

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİCİLERİNİN**  
**YÖNETİM EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ;**  
**DİYARBAKIR ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

**MEHMET EMİN KURT**

**TEZ YÖNETİCİSİ**

**PROF. DR. ALİ CEYLAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİYARBAKIR-2016**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİCİLERİNİN**  
**YÖNETİM EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ;**  
**DIYARBAKIR ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

**BU TEZ DİCLE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR**  
**KOORDİNATÖRLÜĞÜ (DÜBAP) PROJESİ OLARAK DESTEKLENMİŞTİR**

**PROJE NO: TIP.15.044**

**MEHMET EMİN KURT**

**TEZ YÖNETİCİSİ**

**PROF. DR. ALİ CEYLAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DIYARBAKIR-2016**

T.C  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜ

“Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi; Diyarbakır Örneği” isimli Doktora Tezi 07.12.2016 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ali CEYLAN  
Tezi Teslim Eden : Mehmet Emin KURT

Jüri Üyesinin

Ünvanı Adı Soyadı

Başkan : Prof. Dr. Rümeysa SAHA  
Üye : Prof. Dr. Ali CEYLAN  
Üye : Prof. Dr. Erkan Pehlivan & Pehlivan  
Üye : Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ  
Üye : Prof. Dr. Saim Dayan

Yukarıdaki imzalar tasdik olunur.

09.12.2016

Doç. Dr. Hakkı Murat BİLGİN  
Dicle Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## ÖNSÖZ

ABD’ de 1910’ lar dan günümüze kadar gelen sağlık yönetimi eğitimi ihtiyacı; inanılmaz boyutlarda karmaşık sağlık sektörü kurum ve kuruluşlarının işletilmesi, var olan devasa bütçenin sorumluluğunun taşınması ve kendi içinde var olan değişik hizmet başlıklarında hizmetlerin üretilmesi ve yönetilmesi için yetişmesi gereken profesyonel sağlık yöneticilerinin olmazsa olmazlarından dır. Gerek gelişmiş ve gerekse de gelişmekte olan ülkelerde sağlık yöneticiliği profesyonelliği sağlık sektörü kurumlarının yönetilmesinde aranan bir özellik iken ülkemizde de Sağlıkta dönüşüm programının; 1963’ ten günümüze artan sayıda lisans/yüksek lisans/doktora mezunlar ordusuna sahip sağlık yönetimi mezunlarının istihdamı ile istenen başarıyı getireceği düşüncesindeyiz. Çalışmamızda ki amaç; günümüz sağlık yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi ile sağlık yöneticiliği profesyonelliğinin ülkemiz için hangi yöne evrilmesi gerektiği noktasında bir fikir beyanıdır.

Doktora çalışmalarım sırasında danışmanlığımı yürüten Prof. Dr. Ali CEYLAN’ a başta olmak üzere Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarım; Prof. Dr. Perran TOKSÖZ’ e, Prof. Dr. Nuran ELMACI’ ya, Prof. Dr. Fatma ÇELİK’ e, Prof. Dr. Günay SAKA’ ya, Yrd. Doç. Dr. Yılmaz PALANCI’ ya ve yine ayrıca çalışmamın her aşamasında bilgi ve birikimlerini esirgemeyen, tez danışmanın, kıymetli hocam Prof. Dr. Ali CEYLAN’ a, çok teşekkür ederim. Ayrıca tezime olan katkılarından dolayı Dicle Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinatörlüğü’ ne teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen anneme, eşime, babama, çocuklarıma ve ebedi dostum İnci’ ye sonsuz minnettarlığımı sunarım.

MEHMET EMİN KURT

**DIYARBAKIR-2016**

## **İÇİNDEKİLER**

<b>ONAY.....</b>	<b>III</b>
<b>ÖNSÖZ.....</b>	<b>IV</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>IX</b>
<b>GRAFİKLER DİZİNİ.....</b>	<b>XIX</b>
<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>XX</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>XXI</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>XXVI</b>
<b>1- GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2- GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
A) Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi Mesleği.....	5
1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı-Sunumu.....	5
a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
c) Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
d) Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	9
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi.....	10
a) Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler.....	11
b) Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler; .....	11
1. 2. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Endüstrisi.....	12
1. 3. Sağlık Hizmetleri Sektörünün Özellikleri.....	13
1. 4. Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri.....	14
1. 5. Türkiye’ de Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar.....	17
1. 6. Hastanelerin Tanımı-Özellikleri-İşlevleri-Sınıflandırılması.....	24
2. Sağlık Yönetim Mesleğinin Dünü-Bugünü-Yarını.....	30
2. 1. Yönetimin Anlamı.....	30
2. 2. Yönetimin Özellikler.....	31
2. 3. Yönetim Süreci aşamaları.....	32
a) Planlama.....	32
b) Örgütlenme.....	33

c) Yöneltilme (Yürütme) .....	33
d) Koordinasyon.....	34
e) Kontrol.....	34
3. Profesyonel ve Profesyonelleşme Kavramı.....	36
3. 1. Sağlık Yönetimi Bilimi.....	37
3. 2. Sağlık Yönetimi Kademeleri.....	42
3. 3. Sağlık Yönetimi Alanında Yönetimsel Beceriler.....	44
4. Dünyada Sağlık Yönetimi Mesleğinin Tarihsel Gelişimi.....	45
4. 1. ABD’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi.....	50
4. 2. İngiltere’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi.....	54
4. 3. Almanya’ da Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi.....	56
4. 4. Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi.....	57
4. 4. 1. Osmanlı Dönemi.....	57
4. 4. 2. Cumhuriyet Dönemi.....	58
4. 4. 3. 1920-1937 Dönemi .....	58
4. 4. 4. 1937-1960 Dönemi.....	60
4. 4. 5. 1961-2003 Dönemi.....	61
4. 4. 6. 2003 Yılı ve Sonrası Dönem.....	63
4. 4. 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	64
4. 4. 8. Kavramlar .....	70
5. Sağlık Sistemleri ve Politikaları.....	78
6. Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Özellikleri.....	80
B) Sağlık Yönetimi ve Yönetim Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi.....	84
1- Gelişmiş Ülkelerde (ABD-AVRUPA) Sağlık Yönetimi Eğitimi.....	84
2- Türkiye’ de Sağlık Yönetiminin Gelişimi .....	87
3- Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi.....	93
3. 1. İhtiyaç Analizi Süreci.....	95
3. 2. Eğitim İhtiyacının Saptanması.....	97
a) Örgüt (Organizasyon) Analizi.....	98
b) İş (Görev) Analizi.....	99
c) Kişi (Performans) Analizi.....	99

<b>3- GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>101</b>
C- Diyarbakır İlinde ki Sağlık Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi Durum ve İhtiyaçlarını Belirlenmeye Yönelik Bir Araştırma.....	<b>101</b>
1. Araştırmanın Konusu.....	<b>101</b>
2. Çalışmanın Amacı.....	<b>102</b>
3. Araştırma Yöntemi.....	<b>102</b>
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	<b>102</b>
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	<b>102</b>
3.3. Veri Toplama Aracı.....	<b>103</b>
3.4. Veri ve Bilgilerin Analizi.....	<b>104</b>
<b>4- BULGULAR.....</b>	<b>105</b>
<b>5- TARTIŞMA.....</b>	<b>143</b>
<b>6- SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>163</b>
<b>7- KAYNAKLAR.....</b>	<b>172</b>
<b>8- EKLER.....</b>	<b>184</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

1. Şekil 1. Hastalık Dönemleri.....	7
2. Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi .....	12
3. Şekil 3. Türkiye Sağlık Sektöründe Rol Alan Örgütlerin İşlevleri İtibariyle Sınıflandırılması.....	18
4. Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Merkezi Teşkilat Yapısı.....	19
5. Şekil 5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkezi Teşkilat Yapısı.....	20
6. Şekil 6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Merkezi Teşkilat Yapısı.....	21
7. Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Şeması.....	22
8. Şekil 7. 1. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Şeması.....	23
9. Şekil 7. 2. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı.....	24
10. Şekil 7. 3. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Şeması.....	24
11. Şekil 8. Hastane Sistemi .....	25
12. Şekil 9. Mülkiyete Göre Hastane Türleri.....	28
13. Şekil 10. Yönetimin diğer disiplinlerle ilişkisi.....	31
14. Şekil 11. Yönetici ve Becerileri.....	38
15. Şekil 12. Üst Yöneticilerin Liderlik Özellikleri.....	44



**TABLolar DİZİNİ**

1. Tablo 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri.....105
2. Tablo 1. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri.....106
3. Tablo 2. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Deneyimleri İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı.....108
4. Tablo 3. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Göre “Yöneticiliğin Öğrenilebilir Bir Kavram Olup-Olmaması” İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....109
5. Tablo 3. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Göre Yöneticiliğin Öğrenilebilir Bir Kavram Olduğunu İfade Edenlerin Nedenlerinin Dağılımı.....109
6. Tablo 3. 2. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Göre Yöneticiliğin Öğrenilebilir Bir Kavram Olmadığını İfade Edenlerin Nedenlerinin Dağılımı.....109
7. Tablo 4. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgiler.....110
8. Tablo 5. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Görevinin Yerine Getirilebilmesi İçin Yönetici Adaylarında Bulunmasını Öngördükleri Yetenek ve Beceriler Neler Olmalı İfadelerinin Dağılımı.....111

9. Tablo 6. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgiler.....112
10. Tablo 7. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgiler.....112
11. Tablo 8. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Diğer Yönetimlerden Farklı Görüp-Görmeme Düzeylerinin Dağılımı.....113
12. Tablo 9. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimine İhtiyaç Duyup-Duymamaları Durumlarının Dağılımı.....113
13. Tablo 10. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Genel Yönetim Üzerine Eğitim Alıp-Almadıkları Durumlarının Dağılımı.....113
14. Tablo 10. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Genel Yönetim Üzerine Nereden Eğitim Aldıklarının Dağılımı.....114
15. Tablo 11. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık hizmetleri Yönetimi Üzerine Eğitim Alıp-Almadıkları Durumlarının Dağılımı.....114
16. Tablo 11. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Üzerine Nereden Eğitim Aldıklarının Dağılımı...114

17. Tablo 12. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Genel Yönetim ve Sağlık Yönetimi Üzerine Eğitim Almama Nedenlerinin Dağılımı.....114
18. Tablo 13. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimi Nasıl Olmalı Cevaplarının Dağılımı.....115
19. Tablo 13. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimi “Görev Öncesi Özel Eğitim” Olmalı İse Bu Eğitim Nasıl Olmalı? Cevaplarının Dağılımı.....116
20. Tablo 14. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İle İlgili Bilgiler.....117
21. Tablo 15. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yöneticilik Görevinin Yerine Getirebilmesi İçin Yöneticinin Hangi Konularda Eğitim Almış Olması Gerekli Görüşlerinin Dağılımı.....118
22. Tablo 16. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Bağlı Buldukları Kurumlarının Yönetici Geliştirme ve Eğitim Yaklaşımlarının Olup-Olmaması Durumlarının Dağılımı.....118
23. Tablo 16. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin “Yönetici Geliştirme ve Yönetici Eğitimini” Hangi Kurumlar Planlamalıdır Görüşlerinin Dağılımı.....119
24. Tablo 16. 2. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin “Yönetici Geliştirme ve Yönetici Eğitimini” hangi kurumlar Uygulamalıdır Görüşlerinin Dağılımı.....119

25. Tablo 17. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görevlerinde Tercih Ettikleri Öğrenme Yöntem ya da Yöntemleri Nelerdir? Görüşlerinin Dağılımı.....120
26. Tablo 18. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görevlerine Gelecek Aday Yöneticilerde Hangi Eğitim Düzeyini Aradıkları Hususunda ki Dağılımı.....121
27. Tablo 18. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görevlerine Gelecek Aday Yöneticilerde Hangi Eğitim Bilgilerini Aradınız Hususunda ki Dağılımı.....121
28. Tablo 19. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görevlerini Profesyonel Sağlık Yöneticisine Devretmede Gönüllü Olup-Olmama Görüşlerinin Dağılımı.....122
29. Tablo 20. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tıp Eğitimi Almışların Yönetici Olmalarını Kaynak İsrافی Olarak Görüp-Görmeme Görüşlerinin Dağılımı.....122
30. Tablo 20. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tıp eğitimi Almış Kişilerin Yönetici Olmalarını Kaynak İsrافی Olarak Görenlerin Cevapları Dağılımı.....123
31. Tablo 20. 2. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yönetici Olmalarını Kaynak İsrافی Olarak Görmeyenlerin Cevapları Dağılımı.....123

32. Tablo 21. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Göre İl düzeyinde “Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Eğitimi” ni Hangi Kurum-Kuruluşlar İşbirliği İçinde Yapmalıdır Cevaplarının Dağılımı.....124
33. Tablo 22. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Göre İlin toplum Sağlığı Düzeyinin Yükseltilebilmesi İçin Hangi Sorunlar Ne Derecede Önemlidir Cevaplarının Dağılımı.....125
34. Tablo 23. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Atanma Türlerine Göre Dağılımı.....126
35. Tablo 24. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....127
36. Tablo 25. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Yaş Ortalamalarının Dağılımı.....128
37. Tablo 26. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Mezun Oldukları Okullara Göre Dağılımı.....128
38. Tablo 27. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Kendilerini Hangi Meslek Grubunda Tanımladıklarının Dağılımı.....129
39. Tablo 28. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açıları Dağılımı.....130

