ile göreceli bir eşitlik sağlanmaya çalışılmakta ancak akademik adalet ve verimliliğin göz ardı edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması kurumsal etkinliği artırıyor” sorusunda ($\bar{x}=3,87$) ortalama ile birlikte kullanım mevzuatında sağlık hizmeti sunumu yanında Yükseköğretim alanında düzenlemeler getirilmesine ve Yükseköğretimi düzenleyen anayasal kurum YÖK olmasına rağmen hukuki dayanak maddesinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa atıf yapılmamakta, YÖK kanununun öğretim elemanlarına yüklediği eğitim ve araştırma görev ve sorumlulukları sürekli ikinci plana atıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

“Afiliasyon uygulaması eğitim kalitesinin düşmesine neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}=3,65$) ortalama ile, “*Afiliasyon öğrenciler için alt yapı eksikliğine yol açıyor*” sorusunda ($\bar{x}=3,27$) ortalama ile, “Afiliasyon uygulaması eğitimin aksamasına neden oluyor” sorusunda ($\bar{x}=3,87$) ortalama ile, “Afiliasyon ile hastalara yönelik bakımın kalitesi artıyor” sorusunda ($\bar{x}=4,06$) ortalama ile, “*Afiliasyon hekim çeşitliliğini ve hekim sayısını artırıyor*” sorusunda ($\bar{x}=4,12$) ortalama ile, “Afiliasyon uygulaması ile öğretim üyesi istihdamı sağlanıyor” sorusunda ($\bar{x}=3,92$) ortalama ile Birlikte kullanım yönetmeliğinin hukuki dayanağı olarak, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gösterilmekte fakat bazı usul ve esaslar eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sorumluluğunun bütünüyle Başhekime ait olduğu birlikte kullanım protokolü imzalamamış Eğitim ve Araştırma Hastaneleriyle ilgili düzenlemeleri içeren Ek-1 inci maddesine dayanılarak ihdas edilmektedir. Bu durum Tıp Fakültesi Dekanlıklarını etkisizleştirmekte ve dolayısıyla tıp eğitimini zayıflatacağı, yeni yönetmelik aynı sağlık tesisi için birden fazla üniversite ile birlikte kullanım ve/veya işbirliği protokolü imzalanması halinde sadece bir fakültenin dekanını Dekan olarak tanımlamakta, bu dekanın sağlık tesisindeki “öğretim elemanı sayısına göre” belirleneceğini ve birden fazla üniversite ile birlikte kullanımdaki sağlık tesisinin bütün klinik ve laboratuvarlarında ilgili çekirdek eğitim müfredatına uygun tek bir program uygulanacağını hükme bağlamaktadır. Bu durum Tıp Fakültelerinin eğitim programlarının özellikle yatay ve dikey entegrasyon temelli özgün eğitim yapısı ve içeriği açısından ciddi sorunlara ve tartışmalara yol açacaktır. Ayrıca Dekan olarak tanımlanmayan diğer Fakültenin Dekanı/Dekanlarının görev, yetki ve sorumlulukları ve Tıp ve Tıpta Uzmanlık öğrencileri ile ilişkileri ve bu öğrencilerin eğitimlerindeki rolleri belirsiz kalacağı, Yeni yönetmelikte birlikte kullanımdaki Tıp Fakültesi öğretim elemanları ile Dekanın görüşü alınarak hastane yönetimi tarafından ayrı ayrı bireysel sözleşme imzalanabileceği, sözleşmelerin

feshedilebileceği, sözleşmesi feshedilen veya yenilenmeyenlerin hastanedeki görevinin sona ereceği yer almaktadır. Ancak sözleşme yapma-yapmama ve fesih kriterlerinin nasıl belirleneceğine dair hiçbir hüküm bulunmamaktadır. Bu durum uygulamada mali dengesizliklere, huzursuzluklara, akademik kadroların boşalmasına ve Tıp lisans ve Tıpta Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin aksamasına yol açacağı, Yönetmelikte sorumluluk, iş ve görev tanımlarında akademik unvanların dikkate alınmaması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesi yerine herkese eşit iş yükü anlayışı ile göreceli bir eşitlik sağlanmaya çalışılmakta ancak akademik adalet ve verimlilik göz ardı edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yukarıda ulaşılmış olduğu belirtilen sonuçların birlikte kullanım protokolü imzalayan tıp fakültelerinde çalışan klinisyen akademisyenlerin yaşadığı önemli sorunlar olduğu, bu sorunların giderilmesinin akademik barış, gelişim ve daha kaliteli tıp eğitimi sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1.4. Gelişim/Değişim ve Çözüm Önerileri

Gelişim/değişim ve çözüm önerileri şunlardır.