40. Tablo 29. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Yöneticilik Dışında Başka Görevlerinin Olma Durumlarının Dağılımı.....131
41. Tablo 30. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Hekim ve Hekim Dışı Yöneticilerine Göre Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yöneticilik Yapmasını Kaynak İsrafi Olarak Görme Durumlarının Dağılımı.....131
42. Tablo 31. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve 2012 Öncesi Yöneticilik Yapma Durumlarının Dağılımı.....132
43. Tablo 32. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve 2012 Öncesi ve Sonrası Yöneticilikte Geçirdikleri Sürelere Göre Dağılımı.....133
44. Tablo 33. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Görevlerini Profesyonel Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Devretme Konusunda Gönüllülüklerinin Dağılımı.....134
45. Tablo 34. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Denetim Alanlarını Bilme Durumlarının Dağılımı....135
46. Tablo 35. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Diğer Yönetimlerden Farklı Görmelerinin Dağılımı.....135

47. Tablo 35. 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Yöneticilere Göre Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Diğer Yönetimlerden Farklı Görme Nedenlerinin Dağılımı.....136
48. Tablo 36. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Halihazır da Buldukları Görevi Yerine Getirmede Yönetim Eğitimine İhtiyaç Duyma Dağılımı.....137
49. Tablo 37. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerinin Genel Yönetim Eğitimi Alma Durumları Dağılımı.....138
50. Tablo 38. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerinin Sağlık Yönetimi Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı.....138
51. Tablo 39. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitimi Veren Kurumlardan Haberdar Olma Durumlarının Dağılımı.....138
52. Tablo 40. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Genel Yönetim Konusunda Okuma Durumlarının Dağılımı.....139
53. Tablo 41. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Yönetimi Konusunda Okuma Durumlarının Dağılımı.....140

54. Tablo 42. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Mezun Oldukları Okul Yılına Göre Yöneticilik Durumlarının Dağılımı.....140
55. Tablo 43. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimin Nasıl Olması Gerektiği Durumlarının Dağılımı.....141
56. Tablo 44. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Yer ve Mezun Oldukları Okul yıllarına Göre Lisansüstü Eğitim Yapıp-Yapmama Durumları Dağılımı.....142
57. Tablo 45. Araştırmaya Katılan Sağlık Memuru/Hemşire Yöneticilerinin Sağlık Yöneticiliği Üzerine Görüşleri.....143
58. Tablo 46. Araştırmaya Katılan Hekim Yöneticilerin Sağlık Yöneticiliği Üzerine Eğitim Almama Nedenleri .....144



**GRAFİKLER DİZİNİ**

1. Grafik 1. Hastanelerin Kurumlarına Göre Dağılım Grafiği.....28
2. Grafik 2. Hastanelerin Kurumlarına-Yatak Sayısına-Nitelikli Yatak Sayısına Göre Dağılım Grafiği.....29
3. Grafik 3. Hastanelerin Rollerine Göre Dağılım Şeması.....30
4. Grafik 4. Ön lisans Düzeyinde Sağlık Yönetimine ait Mezun Olan Öğrencilerin Yıllara Göre Dağılımı.....91
5. Grafik 5. Türkiye’ de Sağlık Yönetimi Eğitimi veren Bölümlerin Derecelerine Göre Sayıları (2015).....91

**KISALTMALAR DİZİNİ**

- 1- SDP .....Sağlıkta Dönüşüm Programı
- 2- KHK.....Kanun Hükmünde Kararname
- 3- OECD .....Organisation for Economic Co-  
operation and Development- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
- 4- DSÖ.....Dünya Sağlık Örgütü
- 5- IMF.....International Monetary Fund-  
Uluslararası Para Fonu
- 6- AUPHA.....Sağlık Yönetimi Eğitim Komisyonu-  
Sağlık yönetimi üniversite programları birliği -Association of University  
Programs in Health Administration
- 7- TTB.....Türk Tabipler Birliği
- 8- SB.....Sağlık Bakanlığı
- 9- WB.....Dünya Bankası
- 10- A.B.D.....Amerika Birleşik Devletleri

## ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetlerinin yönetimi; sağlık kuruluşlarında insan kaynakları yönetimi ve finansal yönetimin yanı sıra bu kuruluşların mimarisi, laboratuvar, ameliyathane, dosyalama-arşiv, otelcilik, yeme-içme-temizlik-güvenlik, eczane hizmetlerinin yönetimi gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Sağlık kurumlarının büyüklüğü ve karmaşıklığı arttıkça bu yapıların yönetiminin daha kalifiye ve ihtisaslaşmış kişiler tarafından üstlenilmesi ihtiyacı 1900'lerin başlarından itibaren gündeme gelmeye başlamıştır. 1930'lardan sonra Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) ve Avrupa'daki pek çok gelişmiş ülkelerde sağlık işletmelerinin yönetimi eğitim almış profesyonellerce icra edilmeye başlanmıştır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile beraber sağlık kurumlarının yönetiminde profesyonel sağlık yöneticilerinin yer almasının benimsenmesine karşın hâlen sağlık yöneticiliği eğitimi almamış hekim ve hemşirelerin yönetimde etkinlikleri devam etmektedir.

Çalışma Diyarbakır ilinde görev yapan sağlık hizmetleri yöneticilerinin genel ve sağlık yönetimleri üzerine yönetim eğitimi alma ve eğitim ihtiyaçlarının saptanması ve belirlenen ihtiyaca yönelik öneriler geliştirmeyi amaçlayan tanımlayıcı bir çalışmadır. Toplamda 149 yönetici araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler SPSS 18 (statistical package for social sciences) programında değerlendirilmiştir.

Yöneticilerin sadece % 22,2' si yöneticilik üzerine bir okuldan (İşletme-Kamu Yönetimi-Sağlık Yöneticiliği-İktisat) mezun olup, % 20,1' i yüksek lisans eğitimi almıştır. Yöneticilerin % 73,2' si yöneticiliğin öğrenilebilir bir kavram olduğunu, % 81,9' u ise sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Yöneticilerin sadece % 97,3' ü yöneticilik görevi için yönetim eğitimine ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir.

Görevinizi devralacak kişilerde ne tür eğitim almalarını istersiniz sorusuna % 63,2' si 1. sırada doktora eğitimi almalarını belirtmişlerdir. Yöneticilerin % 72,5' i görevlerini profesyonel sağlık yöneticilerine devretmede gönüllü olacaklarını, % 57' si ise tıp eğitimi almış hekimlerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak

gördüklerini ifade etmişlerdir. Her 10 yöneticiden ancak 1' i kendilerini yönetici olarak görmekteydiler.

- 1- Yöneticilerin tamamına yakını sağlık hizmetleri yönetimini diğer yönetim türlerinden farklı olduğunu ve ayrıca yöneticilik görevi için de yönetim eğitime ihtiyaç duyulduğunu, “yönetim eğitimi nasıl olmalıdır” sorusuna ise % 60' ı görev öncesi özel eğitim derken, % 29' u Lisans-Lisansüstü eğitim olmalı demişlerdir.
- 2- SB-Üniversiteler-STK ve Meslek Odaları sağlık yöneticiliği eğitimlerinin planlama ve uygulanmasında işbirliği içinde olmalıdırlar.
- 3- Sağlık yönetimi ve genel yönetim alanlarından Lisans/Lisansüstü/Doktora eğitim alan yönetici ve yönetici adaylarına yönetim kademelerinde yer verilmesi kurumların dönüşümü, başarısı ve dolayısı ile SDP' nin istenen düzeylere erişmesi için büyük önem arz etmektedir.
- 4- Her ilde o ilin sağlık kuruluşları ile üniversiteler arasında yapılacak protokollerle mevcut sağlık yöneticilerine, multidisipliner bakış açısı ile “sağlık yöneticiliği eğitimleri” verilebilir. Bu da bize mevcut sağlık yöneticilik kalitesini arttırma noktasında ilerleme sağlatacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Yönetimi, SDP, Sağlık Yönetimi Eğitimi, Genel Yönetim, Profesyonel Sağlık Yöneticiliği, Sağlık Bakanlığı

## SUMMARY

At the present time, the management of health services, management of human resources in health facilities and financial management as well as the architecture, laboratories, operating rooms, filing, archiving, hospitality, food and beverage, cleaning and safety of these organizations and such as management of pharmacy services are spread over a wide range. Increasing enormosity and complexity of the health institutions need to be undertaken by people who are more qualified and specialized in management of these structures (institutions) since beginning of 1900s began to arrive at the beginning of the agenda. After 1930 the United States and in many developed countries in Europe began to be performed by professionals who have received management training of health business. In our country, the Health Transformation Programme (HTP), together with the adoption of the management of health institutions to take the place of professional health managers although it still appeared that physicians and nurses who are not trained on health directorate education, in management their activities are ongoing.

In this study, who served in Diyarbakir city, health services managers receive training on general management and health care management and determining their training necessity, appointing what are the trends that cause these requirements and developing recommendations for the descriptive requirements is a descriptive study. Total of 149 managers in the study. All data has been evaluated the program SPSS 18 (statistical package for social sciences).

Executives of just 22.2 % from a university on the manager (Business-Government-Health Administration-Economics) has graduated, received 20.1 % of graduate (master) education. 73.2 % of the executives stated leadership is a concept of can be learned, while 81.9 % stated that they see health care management as a professional profession.

97.3 of managers stated that the needs for management training for managerial task. To the question; what type of training do you want to get the person who takes over the tasks, ranked first in the 63.2 % stated that they have received doctoral education. 72.5 % of managers to delegate their tasks would be voluntary to professional health managers, 57 % have stated that they are seen as a waste of resources, physicians who have received medical education to become executive (manager). They see themselves as good executive, only 1 out of every 10 executives.

- 1- Almost all of the managers stated health services management is different from other forms of management and there is also a necessity to the management training for managerial positions-tasks, to the question "how should be management education" %60 said special training before task, %29 said there should be undergraduate-graduate(master) education
- 2- The Ministry of Health, universities, non-governmental Organizations(NGOs) and professional associations should be in planning and cooperation in the implementation of health management(directorate) training.
- 3- From health care management and general administration department managers and executive candidates who have received education(training) on "Undergraduate(bachelor) / Graduate(master) / Doctoral" to be given a place in management, the transformation and success of the organizations, due to the HTP it is of great importance to reach the desired level.
- 4- In each province, it will be held protocols between the university and health agencies of that province to the current health managers(executives), with a multidisciplinary perspective "health management training" might be given. This will allow us to progress at the point of increasing the quality of the existing (current) health management.

**Keywords:** Health Management, Health Transformation Programme HTP, Healthcare Management Education, General Management, Professional Health Administration (Directorate), The Ministry of Health

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar bireysel ölçülerde başarı gösteremedikleri amaçlarını gerçekleştirebilmek için gruplar oluşturarak bu amaçlarını gerçekleştirmektedirler. Oluşturdukları bu grupların koordinasyonu yönetim kavramını ortaya koymuştur. Toplumsal gruplaşma çabaları artış gösterip bu durum toplumların her kademesinde olmazsa olmaz bir hal almaya başlayıp grupların büyüklük ve karmaşıklığı artıkça yönetim-yönetme-yöneticilik kavramlarının önemi de artmaya başlamıştır. Dolayısıyla bu çağın insan faaliyetlerinin en değerli kavramının yönetim olduğunu söylemek mümkündür. Yönetimi ve yöneticilik eğitimini bir bilim dalı olarak kabul ederken, doğuştan yetenekli olan insanların yönetici olabileceğini iddia etmenin yanlışlığı kadar eğitimleri boyunca sağlık yöneticiliği ya da genel yönetim üzerine eğitim almamış bir hekim ya da bir hemşireyi yönetici yaparak “yönetici bulduk” izlenimi vermekte bir o kadar yanlıştır.

Yönetimin bilim dalı olarak ortaya çıkması 18. yy. sonları ile 20. yy. başlarından itibaren gelişen endüstrileşme süreçleri, toplumsal ihtiyaçların çeşitlenmesi ve üretimin çeşitlenen ihtiyaçlara göre değişmeler yaşamaları ile uzman emek gücünün anlamı değer kazanmaya başlarken değişmelerin sonucunda yönetim bilimi ortaya çıkmıştır.

Kavram olarak yönetim; “Değişen çevrede sınırlı kaynakları en etkili şekilde kullanıp organizasyonun amaçlarına etkin bir şekilde ulaşmak için başkaları (grup) ile birlikte çalışmak” şeklinde tanımlanırken, diğer bir tanımda “Bir işi yürüten grubun çabalarının ortak bir amaca yöneltilmesi için lider-yönetici tarafından grubun kişilerine yol gösterme ve denetimin sağlanması” olarak ifade edilmiştir (1).

Yöneticilerin geliştirilme süreçleri, üretime götüren faktörlerin en iyi şekilde değerlendirilmesi, işletme büyüklüklerinin ve rekabetlerinin artması, işletme faaliyetleriyle ilgili bulunan çıkar gruplarının güçlenmesi ve işletme yönetimini etkileyen çevre koşullarının dinamizmi gibi nedenlerle her işletme için sürekli bir ihtiyaçtır (2).

Sağlık hizmetleri açısından yönetici geliştirme sürecini ele alındığında ise diğer sektörler kadar bu sektör içinde önemli bir gereksinim olduğunu söylemek yanlış olmaz. Konusu insan sağlığı olan sağlık sektöründe yönetim-yöneticilik diğer işletme türlerine göre kendine has bir önem arz etmektedir.

Yönetim kavramı sağlık hizmetlerinin insan yaşamı ile doğrudan ilişkisi olması nedeniyle özellikleri olan bir alandır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminde topluma yönelik ve sektörler arası işbirliğini gerektiren bir dizi yönetsel faaliyet gerekli iken, bu alanın daha karmaşıklaştığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyathane hizmetleri gibi geniş bir yelpazede yönetim gerekliliği sağlık yöneticiliğini daha fazla önemli hale getirmektedir (1).

Cumhuriyetten günümüze ülkemizde uygulana gelen sağlık politikalarında çok önemli temel değişim dönemleri yaşanmış olup ilki 1923-Dr. Refik Saydam' ın bakanlık dönem ile başlayıp, 1946-Dr. Behçet Uz ile Prof. Dr. Nusret Fişek' in öncülüğünde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilme uygulamalarının başlangıcı (1961-1963) önemli dönüm noktaları iken SDP (2003), bu dönüm noktalarından son halkayı oluşturmaktadır (3).

Son halka ile beraber ülkeler için sağlık sistemlerinde gerekli dönüşüm programlarının başarısı yöneticilerin performanslarını artırıcı yönde güçlü teşviklerin verilmesi ve buna karşın yöneticilerin de becerileri nispetinde yönetici olarak seçilmeleri ile mümkündür. Etkili dönüşüm programlarını gerçekleştirebilmek için yöneticiler arasında bu dönüşümü geliştirip-gerçekleştirebilecek girişimcilik ve sosyal sorumluluk programları sağlanmalıdır.

Ülkemiz sağlık hizmetleri alanında SDP ile beraber verimli sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için, bakanlığa bağlı merkezi ve taşra yöneticilikleri profesyonel sağlık yöneticileri tarafından icra edilmelidir. Ülkemiz de uzunca bir süre sağlık hizmetleri üretim unsurlarının (insan gücü, bina, sermaye, tıbbi araç-gereç vb.) yetersizliğinden söz edilirken, hastanelerin verimlilik ölçütlerinden biri olan



yatak doluluk oranı 2002 yılında % 54,0 iken 2014 yılı itibari ile % 70' lere ulaşmış ve söz konusu işletmelerde üretim faktörlerinin daha etkin bir şekilde kullanılması, dolayısıyla ileri düzeyde verimliliğin artırılması ve bu verimliliğin devamı için etkin bir sağlıkta dönüşüm programı ve bu dönüşümü gerçekleştirecek profesyonellere ihtiyacı vardır.

Kurum ve kuruluşların etkili yönetilmeleri ancak ve ancak, doğru ve ihtiyaca yönelik eğitim ve öğretim almış yönetici kadrolarla sağlanabilir. Dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi uzunca bir süre sağlık yönetimlerini ellerinden bırakmak istemeyen hekimler; ülkemizde de bunun böyle olduğunu kabul ve itiraf etmekte ve buna karşında yapılan araştırmalarda da katılanların % 81,0' i sağlık yöneticilerinin yöneticilik eğitimine ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (2).

SB' nin merkezi ve taşra yeniden yapılandırılmasını önceleyen 2 Kasım 2011 yılı 663 sayılı KHK' sine rağmen verilerimiz ve son 5 yıllık çalışmalar ekseninde, ülke sağlık hizmetleri yöneticiliğine yönelik profesyonel sağlık yöneticiliğine geçiş süreci işletilememekte ve dolayısı ile ülkemizde var olan ve sayıları hızla artmakta olan lisans-yüksek lisans-doktora programlarına sahip üniversiteler den mezun sağlık yöneticiliği profesyonelleri göz ardı edilmektedir.

Bu çalışma ülkemizde sağlık hizmetlerinin yönetimi ve verimli sağlık yönetiminin gerçekleştirilmesi için sağlık yönetimi eğitiminin gerekliliğinin belirlenmesi, Türkiye taşra sağlık organizasyonu içinde ki en küçük birimden (Aile Hekimlikleri) en üst birime (İl Sağlık Müdürlüğü) kadar sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kişilerin bu konudaki yönetim ihtiyaçlarının tespiti ile mevcut eğitimler ve gereksinimlerinin ne olması gerektiğinin saptanmasına çalışılmıştır.

Bu bağlamda SDP' nin uygulanmaya başladığı günden bu güne program bileşenlerinden olan "Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez" bileşenine koşut olarak son 50 yıla yakın gelişmiş ülkelerdeki sağlık yönetimi profesyonelliğinin sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında etkisini göstermiş olmasına rağmen, ülkemizde

SDP' nin sağlık hizmetlerinin aktif sunumu ve bu sunumu kazançlı hale döndüreceğ olan profesyonel sağlık yöneticiliğinin gerekliliği bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### A) SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK YÖNETİM MESLEĞİ

#### 1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı-Sunumu

İnsanlara sağlığın günlük yaşamlarındaki değeri sorulduğunda, verilen yanıt genellikle "İlk sıralarda ve öncelikli" iken, aynı insanların gün içerisindeki yaşamsal aktivitelerinin ve davranışlarının bu durumu pek de doğrulamadığını ve çoğu zamanda sağlıksız yaşamın ortaya konulduğu görülmektedir (4).

Geçmiş dönemlerde sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanıp, tanımlanmış iken bu yapılan tanımın aslında hastalık kavramını ön plana çıkardığı, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı kabul edilmiştir. Günümüzde ise sağlık kavramının tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımıdır ki en çok kabul gören ve evrensel tanım özelliği taşımaktadır. Tanıma göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (5).

Hastalık kavramının hem toplumsal hem de bireysel algılanış durumlarına bakıldığında kavram olarak iki farklı anlam içerir (6):

1) Medikal açıdan hastalık (disease); doktorun bakış açısına göre nesnel anlamda bir durumu ifade etmektedir. Bu tanıma göre hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği işaret etmekte olup doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir.

2) Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness); sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı vb. duyma durumunu belirtir. Subjektif olarak algılanan hastalık (illness) organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyoekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik konumuna göre farklılıklar gösterir. Bireyin kendisinde hissettiği rahatsızlık durumu "illness", doktorun saptadığı hastalık

durumu “disease”, hastanın evine dönerken kendisinde hissettiği hastalık hali “sickness” olarak ifade edilmektedir. Hastalık durumu bireyler tarafından ikincil kazançlar için kullanılabilir. Kişinin başa çıkamadığı durumlarla karşılaşması durumunda bir savunma olarak, bireysel başarısızlığı rasyonalize etmek için, çevrenin dikkatini çekmek için kullanılabilirdiği gibi, kişinin çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması yoluyla bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir.

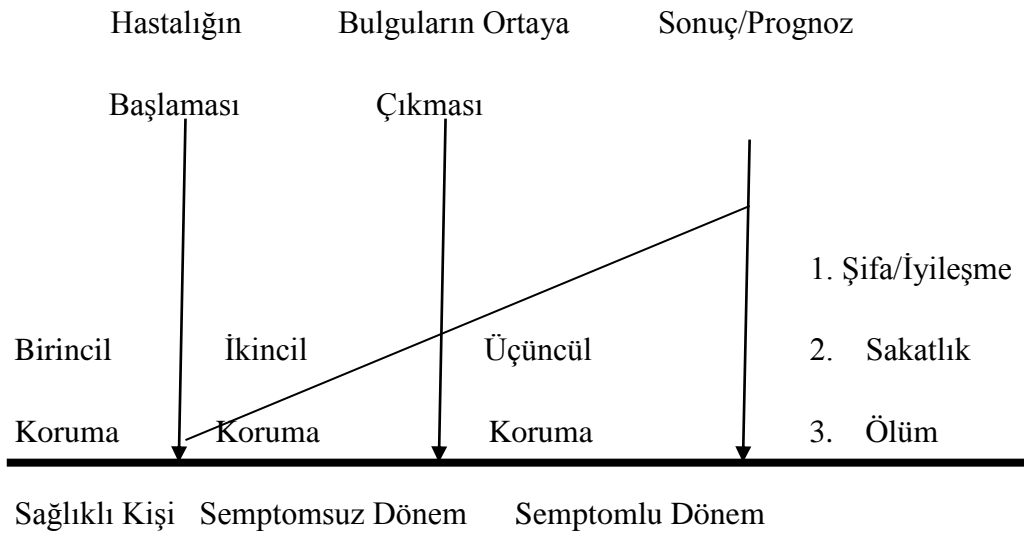
Hastalık-Sağlık kavramlarının tanımlanma zorluğuna ek olarak ayrıca bu kavramların toplumdan topluma ve bireyden bireye değişkenlikleri ile görecelikleri de söz konusudur. Bu iki kavram birey ve toplumlar arasında farklı yada aynı anlamlar ihtiva edebildiği gibi aynı toplumda zamanla farklılıklarda gösterebilir. Örnek olarak; Aşırı kiloluluk bazı toplumlarda hastalık olarak kabul edilirken, bazı toplumlarda zenginlik ve iyi beslenme göstergesi olarak algılanmaktadır. Bu kavramların bireyler-toplumlar ve hekimler tarafından farklı algılanabiliyor olması ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin algı eksikliği ya da fazlalığı, bazı hastalıkların erken teşhis edilememesine neden olurken, bazı durumlarda ise sürekli olarak sağlık kuruluşuna başvurmalarına neden olabilmektedir (4).

DSÖ’ nün yapmış olduğu sağlık tanımına uygun olarak sağlık hizmetleri; Kişilerin sağlıklarının idamesi, hastalandıklarında tedavilerinin yapılması ancak gerekli şifahi durum gerçekleşmeyince sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve kişilerin sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların bütünüdür. Kısaca sağlık hizmetleri; bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalık sonrasında yapılan tüm çalışmalar anlamında kullanılmaktadır. İnsan sağlığına zarar vermekte olan maddelerin elimine edilmesi, kişi ve toplumların bu zararlardan korunması, hastaların tedavisi ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların ise bedeni-ruhi yetenek ve becerileri azalmış olanlarının rehabilite edilmeleri ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için uygulanan planlı müdahalelerin tümüne sağlık hizmetleri denir (7). Sağlık hizmetleri sunumunda yukarıda sayılan üç amaç, Koruyucu-Tedavi Edici-Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri başlıkları ile tanımlanmaktadır (8).

### a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumun sağlıklı olma durumunu korumak amacıyla hastalık yapıcı veya sağlığı bozucu etkenleri, insan ve çevresinden uzak tutmak veya etkilerini azaltmak için kişiler ve çevreleri üzerinde yapılan çalışmalardır. Kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan birey üzerinde veya bireye yönelik olarak hekim, hemşire, sağlık memuru vb. sağlık meslek üyeleri tarafından kişinin sağlıklı olma durumunu korumaya yönelik olarak yapılan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, beslenmeyi düzenleme, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen ile sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadeledir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insanın çevresindeki sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya insanlar üzerindeki etkisini en aza indirmek için yapılan çalışmalardır. Atıkların zararsızlaştırılması, gürültü ile mücadele, besin güvenliği, çevre kirliliğinin ölçülmesi vb. hizmetler başlıcalarıdır (9).

### Şekil 1. Hastalık Dönemleri (7)



**Kaynak:** “Öztek Z., Üner S., Eren N., 20. Bölüm Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi, Editörler: Güler Ç., Akın L.,“Halk Sağlığı Temel Bilgiler III.Cilt” içinden, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları- 2012”

## **b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalanmış kişilere yönelik olup üç basamağa ayrılmaktadır. Her bir basamak aynı zamanda hastaların tedavi edildiği sağlık birimlerini de ifade etmektedir.

*Birinci basamak:* Hastaların tedavilerinin ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bunlar, hasta ya da sağlıklı bütün kişilerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlarda genellikle hasta yatağı bulunmamaktadır. Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması, İş Yeri Tabiplikleri, Verem Savaş Dispanserleri birinci basamak tedavi edici hizmetlerin verildiği yerlerdir.

*İkinci basamak:* Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler bu kurumlara örnek olarak verilebilir.

*Üçüncü basamak:* Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belli yaş gruplarına hizmet verirler. Doğum ve Çocuk Bakımevleri, Çocuk Hastaneleri, Kanseri Hastaneleri, Ruh Sağlığı Hastaneleri, Sanatoryumlar, Onkoloji Hastaneleri Kalp-damar Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma hastaneleri gibi. Alt basamakta tanı ya da tedavisi yapılamayan hastalar sıraya uygun olarak üst basamağa sevk edilir (8).