-Yönetmeliği Yükseköğrenim kurumları ile lisans ve tıpta uzmanlık eğitimlerinin birlikte yürütülmesi amacıyla birlikte kullanımı içerdiğinden 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa atıf yapılmalı ve eğitimleri düzenleyen maddeler YÖK mevzuatı ile uyumlu olmalıdır.

-Yönetmeliğin hukuki kaynağı 3359 sayılı kanunun Ek-1 maddesi değil, birlikte kullanım usul ve esaslarını içeren Ek-9 maddesi olmalıdır.

-Birden fazla üniversite ile protokol imzalayan sağlık tesislerinden her bir tıp fakültesi dekanının kendi öğrencisinin eğitimi ile ilgili süreçlerden sorumlu olması yükseköğretim mevzuatları gereği olup bu sorumluluk başka dekana protokol ile devrilemez bu sorunun giderilmesi için protokol imzalanan dekanların sorumluluklarının bu yönetmelikte ayrıca belirlenmesi gerekmektedir.

-Yönetmeliğe göre sağlık tesisinin idaresinden sorumlu olan başhekimin en az Doçent unvanına sahip olması liyakat açısından uygun olacaktır.

-Kurum eğitim sorumlularının tıp lisans eğitimi verilen kurumlarda tıp fakültesi dekan yardımcılardan, uzmanlık eğitimi verilen ve tıp fakültesi bulunmayan kurumlarda doçent veya profesörlerden seçilmesi uygun olacaktır.

-Tıp lisans ve uzmanlık eğitimlerinin planlama, yönetim ve uygulama süreçlerinin üniversitelerin ilgili akademik birimlerince yapılması, eğitim sorumlularının dekan tarafından atanması, derslerin zamanlama çizelgelerinin dekan ve ilgili kurullar tarafından yapılması ve bu çizelgeleri başhekim tarafından sağlık hizmet sunumu planlanmalıdır.

-Mümkün ise laboratuvar ile klinik derslerde anabilim dalı başkanının eğitim sorumluluğunun yanında idari sorumluda olması işleyiş açısından daha uygun olmakla beraber, bunun mümkün olmaması halinde ise doçent veya profesör unvanına sahip öğretim üyelerinden idari sorumlu belirlenmesi uygun olacaktır.

-Yönetmelik gereği protokol imzalanacak sağlık kurumunun ön değerlendirme raporunun hazırlanması amacıyla kurulan komisyonda, komisyon başkanının protokol kuralları ve akademik liyakat esas alınarak belirmesi veya üye sayından artışa gidilerek İl Valisi/Vali Yardımcısı başkanlığında kurulması.

-Sağlık tesisi başhekiminin öğretim elemanları ile hizmet sözleşmesi imzalayıp imzalamama ile sözleşme fesih kararları tıp eğitimi standartları dikkate alınarak ve dekanlığında görüşü doğrultusunda veya kurulacak ilgili kurullar marifetiyle şeffaf bir şekilde verilmelidir.

-Hizmet sözleşmesi imzalamayan öğretim elemanlarının protokol imzalanan sağlık tesisinde eğitim amaçlı çalışabilmesi sağlanmalıdır.

-Birlikte kullanılan sağlık tesisinin döner sermayesinden üniversite bilimsel araştırma projelerinin (BAP) finansmanı için ayrılan %5'lik payın öncelikli olarak sağlık hizmet sunumu ve eğitimi alanlarında yapılacak bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeniden aktararak yönetmelik ile kesin hükme bağlanması.

-Tıp fakültesi dışında diğer sağlık eğitimi veren fakülte ve meslek yüksekokullarında derse giren öğretim elemanlarının verdikleri ders sürelerinin

performans kaybına yol açmayacağı şekilde tıp hizmet sözleşmesi ve ek ödeme yönetmeliğinde değişiklikler yapılması.

- Tıpta uzmanlık eğitimi verilen eğitim kliniklerinde uzmanlık öğrencilerine birim performansından ek ödeme yapılmasının kaldırılarak, hastane ortalamasından ek ödeme verilmesinin sağlanması.