## **c) Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, bedence veya ruha sakat kalmış olan kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamlarını sürdürmeleri amacıyla yapılan çalışmalardır. Tıbbi ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olarak iki yönü bulunmaktadır (8).

#### **d) Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Bu hizmet başlığındaki temel sorumluluk bireylerdedir. Bu hizmet bedensel-zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Fiziksel aktiviteler yapılması, sigara-alkolden uzak durma gibi.



## 1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

İnsanlığın doğuşundan bugüne kadar en değerli olan kavram sağlıktır. Sağlığı korumak ve hastalıkları tedavi etmekle ilgili uğraşılarda insan emeğinin en değerli çıktısı sağlık için sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlıklı bireylerin topluma faydası yüksek iken tersi durumda ise ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok zordur. Bu nedenle kamu ekonomisi tarafından toplumun sağlığını “Korumaya” yönelik hizmetlerin üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bunun bilincinde olan gelişmiş ülkelerde de sağlık sektörüne büyük yatırımlar ayrılması ve ulusal gelirden önemli payların ayrılmasının nedeni de budur. 2013 yılında toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya (GSYH) oranı incelendiğinde, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’ne (OECD) üye ülkeler içerisinde ortalamasının % 9,3 olduğu görülmektedir. Türkiye’de bu oran, OECD ortalamasının altında olup, 2012 yılında % 5,2 iken, 2013 yılında % 5,4 olarak gerçekleşmiştir.

20 ve 21. yy. batı toplumlarında sağlıkta gelişme ve ilerlemeler kaydedilmeye başlanmış olup, modern teknolojiler geliştirilerek çağdaş sağlık kuruluş ve sağlık sistemleri inşa edilmiştir. Ve bu gelişmeler ışığında globalleşen dünyanın gerekliliği olarak toplumların sağlığını hep daha iyiye taşımak için evrensel düzeyde sağlık politikaları ve sağlık yöneticiliği gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda istenen başarıya ulaşılabilmesi için hizmetin örgütlenme, yürütülme ve yeniden düzenleme hususlarına bağlı olarak uygun şekilde yeniden planlanmasına bağlıdır (2).

Sağlık hizmetleri sunumunun hataları tolere etmediği ilkesi üzerinden düşünüldüğünde istenen hedeflere ulaşılabilmesi için bütün aşamaların uygun bir tarzda ve toplumun tüm kesimlerinin kabul edebilirliği göz önünde bulundurularak yeniden planlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu gerçekleştirilirken gerek örgütlenme şekli ve gerekse de örgütlenmede kullanılacak kaynaklara kadar (para, personel, hastane-servis-yatak sayıları ve dağılımı, tıbbi araçlar vb. ) karar verilebilmesi için en azından bölgenin tanınması (coğrafik yapısı, nüfusu, nüfusun



yaşı ve cinsiyet yapısı, en çok öldüren-en sık görülen hastalıklarının) bilinmesi elzemdir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna dair en önemli hususlardan bir diğeri de verilen hizmetlerin sunum başarısının tespiti hizmetten doğan memnuniyeti ortaya koyarken, dolayısı ile sağlık personelinin performansının ortaya konulabilmesi içinde bir takım istatistikî ölçümlerin ortaya konulması gerekir. Toplumun sağlık düzeyini gösteren ölçütler topluma verilen sağlık hizmetinin yıllara göre etkinliğinin ölçülmesi ülkelerin bölgeleri hatta uluslar arası karşılaştırılmalarında kullanılarak sağlık hizmetlerinin etkinliği ortaya konulmuş olur. Ülkelerin sağlık düzeylerini gösteren temel ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir (10);

**a) Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler;**

- Kaba Doğum Hızı;
- Yaşa Özel Doğurganlık Hızı;
- Toplam Doğurganlık Hızı (TDH);

**b) Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler;**

- Kaba Ölüm Hızı (KÖH);
- Anne Ölüm Oranı;
- Bebek Ölüm Hızı;
- 5 (Beş) Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı;

Diğer önemli ölçütler ise;

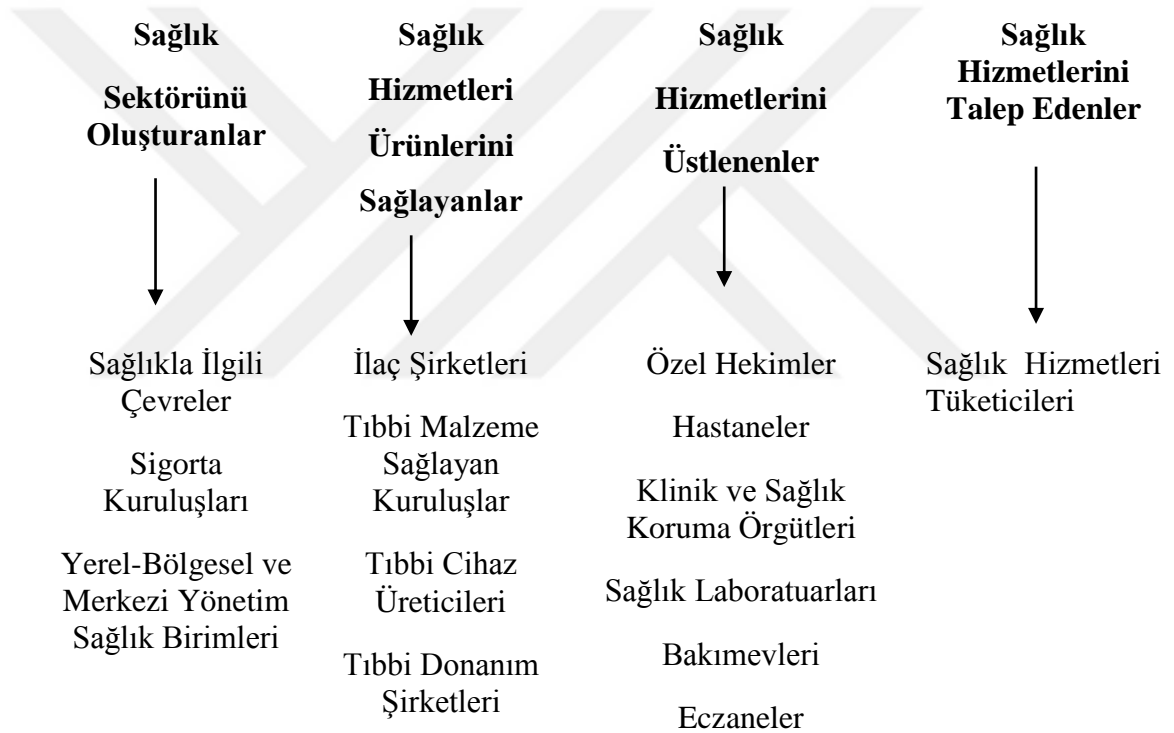
- Hastanede Yapılan Doğum Yüzdesi:
- Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğum Yüzdesi:
- Aile Hekiminden Hiç Hizmet Almayan Kişi Yüzdesi:
- Sezaryenle Doğum Yüzdesi
- Bebek başına ortalama izlem
- Kişi Başı Aile Hekimine Ortalama Müracaat (başvuru) Sayısı

Ölçütler bize ülke sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık politikalarından doğan programların gerçekleşme başarısını değerlendirmemize olanak sağlar.

## 1. 2. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Endüstrisi

Sağlık hizmetleri; teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri için kişisel ve kurumsal kamu ve özel sektörün sunmuş olduğu mal ve hizmetler şeklinde tanımlanabilir. Sağlık sistemlerinde önemli olan sağlık hizmetleri vasıtası ile toplumsal ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, buda sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönü ile sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar (Özel hastaneler, sigorta şirketleri) olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda (ASM-TSM) yer almaktadır (5).

**Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi (11)**



**Kaynak:** “ODABAŞI Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. Yayını, Eskişehir-2001”

### 1. 3. Sağlık Hizmetleri Sektörünün Özellikleri:

Sağlık kuruluşları, birer hizmet işletmeleri olduklarından hizmetlerin bütün özelliklerini taşımaktadırlar ki bu özellikler şöyle sıralanabilir (11-12)

1. Sağlık bakımı, genellikle tüm hizmetler içinde en soyut olanıdır. Ürünü satın almadan önce deneme ihtimalinin olmamasıyla birlikte, tüketici hizmeti tükettikten sonra bile genellikle ürünü değerlendiremez. Arz-talep dengesizliği vardır.
2. Sağlık hizmetleri sektörü çok farklı alanlarda ihtisaslaşmış uzman, yarı uzman ve uzman olmayan kişilerin çalıştırıldığı bir sektördür.
3. Sağlık hizmetleri sektörü diğer sektörlerle oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür.
4. Sektörler arası işbirliği gerekir.
5. Sağlık hizmetlerinin bireye sağladığı yarar kadar topluma sağladığı yararda açıktır.
6. Sağlık hizmetlerinde talepte belirginlik yoktur, hizmete ne zaman ve ne şekilde ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez, tahmin edilemez.
7. Sağlık hizmetlerinin pazara girişinde çeşitli sınırlamalar vardır. Hizmeti sunacakların diplomalı olması gibi yasal zorunluluklar vardır.
8. Hizmetler homojen değildir, çoğu zaman heterojendir. Her hastalık aynı kefeye konmaz.
9. Sağlık hizmetlerinin garantisi yoktur.
10. Hizmetleri önceden test edemezsiniz.

#### 1. 4. Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri:

Sağlık bakanlığının sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında ki yönergesinde hizmetlerin yürütülmesindeki temel ilkeler şunlardır (13):

- a) Örgütlenmenin nüfusa göre yapılması gerektiği
- b) Entegre sağlık hizmeti
- c) Ekip hizmeti
- d) Sürekli hizmet
- e) Kademeli hizmet
- f) Katılımlı hizmet
- g) Kalite yaklaşımı
- h) Risk yaklaşımı

Sağlık hizmetlerinin sunumuna dair, tüketiciler için sağlık sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetler ele alınırken kimlere fayda sağlandığına bakıldığında; örneğin; ateşli grip te alınan bir ateş düşürücü gripli kişiye yarar sağlamakta iken vektörlerle mücadelede yapılan ilaçlamaların ise tüm toplum bireylerine yararı söz konusudur (14).

Sağlık hizmetleri tüketicileri, bireysel fayda sağlanan sağlık hizmetleri için doğrudan para harcama eğilimindedirler. Kamunun yararına olan sağlık hizmetleri için ise herkes bir başkasının para harcamasını bekler. Kısacası tedavi edici hizmetlerin kişiye özel yarar, koruyucu hizmetlerin ise kamuya yararı olduğu söylenir ama bu genelleştirme sağlık hizmetlerinin bütünü düşünüldüğünde geçerliliğini yitirmektedir. Örneğin; tüberkülozlu hastanın tedavisi yakın çevresindekilere yarar sağlar. Öte yandan, sağlık bilinci yüksek olan kişilerin aşılama, doğum öncesi bakım gibi koruyucu hizmetleri için para harcamaya hazır olmaları da mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin karmaşık finansman yapısı nedeni ile hizmetler ne tamamen kamu yararına devletin ya da bir kamu kuruluşunun eliyle nede tamamen kişiler tarafından özel cepten harcamalarla finanse edilebilir. Dolayısı ile tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir model bulunmamakla beraber bunun yerine birkaç modelin birlikteliği uygulanmakta olup sistemler yalnızca insanların sağlığını koruma ve tedavi etme sorumluluğuna sahip olmayıp hastalığın meydana getirdiği finansal risklere karşıda koruma sorumluluklarına sahiptirler (9-14).

Ülkeler için toplumlarının sağlığını geliştirmek ve korumak vazgeçilmez sağlık politikaları arasındadır. Bu ilke, 1978’ de Alma-Ata Bildirgesi’ n de “Temel Sağlık Hizmetleri” (TSH) kavramı olarak tanımlanmış olup “bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi” hususu vazgeçilemez hizmetler arasında yer almıştır. Sağlık eğitimi bilindiği üzere kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarından biri olduğu kadar, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almaları ve böylece halkın sağlık hizmetlerine doğrudan katılımı anlamına da gelmekte ve sağlığın geliştirilmesi konularında önemli uygulamalardan biri olarak yerini almaktadır (15).

TSH yaklaşımı, bizleri hizmet sunulan toplumu daha gerçekçi bir gözle tanımamıza, sorunları doğru olarak belirlememize ve akılcı politikalar geliştirmemize götürür. Bu çerçevede DSÖ tarafından 21. yüzyılın sağlık hedefleri belirlenmiş, üye ülkelerden en üst düzeyde politik kararlılık sağlamaları ve bu hedeflerle uyumlu eylem planlarını hazırlamaları beklenmiştir. Türkiye’de “Ulusal Sağlık 21 Politikası” oluşturulması girişimi, Bakanlığın öncülüğünde başlatılmış; DSÖ’ nün çerçevesini çizdiği “Herkesin Sağlık Hedef ve Stratejileri” doğrultusunda Türkiye’nin 21. yüzyıl için sağlık politikası belirlenmiştir.

TSH ile beraber Sağlık Eğitimi ise; Sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri içerisinde önemli bir yer tutmakta ve temel olarak sağlığı toplumsal bir değer hâline getirmeyi, halkı kendi sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri bütün olarak bir ağaca benzetildiğinde, halkın sağlık eğitimi bu ağacın gövdesini oluşturmaktadır (15).

Bu bağlamlara binaen DSÖ' nün "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi" ile Avrupa Çalışma Grubunun yayınlamış olduğu "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi" değerlendirmelerine göre: Temel bilgi ve perspektifimizin ne olmalı sorusu, karmaşık bir yapıya sahip sağlık hizmetlerinin, toplum sağlığına yaklaşımları temel ilkeler ekseninde ele alınmış ve istenen düzeyde toplumların sağlıklarının ne olması gerektiği hususunda maddeler sıralanmıştır (16).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin (program, politika ve diğer organize faaliyetler) temel ilkeleri:

- ✓ Güçlendirici (bireylerin ve toplumların sağlıklarını etkileyen kişisel, sosyoekonomik ve çevresel faktörler üzerinde daha fazla güç elde etmesini sağlamak);
- ✓ Katılımcı (sürecin tüm aşamalarına ilgili tüm tarafların katılımının sağlanması);
- ✓ Bütünlükçü (fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi);
- ✓ Sektörler arası (ilgili sektörlerdeki kurumların iş birliğini içeren);
- ✓ Hakkaniyetli (hakkaniyet ve sosyal adalet duygusuyla hareket eden);
- ✓ Sürdürülebilir (başlangıç finansmanı sona erdiğinde bireylerin ve toplumların sürdürebileceği değişiklikleri getiren);
- ✓ Çoklu stratejilere dayalı sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin, sağlığın pek çok davranışsal ve çevresel belirleyicilerini de dikkate alarak global düşünmesi ve spesifik yerel eylemlerde bulunması için yönetsel beceriler taşıması gereği vardır (2).

## 1. 5. Türkiye' de Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar

Ülkemizde koruyucu hizmetlerin sağlayıcısı konumundaki tek kurum sağlık bakanlığı iken, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde hem özel kuruluşları hem de devleti görmek mümkündür. Türkiye' de tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri veren kurum ve kuruluşları mülkiyeti açısından değerlendirdiğimizde (2);

- 1- Devlete bağlı Kurum ve Kuruluşlar
- 2- Özel Kurum ve Kuruluşlar Olmak üzere 2 grupta incelenir.

Ülkemiz sağlık sektöründe var olan gerek kamuya bağlı gerekse de özele bağlı örgütlerin işlevleri itibari ile sınıflandırılması Şekil 3' te detaylandırılmıştır.

**Şekil 3. Türkiye Sağlık Sektöründe Rol Alan Örgütlerin İşlevleri İtibariyle Sınıflandırılması.**

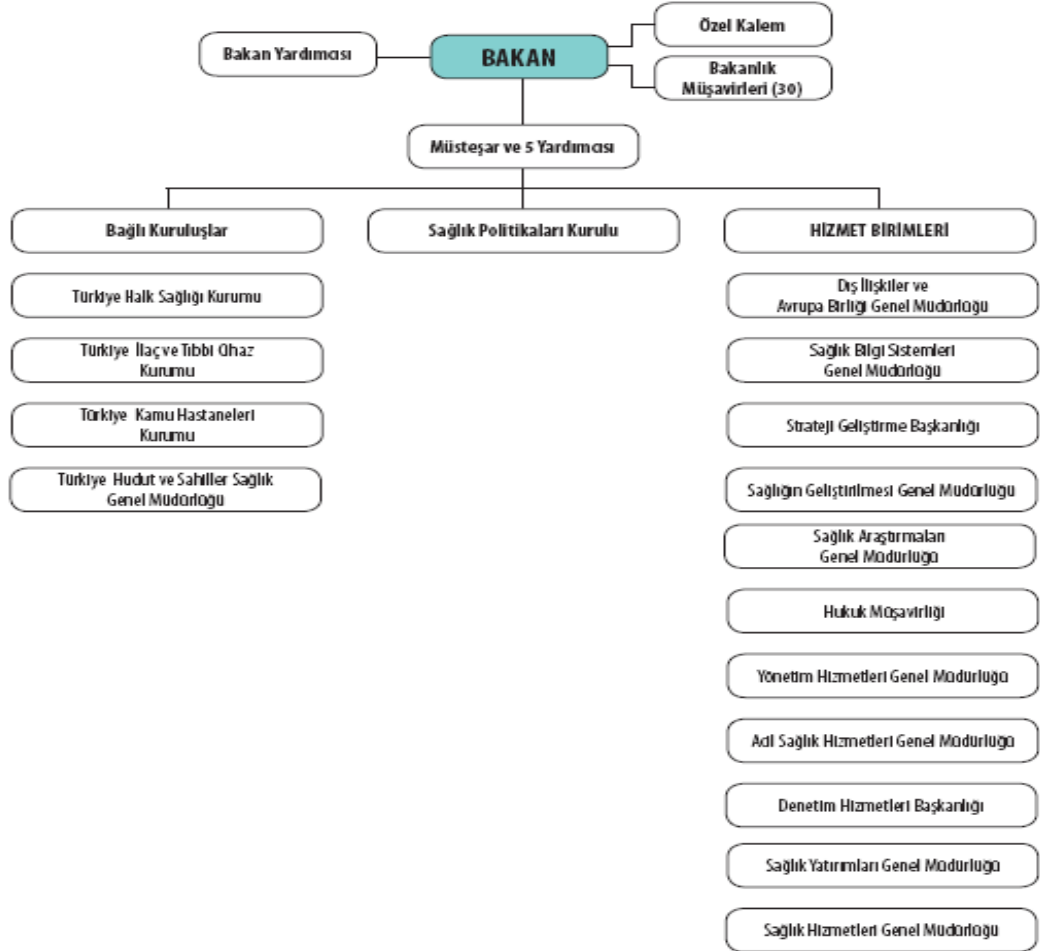


Kaynak: "Çatalca H., "Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi; Kocaeli Örneği", Doktora Tezi, İstanbul-2000"



2003 yılı SDP çerçevesine bağlı olarak 2011-663 sayılı KHK' sinde Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının merkezi ve taşra teşkilat yapıları aşağıdaki şekillerde yapılandırılarak yürürlüğe girmiştir (17-18).

#### Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Merkezi Teşkilat Yapısı



Kaynak: “<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yatakli-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yatakli-tedavi-kurum). Alınış Tarihi; 08/06/2016”

## Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar

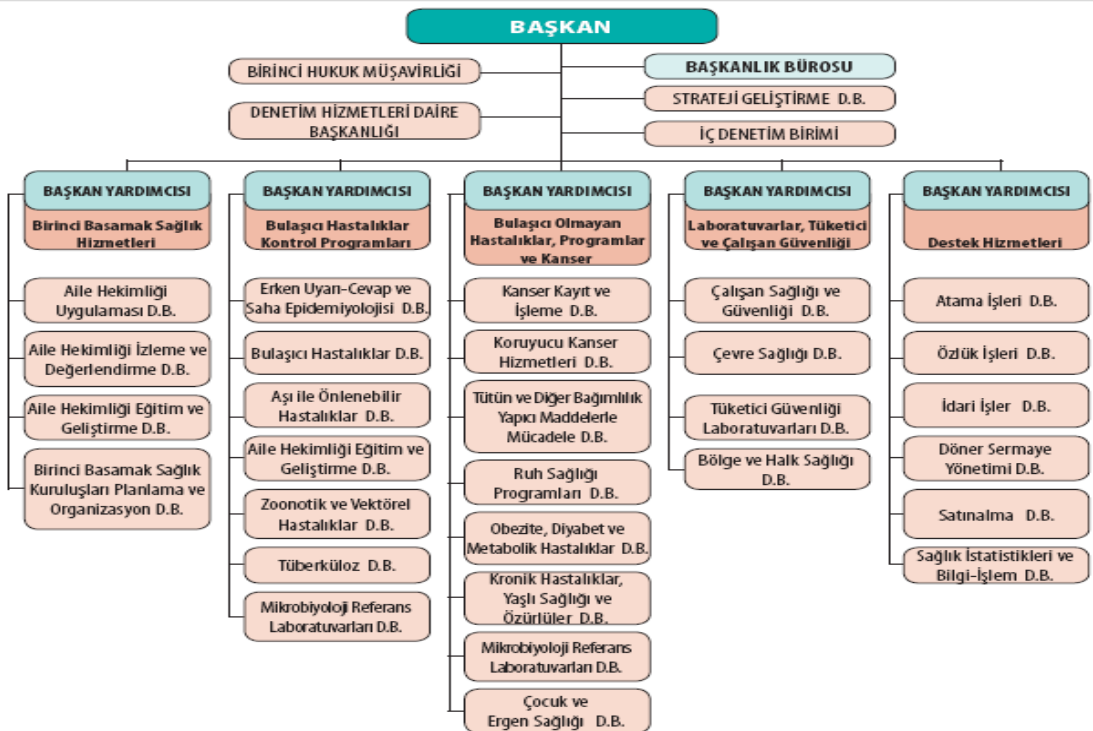
**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;** Ülkenin koruyucu sağlık hizmetlerini-laboratuvar hizmetlerini yürütür.

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu;** Kendisine bağlı devlet hastanelerini ve eğitim araştırma hastanelerini yönetir ve işletir.

**Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu;** Ülkenin her türlü ilaç, tıbbi cihaz ve her türlü tıbbi ürünün standartlarını belirler, ruhsatlandırır, denetler ve bu ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapar.

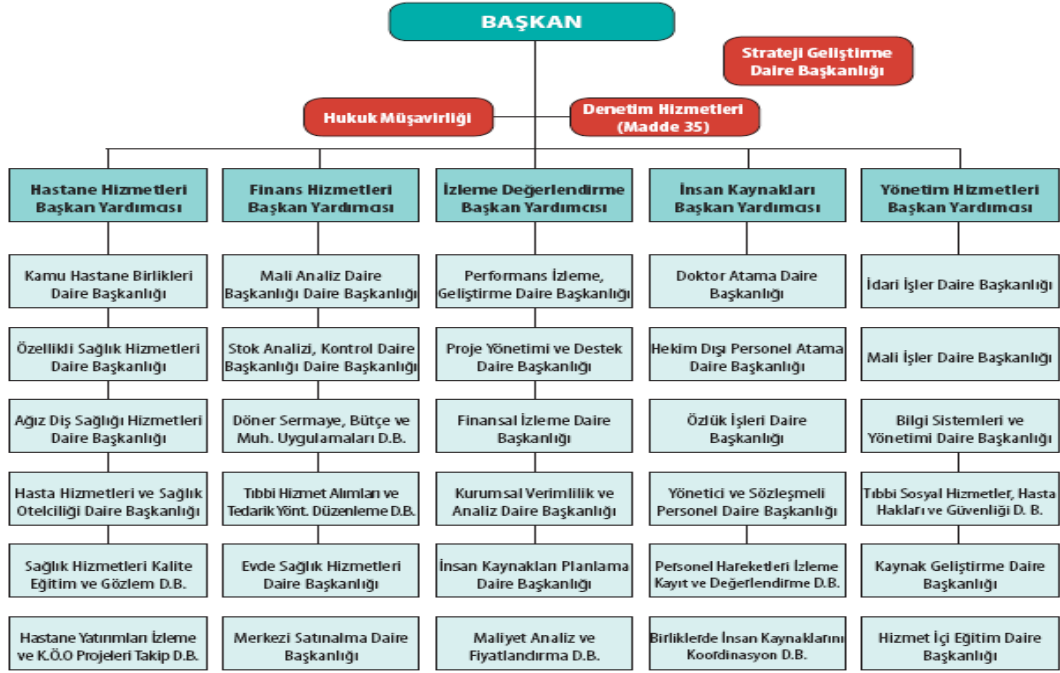
**Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü;** Türk boğazları-hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası bağlı bulunduğumuz sözleşme ve mevzuat hükümlerini yerine getirir, yürütür.