-Öğretim elemanlarının sağlık tesisinde verdikleri hizmet sunumunda dolayı yapmak zorunda oldukları Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına verilen devlet desteğinin bakanlık kadrosunda bulunan uzman hekimlerde olduğu gibi hastane döner sermayesinden karşılanması.

-Mecburi hizmetleri için atanan uzman hekimlerin, mecburi hizmet sürelerinin bitiminde atandığı ilden hemen ayrılmalarının kaldırılması, tıp fakültelerinin kadrolarının güçlendirilmesi ile eğitim ve öğretim faaliyetlerinin aksamaması için mecburi hizmet süreleri bitmeden protokol imzalayan yükseköğretim kadrolarına geçmelerinin önünün açılması.

-Akademik teşvikte kendi üniversitesinden kabul gören öğretim elemanlarının bakanlık ek ödeme yönergesinden de bilimsel çalışma destek puanı alabilmesi için başvuru yapabilmelerinin sağlanması.

KAYNAKÇA

3359. (1987). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*.

Ağırbaş, İ. (2020). *Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi*.

<https://www.turcademy.com/tr/kitap/saglik-kurumlarında-finansal-yonetim-ve-maliyet-analizi-9786054627806>

Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Sağlık. In *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*.

Aktan, A. Ö. (2012). *Afiliasyondan Beklentiler ve Deneyimler*.

<http://docplayer.biz.tr/9088523-Afiliasyondan-beklentiler-ve-deneyimler.html>
Erişim Tarihi: 01.05.2023

Altuntaş, Y. (2007). *Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için Eğitimde Yeni Yapılanma Önerileri*. <https://www.sdplatform.com/Dergi/60/Saglik-Bakanligi-egitim-ve-arastirma-hastaneleri-icin-egitimde-yeni-yapilanma-onerileri.aspx> Erişim Tarihi: 30.12.2022

Anak, S., Ünalın, P., Özyurt, A., Uzuner, A., Topsever, P., Birgül, E., & Tükel, R. (2006). Afiliasyon Projesi: Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir “Afiliasyon Programı” Nasıl Olmalı? *13. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*, 24–31.

Aydın, S. (2011). *Afiliasyon (işbirliği) konusunda düşünceler Bir model denemesi*. <https://www.sdplatform.com/Dergi/483/Afiliasyon-isbirligi-konusunda-dusunceler-Bir-model-denemesi.aspx> erişim tarihi: 24.11.2022

Bilir, F. (2018). Afiliasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi. *Journal of Human Rhythm*.

Bilir, F., & Kaçal, Z. (2018). Türkiye ’ de Afiliasyonun Tıp Eğitimindeki Yeri. *Journal of Human Rhythm*, 31–36.

Binboğa, G. (2018). *Stratejik Bir Yönetim Aracı Olarak şirket Birleşmeleri ve Türkiye’deki Birleşmelerin Analizleri*. 217,218.

Ceylan, A., & Korkmaz, T. (2003). *İşletmelerde Finansal Yönetim*.

- Çinibulak, M. (2020). *Finansal ve örgütsel performans perspektifi ile afilyasyon süreci yaşayan kamu hastanelerinin değerlendirilmesi Yülsek Lisans Tezi.*
- Dedeoğlu, N. (2021). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Örgütlenme 1920-1960. *Hekim Sözü*, 14–17.
- Değirmenci, F. (2011). *Şirket Birleşmeleri ve şirket Birleşmelerinin Türk Vergi Sistemindeki Yeri. 084227032002.*
- Dirican, M. R. (1970). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi.*
- Eren, N., & Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve Sağlık.* <http://www.ttb.org.tr>
- Görmüş, A. Ş., & Ceylan, E. (2016). Şirket Birleşmelerinin İnsan Kaynakları Açısından İncelenmesi v e Bir Uygulama Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 65–82.
- İstanbul Tabipler Odası. (2021). *Sağlık Bakanlığı ile “Birlikte Kullanım Protokolü” imzalayan Devlet Üniversitelerinin Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerine İmzalatılmak İstenen “Tıp Hizmet Sözleşmesi” Hukuka Aykırıdır ve Uygulama Geri Çekilmelidir.*
https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2020/aramak/sozlesme_hakkinda_gorus.pdf
 Erişim Tarihi: 24.11.2022
- Karahan, N. (2016). *Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışanlar Açısından Afilyasyon.*
- Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2016). Interorganisational integration: Healthcare professionals’ perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *International Journal of Integrated Care*, 16(JANUARY-MARCH2016), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.2449>
- Ömür, G. A., Tunç, A. Ö., & Düren, A. Z. (2012). Patterns of Mergers and Acquisitions in Turkey in the Era of “New Normal.” *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 58(October), 1611–1617. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.1148>
- Ovseiko, P. V., Davies, S. M., & Buchan, A. M. (2010). Organizational models of emerging academic health science centers in England. *Academic Medicine*, 85(8),