### Şekil 5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkezi Teşkilat Yapısı



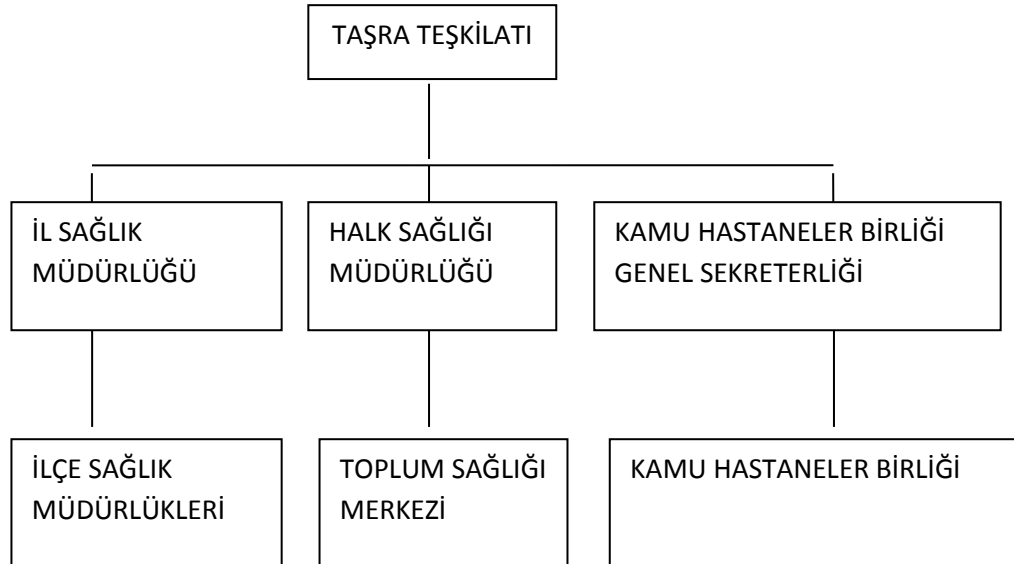
Kaynak: “<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yataki-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yataki-tedavi-kurum). Alınır Tarihi; 08/06/2016”

Şekil 6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Merkezi Teşkilat Yapısı



Kaynak: "<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yataki-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yataki-tedavi-kurum). Alıntı Tarihi; 08/06/2016"

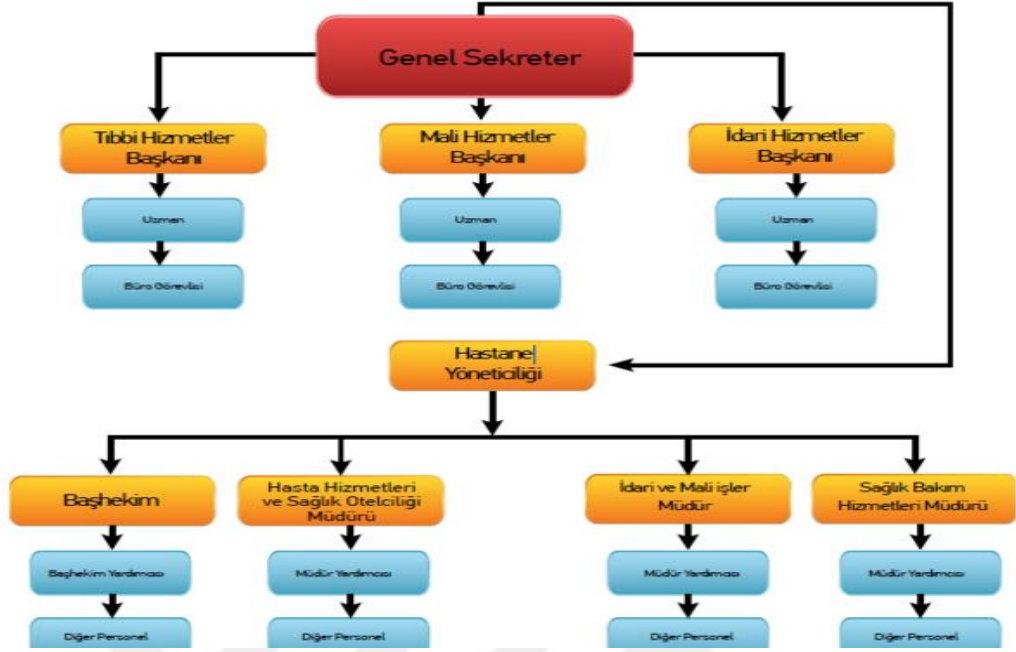
Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Şeması



Kaynak: "<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yataki-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yataki-tedavi-kurum). Alıntı Tarihi; 08/06/2016"

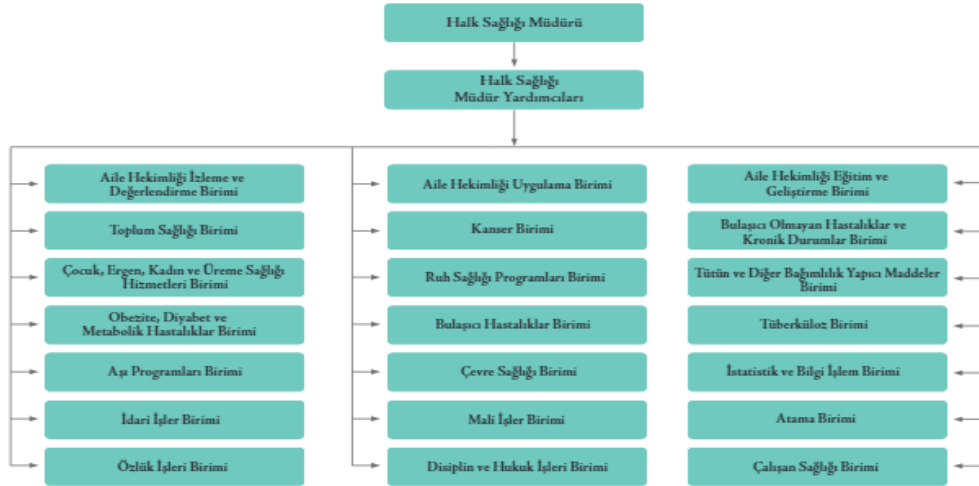


Şekil 7. 2. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Şeması



Kaynak: “<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yataki-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yataki-tedavi-kurum). Alıntı Tarihi; 08/06/2016”

Şekil 7. 3. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Şeması



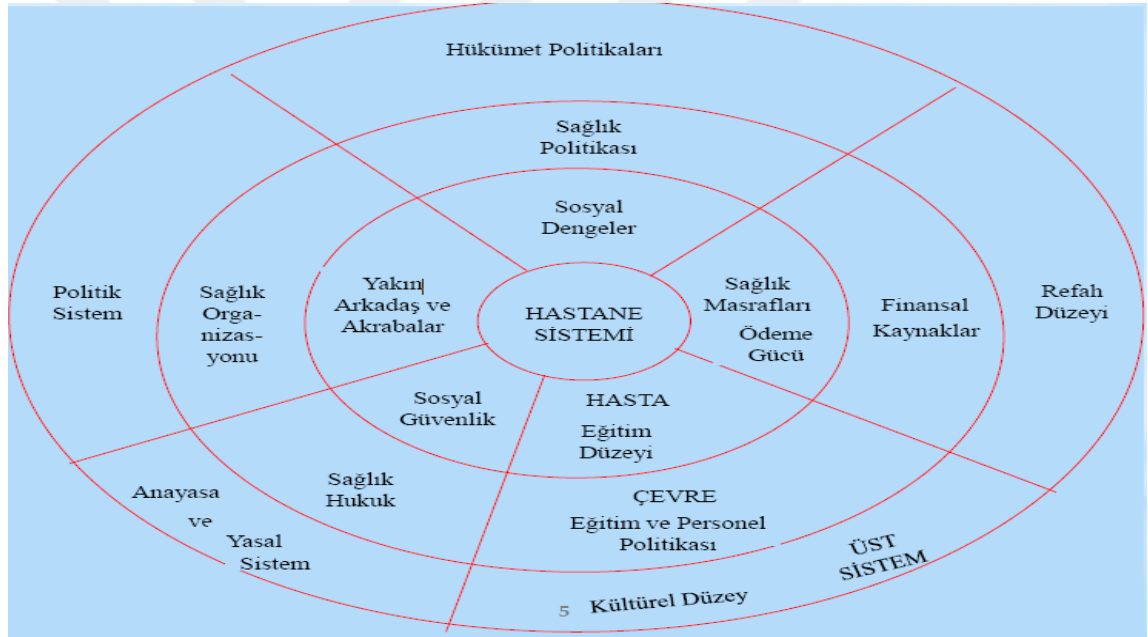
Kaynak: “<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yataki-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yataki-tedavi-kurum). Alıntı Tarihi; 08/06/2016”

## 1. 6. Hastanelerin Tanımı-Özellikleri-İşlevleri-Sınıflandırılması

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre; Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (5).

Sağlık kurumları yönetimi açısından bakıldığında; hastaneler sadece tıbbi hizmetler sunan fiziki mekânlar olmayıp pek çok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir.

Şekil 8. Hastane Sistemi



Kaynak: “Tengilimoğlu D., Akbolat M., Işık O., Bölüm III; Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, sınıflandırılması ve Fonksiyonları, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi” içinden, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık-2011”

Sağlık kurumlarının diğer kurumlardan ayırt eden özellikleri şunlardır:

- ✓ Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- ✓ Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- ✓ Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- ✓ Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- ✓ Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- ✓ Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının (hekim-hemşire-sağlık memuru-radyoloji teknisyeni-laborant-diyetisyen vb.) eşgüdümlü çalışmaları-koordinasyonları elzemdir.

Hastaneler, bünyesinde farklı özellikleri bulunduran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır. Buna göre hastaneler (5);

1. Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için bir tıbbi kuruluş,
2. Yönetimlerde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurdıkları için bir işletme,
3. Doktorlar ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile bir eğitim kurumu,
4. Tıbbi araştırmalara katkıları nedeni ile bir araştırma kurumu,
5. Ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunulması dolayısı ile bir sosyal kurum,
6. Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile bir toplumsal girişim,
7. Devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu,

8. Kısmen veya tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumu,
9. Personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan organizasyonlar olarak örgütlenmiş kurumlardır.

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşığdır. Karmaşıklığın nedenleri ise; (5);

- ✓ Hastane çevresinin karmaşıklığı,
- ✓ Tedavi talebinin acillik göstermesi ve reddedilemez oluşu,
- ✓ Aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma,
- ✓ Kullanılan teknolojinin karmaşıklığı.

Hastanelerin İşlevleri; (19)

1. Tıbbî
2. Yönetmel
3. Malî
4. Teknik
5. Otelcilik
6. Eğitim
7. Araştırma ve Geliştirme
8. Sosyal
9. Koruyucu Hekimlik işlevleri şeklinde sıralanabilir.

Hastaneler çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır;

1. Mülkiyet
2. Eğitim Statüsü



3. Hizmet Türü
4. Büyüklük
5. Hastaların Yatış süresi
6. Akreditasyon Durumu
7. Dikey Bütünleşme Basamağı

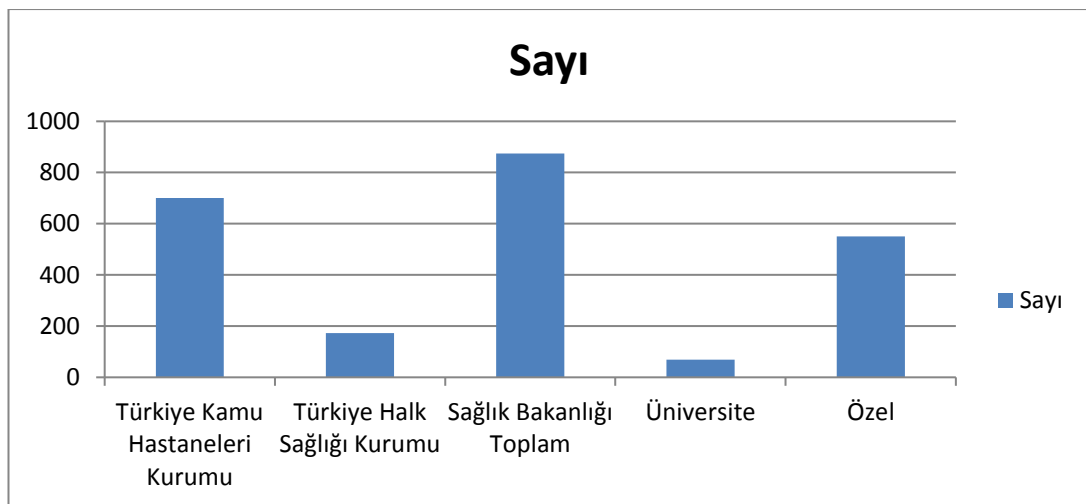
Mülkiyet durumuna göre hastaneler; mülkiyetin hangi kurum-kuruluşlara ait olduğuna veya kurum-kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılabilir (5).