1282–1289. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181e541bd>

Özel İdare Hastanelerinin muvazenei Umumiyyeye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. (1953). *Resmi Gazete*.

Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 37–41.

Öztürk, R. (2013). Eğitim üniversitenin, hastane yönetimi profesyonellerin olmalı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32–37.
<http://www.sdplatform.com/Soylesiler/44/Egitim-universitenin-hastane-yonetimi-profesyonellerin-olmali.aspx>

Pardes, H., & Pincus, H. A. (2010). Commentary: Models of academic-clinical partnerships: Goods, better, best. *Academic Medicine*, 85(8), 1264–1265.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181e685a1>

Resmi Gazete. (2010). *Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun* (p. 27478 sayılı).
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> Erişim Tarihi 30.12.2022

Resmi Gazete. (2011a). *18 Şubat 2011 Resmi Gazete*.

Resmi Gazete. (2011b). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birşimlerinin Birlikte Kullanım ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*.

Resmi Gazete. (2014a). *3 Mayıs 2014 Resmi Gazete*.

Resmi Gazete. (2014b). *3 Mayıs 2014 Resmi Gazete*.

Resmi Gazete. (2016). *16 Haziran 2016 Resmi Gazete*.

Resmi Gazete. (2017). *16 Haziran 2017 Resmi Gazete*.

Resmi Gazete. (2020). *Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet*

Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.

Resmi Gazete. (2022). *Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği*.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm* (pp. 1–37).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

Şahin, İ. E., & Yılmaz, B. (2010). Şirket Birleşmeleri, Birleşmelerde Tarihsel Gelişim Süreci Ve Uygulanan Ödeme Yöntemleri. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(19), 63–74. <https://dergipark.org.tr/en/pub/susead/issue/28416/302506>

Şahin, O. N. (2016). Türkiye’deki Şirket Birleşmeleri Verilerinin Yıllar İtibariyle Analizi ve Dünya Geneli, ABD, AB ve Pasifik Verileri İle Karşılaştırması. *Journal of Academic Researches and Studies*, 8(15), 229–255.

Samastı, M. (2018). *Sağlıkta afiliasyonun hikayesi* (p. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Hazi). <https://www.sdplatform.com/Dergi/1113/Saglikta-afiliasyonun-hikayesi.aspx> %0Aerişim tarihi: 28.11.2022%0A

Shortel, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Songur, C., & Babacan, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*.

Taşkaya, S. (2019). Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Ortaak Hastanelerinin Verimliliğinin Pabon Lasso Modeli ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 559–576.

Tekir, S. (2019). Erken Cumhuriyet Dönemi Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele (1923-1930). *Journal of Turkish Research Institute*, 65, 407–430. <https://doi.org/10.14222/turkiyat4095>

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2021). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (10. Basım).

- Topçu, T., & Özata, M. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının Araştırılması Yüksek Lisans Tezi*.
- Tuman, T. C. (2017). *Afiliye Hastanede Psikiyatri Uzmanı Olarak Çalışmak*.
<https://docplayer.biz.tr/62383774-Afiliye-hastanede-psikiyatri-uzmani-olarak-calismak-uzm-dr-taha-can-tuman-birecik-devlet-hastanesi.html> Erişim Tarihi: 01.05.2023
- Ülger, N., Baldemir, E., & Battaloğlu İnanç, B. (2015). Afiliasyon Uygulanan Hastanelerde Çalışan Memnuniyeti; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 06(Suppl_2). <https://doi.org/10.4328/jcam.3388>
- WHO. (2008). Integrated health services – what and why ? *Technical Brief, 1*, 1–8.
- Yürümez, Y., Yücel, M., & Ercan, B. (2018). Türkiye’ deki afiliasyon modelleri. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 37–43.