### Şekil 9. Mülkiyete Göre Hastane Türleri



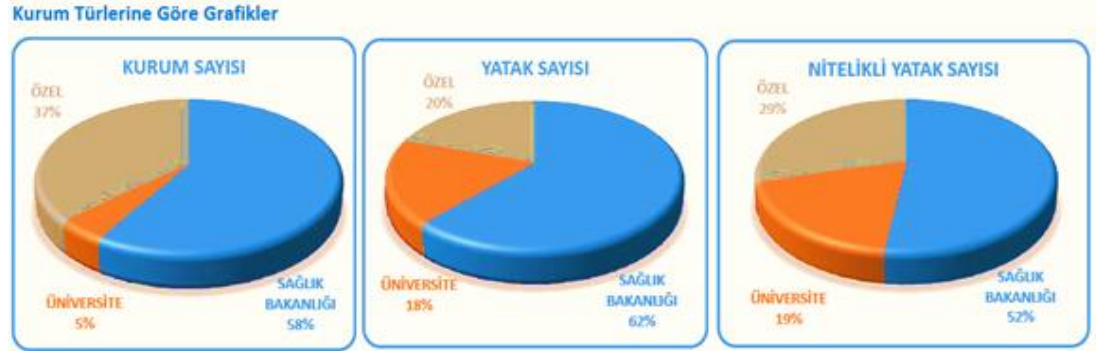
**Kaynak:** “Tengilimoğlu D. Akbolat M. Işık O., , Bölüm III; Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, sınıflandırılması ve Fonksiyonları, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi” içinden, Nobel Akademik Yayıncılık-2011”

### Grafik 1. Hastanelerin Kurumlarına Göre Dağılım Şeması



**Kaynak:** “<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>”

## Grafik 2. Hastanelerin Kurumlarına-Yatak Sayısına-Nitelikli Yatak Sayısına Göre Dağılım Şeması



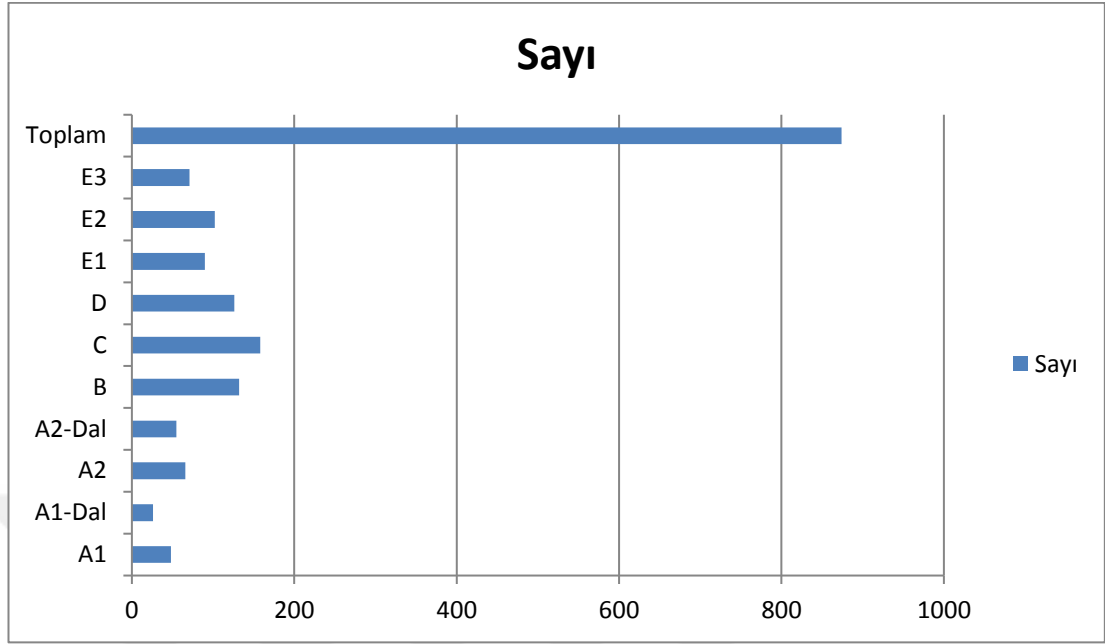
Kaynak:” <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>”

Ülkemizdeki hastaneler hizmet kapsamları dikkate alınarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada 5 hastane türü bulunmaktadır (19);

1. İlçe/Belde Hastanesi
2. Gün Hastanesi
3. Genel Hastaneler
4. Özel Dal Hastaneleri
5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Bölge sağlık planlaması modelinde ise hastaneler şu şekilde sınıflandırılmaktadır (19);

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. AI Grubu Genel Hastaneler  | 4. C Grubu Hastaneleri |
| AI Grubu Dal Hastaneleri      | 5. D Grubu Hastaneleri |
| 2. AII Grubu Genel Hastaneler | 6. E Grubu Hastaneleri |
| AII Grubu Dal Hastaneleri     | E1 Grubu Hastaneleri   |
|                               | E2 Grubu Hastaneleri   |
| 3. B Grubu Hastaneleri        | E3GrubuHastaneleri     |

**Grafik 3. Hastanelerin Rollerine Göre Dağılım Şeması**

Kaynak: "<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>"

## 2. Sağlık Yönetim Mesleğinin Dünü-Bugünü-Yarını

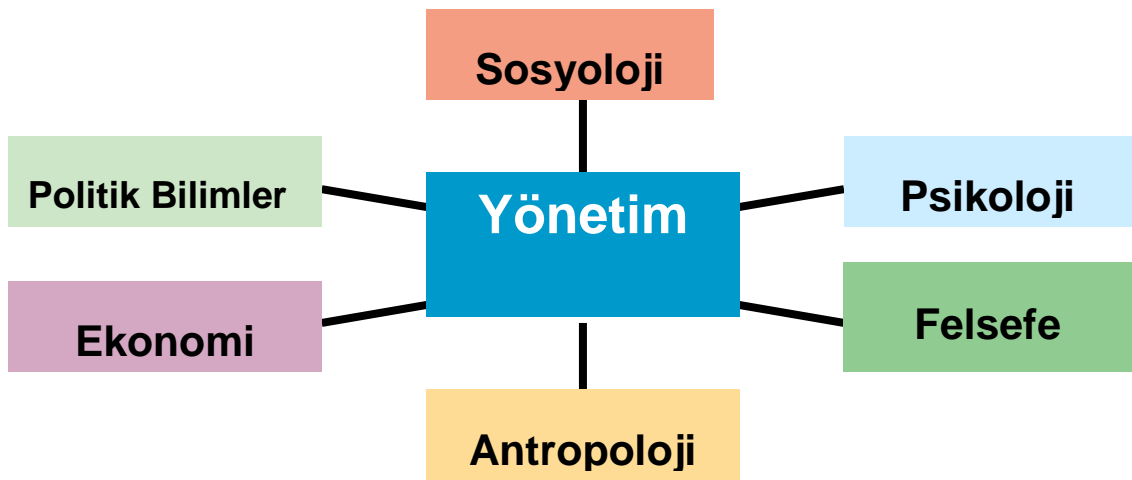
### 2. 1. Yönetimin Anlamı

Yönetim kavramı birçok insan için “iş yönetimi” ile eş anlamlıdır. Günümüz tanımıyla yönetim kavramı ilk kez büyük çaplı-uluslararası iş kuruluşlarında ortaya çıkmış olup artık bilinmektedir ki yönetim kavramı sadece ticari kuruluşlar için değil aynı zamanda ticari olmayan kuruluşlar için de daha büyük anlamlar taşımaktadır. Yönetim kavramının sadece iş dünyasına özgü olmadığı hususu ilk kez ABD’ de anlaşılmiş ve ikinci dünya savaşı sonrası Japonya başta olmak üzere tüm gelişmiş ülkelerce benimsenmiştir. Savaş sonrasına kadar yönetici demek “Astların işinden sorumlu olan kimse” demek iken, 1950’ ler sonrasında ise “Yönetici, bilginin kurum içerisinde uygulanmasından ve performansından sorumlu olan kişidir” şeklinde bir yaklaşıma evrilmiştir. Kısacası 1950’ ler den günümüze dünya ölçeğinde bir “Yönetim devrimi” n den bahsetmek mümkün hale gelmiştir (14).

Yönetim gerekli örgütsel süreçlerin bütünüdür”

“Yönetimin bilim haline dönüşmesine katkısı bulunan Henri Fayol’ un ifade ettiği şekliyle; iş bölümüdür, yetki kullanımıdır, disiplindir, emir-komuta birliğidir, yönlendirme birliğidir, bireysel ilgilerin genel ilgilerden sonra gelmesidir, karşılığını almadır vb. temel prensipleri” içermektedir ( 20).

#### Şekil 10. Yönetimin diğer disiplinlerle ilişkisi



**Kaynak:** "Sur H., "Yönetim Etiği, Sağlık Yönetiminde Gelecek", Sağlık Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Diyarbakır-Kasım 2012"

## 2. 2. Yönetimin Özellikler (21);

➤ **Süreç:** Yönetim, birbirleriyle ilişkili ve etkileşim durumunda olan işlev ve faaliyetler bütünüdür.

➤ **Amaç:** Kurumsal amaç ve hedeflerin başarılması ile ilgilidir.

➤ **Kaynaklar:** Bu amaç ve hedeflerin insan ve diğer kaynaklar aracılığı ile başarılabilmesidir.

➤ **Yapı:** Yönetim, formel örgütlenme içinde ortaya çıkar. Formel örgütlenme, personelin yetki ve sorumlulukları ile iletişim kanallarını içermektedir.

**Yönetici:** Organizasyonun çeşitli seviyelerinde bulunan ve tüm unsurların uyum içinde yapılmasını sağlayan kişidir.

### **Yönetici rolleri:**

➤ Kişilerarası roller:

➤ Bilgisel roller:

➤ Kararsal roller:

## 2. 3. Yönetim Süreci aşamaları:

1- Planlama 2-Örgütlenme 3-Yönlendirme 4-Koordinasyon 5- Kontrol

**1- Planlama:** Neyin, Neden, Ne zaman, Nasıl, Nerede Kim tarafından yapılacağı belirlemektir. “Nereye gideceğini bilmeyen gemiye hiçbir rüzgâr yardımcı olamaz”.

Planlama süreci dört aşamadan oluşur.

- Misyon ve vizyon
- Amaç ve hedeflerin belirlenmesi
- Amaçlara ulaştıracak alternatif yolların belirlenmesi
- Alternatifler arasında seçim yapmak

### i. **Misyon ve Vizyon**

**Misyon:** İşletmenin neyi, hangi amacı gerçekleştirmek için kurulduğunu, kendisini nasıl görmek istediğini, işletmenin varlık nedenini, hangi tür hizmet üreteceğini, müşterilerin kimler olacağını ifade eder.

**Vizyon:** Mevcut gerçekler ile gelecekte beklenen koşulları birleştirerek, işletme için arzu edilen bir gelecek imajı yaratmaktır.

### ii. **Amaçların belirlenmesi**

Amaçların, ölçülebilir, iddialı, ulaşılabilir, zaman boyutunun olması. Seçilecek hareket biçimleri ve çözüm yolları araştırılmalıdır, yönetici en uygun hareket biçimini belirlemeli ve örgütsel gereksinimleri en iyi şekilde karşılayacak olan plan ve kararları seçmelidir. Bunu belirlerken yönetici bir taraftan kendi işletmesinin sahip olduğu kaynakları diğer taraftan da çevredeki fırsat ve tehditleri değerlendirip bir denge kurmalıdır.

## 2- Örgütleme

➤ Amaçları gerçekleştirmek için gerekli faaliyetlerin, bu faaliyetleri yürütecek insan-gücü ve kullanılacak araç ve gereçlerin belirlenmesi sürecidir.

Örgütleme sürecinin aşamaları şunlardır:

- Planlama sürecinde belirlenen amaçların incelenmesi,
- Amaçların başarılması için yapılması gereken temel faaliyetlerin belirlenmesi,
- Temel faaliyetlerin alt faaliyetlere ayrılması (iş bölümü),
- Faaliyetleri üstlenecek personelin belirlenmesi, yetki, sorumluluk, hesap verme ilişkilerinin kararlaştırılması ve iletişim kanallarının oluşturulması,
- Örgütleme sürecinin ve stratejisinin sonuçlarının değerlendirilmesi.
- Örgütleme süreci, teknik nitelikte bir süreçtir. Örgütleme sürecinde yönetici, planlama aşamasında belirlenen amaçları gerçekleştirmek için kullanacağı “organizasyon” aracını tasarlamaktadır.

## 3- Yönelme (Yürütme)

- Maddi ve beşeri kaynakların amaçlar yönünde harekete geçirilmesidir.
- Yazılı ve sözlü emir ile astlarına ne yapmalarını anlatmayla başlar.
- Farklı ekollere göre yetişmiş ve değişik beklentileri olan sağlık profesyonellerinin ortak amaçlar doğrultusunda yönlendirilmesidir.
- Duran bir otomobilin harekete geçirilmesi yani ateşlenmesidir.

Etkin bir yönelme sistemi için şu koşullar sağlanmalıdır:

- Yöneticiler astlarını iyi tanımalılar
- Yetersiz ve başarısız kişileri işletmeden uzaklaştırmalılar
- Astlarına iyi örnek olmalı
- Düzenli aralıklarla astlarını denetlemeli
- Fazla ayrıntıya girmemeli
- Etkin bir ödül-ceza sistemi kurmalı
- Astlara yanılma hakkı tanımalı

#### 4- Koordinasyon

- İşin daha etkin bir şekilde yapılabilmesi için en uygun zamanda, en uygun şekilde ve en uygun araç-gereç ile yapılması ve çalışanlar arasında uyum ve işbirliği sağlanmasıdır.
- İyi bir koordinasyon olmazsa hastanelerde ortalama yatış süreleri uzamakta, zaman-kaynak israfı yanında hastaların tedavileri de gecikmektedir.
- İşlerin geniş bir şekilde bölünmesi ve uzmanlık gerektirmesi yüzünden sağlık hizmetlerinde örgütsel rolün yerine getirilip başarının sağlanabilmesi için her çalışan diğerine bağımlıdır.

#### 5- Kontrol

- Mevcut iş başarısının ölçülmesi ve başarının belirlenen hedefleri gerçekleştirme olasılığının saptanmasıdır.
- Yani yönetici bu işlev ile gerçekleştirilmek istenen hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını araştırmaktır.

Süreç 4 aşamadan oluşur:

- Başarı standartlarının belirlenmesi
- Gerçekleşen durumun ölçülmesi
- Standartlarla gerçekleşen durumun karşılaştırılması
- Düzeltici tedbirlerin alınması (21).

Prof. Dr. Nusret Fişek yönetim tanımında “yönetme bakımından evrensel, uygulama bakımından kültüre bağımlı bir bilimdir” der ve yönetimin İlkelerini şu şekilde maddeler; (22)

- ✓ Amacı Belirleme
- ✓ Deneyimlerden Yararlanma
- ✓ İş Bölümü
- ✓ Kaynak Bulma



- ✓ İşlerin Birleştirilmesi
- ✓ İşe Uygun Yapılaşma
- ✓ Yetki Devri
- ✓ Seçicilik
- ✓ Hızlı Karar



### 3. Profesyonel ve Profesyonelleşme Kavramı

Toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile sürdüren kişiye profesyonel denilir. Bununla beraber yaptığı işe yönelik sahip olduğu eğitim ve deneyimiyle işini gerçekleştirerek karşılığında hak ettiği maddî kazancı sağlayabilen kişide profesyoneldir. “Bir işin profesyoneli olmak”, o işi “en ince ayrıntılarına kadar kavramış olmayı”-“uygulayabilmeyi” hedefler (23)

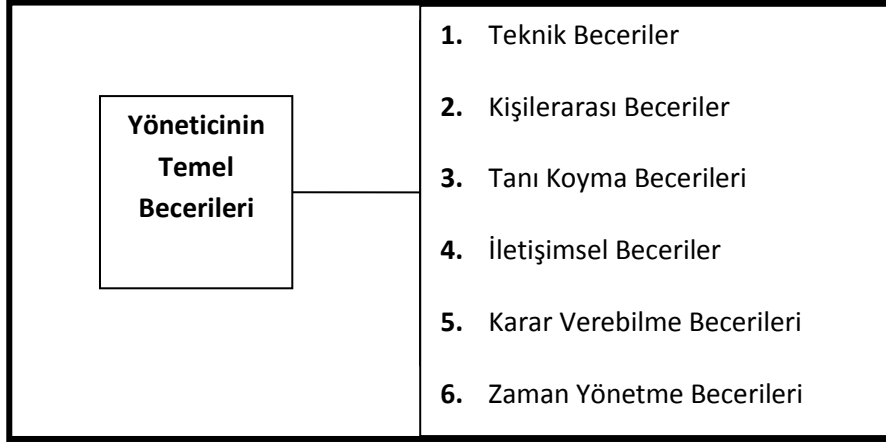
Profesyonelliğin en önemli ölçütü; işin gereklerini mükemmel haliyle gerçekleştirebilmek, sahip olduğu işin ve konunun sorunlarına dair çözüm noktaları, çıkar-çıkamazları profesyonelce bilmesidir. Profesyoneller ancak belirli alanlarda uzmandırlar ve bu uzmanlıkları, işletmelerin değişen çevreye uyum sağlamasına olanak tanır. Sağlık kurumlarının yönetsel açıdan profesyonelleşmesi; yönetimde sağlık yöneticisi profesyonellerinin istihdam edilmesi, kurum ikliminin profesyonel çalışanların özelliklerini destekleyecek (otonomi, sürekli eğitim vb.) şekilde geliştirilmesi ve sektördeki profesyonel ve sektörel kurumlarla ilişki içerisinde bulunması olarak tanımlanabilir (24).

Diğer bir ifade ile sahip olunan “iş” in çalışanda “meslek” haline dönüşmesi durumuna da profesyonelleşme denebilir. (14).

Meslek (profession) olmanın başlıca koşulları ise şu şekilde tanımlanmaktadır;

1. Teori ve araştırmaya dayanan, uygulama becerileri gerektiren özel bilgi birikiminin olması,
2. Giriş ve uzmanlaşma standartları ile resmi makamlarca kabul gören bir eğitim sürecinin olması.
3. Özel bir alanda uygulama yetkisinin bulunması ve kendi faaliyetlerini denetleyebilmesi, hesabını verebilmesi,
4. Bireylere hizmet sunarken, topluma hizmet anlayışına dayanan bir etik yaklaşımının bulunması gibi sayılan hususların varlığı “iş” in “meslek” haline dönüşmesindeki en önemli özelliğin “otonomi” yani “özerklik” olduğunu ortaya koymaktadır (14).

### Şekil 11. Yönetici ve Becerileri



**Kaynak:** “Sur H., “Yönetim Etiği, Sağlık Yönetiminde Gelecek”, Sağlık Yönetimi Sempozyum Bildiriler Kitabı, Kasım-2012, Diyarbakır”

### 3. 1. Sağlık Yönetimi Bilimi

Sağlık hizmetleri başlığından yönetim başlığına bakacak olursak; çiçek hastalığının eradike edilmesinden sonra eradikasyon yönetiminden sorumlu DSÖ uzmanı zamanla sloganlaşan şu sözü sarf etmiştir; “Çiçek hastalığı eradike edildi, şimdi sıra kötü yönetimde!”

Sağlık çevrelerinde sağlık hizmet sunum ve sorunlarının çözümünde “yönetim ve yöneticiliğin” in önemli bir işlevselliğe sahip olduğu her vesile ile ifade edilir. (14).

Bu sektör geliştirmekte olan tüm ülkelerde milyarlarca dolarlık bir yatırım alanıdır ve bu alanda yönetici olarak görevlendirilen insanlar başarılı olabilmek için çok az eğitilmektedir. Bu gerçeğin bilinmesi ve ortada durmasına rağmen sağlık için özel yatırımcılar ile ülkelerin kamusal anlamda ki dev yatırımları beklenen sonuçları verememektedir. Sektör yöneticilerinin rolleri de maalesef bir cerrah, bir laboratuvar uzmanı veya bir klinik hemşiresinin rolleri kadar dikkatle ele alınmamıştır. Sağlık yöneticiliğinin tüm dünyada oturmuş bir meslek olma öyküsü son 70 yıla dayanmaktadır. Bu durum dünyanın hiçbir ülkesinde bitmiş değildir ve hararetli tartışmalar sürmektedir. Bir hastanenin bugün için uygun şekilde yönetilmesinde öne

çıkarılması gereken konular arasında öncelikle, mesleği ve unvanı ne olursa olsun sağlık yöneticisi olan herkesin, sağlık yönetimi konusunda, şu ya da bu şekilde bir eğitim alması zorunluluğudur (24).

Bu düşünceler çerçevesinde, sağlık yöneticiliği kavramlarının önemi ortaya çıkmakta ve bu kavramların çağın gereklerine ayak uydurması gerektiği, sağlık yöneticilerinin de profesyonelleşmeleri gerektiği anlaşılmaktadır. Profesyonel bir sağlık yöneticisinde, her türlü sorunlarla etkin mücadele kabiliyeti, herkesin ihtiyacını, şikayetini dinleme, ilgililik, sosyal sorumluluk, vaatlerinde tutarlılık, pozitif yaklaşım, kişisel yönetim, kendine güven, stres ve kişisel duygularla başa çıkabilme, sürekli gelişime ve dönüşüme inanma, düzenli bilgi birikimi sahibi olma ve deneyim, karar almada isabet ve hızlı düşünebilme, pratiklik, gibi daha pek çok özelliğin bir arada olması gerekir (24).

ABD’ de 1948 yılında oluşturulan Sağlık Yönetimi Eğitimi Komisyonu (AUPHA), sağlık yönetimini şöyle tanımlamıştır (2-65);

“Tıbbi bakım ve sağlıklı çevre taleplerinin bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonu” dur.

Rakich, Logest ve Dar (1985) sağlık kurumları yönetimini ise; “insan ve diğer kaynaklar (Bina-Medikal Malzeme vb.) aracılığı ile önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formel örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbiri ile ilişkili sosyal ve teknik faaliyetleri içeren bir süreçtir” şeklinde tanımlamıştır (25).

Muhakkak ki günümüzde modern tekniklerden faydalanmak için gelişmiş teknolojilerin kullanıldığı hastanelere gerek vardır. Fakat bireylerin yaşadıkları yerlerin yakınlarında kolayca ulaşabilecekleri, sağlık hizmetlerini süreklilik arz ederek veren, gerektiği oranda gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre çalışan 1. Basamak uzmanlarına olan ihtiyaç dünyada olduğu gibi ülkemizde de aratarak sürmektedir. Bu nedenlerden ötürü yetişmiş profesyonel sağlık

yöneticiliğine sadece hastanelerin yönetilmesi için değil aynı zamanda 1. Basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde de ihtiyaç vardır (20).

Sağlık yönetimi kavramı tüm sağlık hizmetleri sunum basamakları ile sağlık kurumlarının yönetilmesini kapsar.

Sağlık yönetimi bilimi; “sağlık bakım hizmetleri endüstrisi olarak adlandırılan sağlık hizmetlerinin yönetilmesi yönü ile ilgilenir” (20).

Sağlık yöneticisi ise; “sağlık bakım endüstrisinin çeşitli yönetsel kademelerinde çalışan ve bu alanda eğitim almış kişidir” (20).

Sağlık yönetimi; “iktisat, kamu, işletme, hukuk, maliye, tıp, hemşirelik, muhasebe vb. alanlarda lisans eğitimi görmüş, sağlık yönetimi-sağlık kurumları işletmeciliği-yönetim-organizasyon vb. alanlarda da lisans üstü eğitim yapmış kişiler bu alanda hizmet üretebilirken” ayrıca sağlık yönetimi; “hastaların teşhis ve tedavisinde kaynakların kıt olduğundan hareketle ekonomik kararlar alıp hekim ve diğer sağlık personellerinin işlerini kolaylaştırmak için, malzeme-işgücü yönetimi, zamanında hizmet üretimlerini planlayan, nitelikli ve ekonomik hizmet desteği sağlayan bilim dalıdır” (20).

Sağlık yöneticisi tıbbi birimler arasında koordinasyon gerçekleştirmekte ve bu birimlerin düzenli çalışması için gerekli kaynakları sağlamaktadır. Hekim ve diğer hastane sağlık personellerinin isteklerinin hastane birimleri tarafından zamanında karşılanmasını ve çalışanların yönetim kurulu tarafından belirlenen politika ve kurallar çerçevesinde hareket etmelerini sağlamakta sağlık yöneticisinin görevidir. Sağlık yöneticisi hastaneyi temsil eden güçlü bir lider, hastane faaliyetleri konusunda toplumu bilgilendirmekte, dış gelişmeler hakkında bilgi toplamakta, bilgileri planlama ve karar verme süreçlerinde kullanabilmekte olmalıdır (19).

Sağlık yöneticileri hastane yönetimlerinde etkili bir yönetim sağlayabilmeleri için DSÖ’ nün belirlemiş olduğu hastane performansını izleme ve

değerlendirmeye yarayacak veriye dayalı 7 göstergeye önem vermelidirler (26).  
Bunlar;

- 1- *Mekandan yararlanım göstergeleri*; Hasta kabul oranı, hasta gün sayısı veya ortalama yatış süresi, yatak kullanım oranı, yatak devir hızı
- 2- *İnsan gücü göstergeleri*; Yatak başına düşen hekim vb. sağlık personeli sayısı, dolu yatak başına düşen hekim vb. sağlık personeli sayısı, yatan hasta başına düşen hekim vb. sağlık personeli sayısı, hekim başına düşen fiili yatak sayısı, hekim başına düşen dolu yatak sayısı, hekim başına düşen hasta gün sayısı, hekim başına düşen hemşire sayısı, hemşirenin bağlı çalıştığı hekim sayısı.
- 3- *Personel göstergeleri*; Personel sayısı/Fiili yatak sayısı, Personel sayısı/Dolu yatak sayısı, Personel sayısı/Yatan hasta sayısı, Personel sayısı/Hasta gün sayısı.
- 4- *Klinik göstergeleri*; Kaba ölüm oranı, net ölüm oranı, anestezi ölüm oranı, ameliyat sonrası ölüm oranı, gereksiz ameliyat-sezaryen oranları, anne ölüm-bebek ölüm oranları, enfeksiyon oranları, otopsi oranları.
- 5- *Maliyet göstergeleri*; Hasta günü maliyeti, yatak maliyeti, hasta maliyeti, poliklinik maliyeti.
- 6- *Personel maliyeti göstergeleri*; Toplam ücretler/Toplam harcamalar, Sağlık personeli sayısı/Toplam harcamalar, Hekim ücretleri/Toplam harcamalar, Hekim ücretleri/Sağlık personeli ücretleri, İdari personel ücretleri/Toplam harcamalar, Toplam harcamalar/Hekim sayısı.
- 7- *Gelir-gider analizlerine ait göstergeleri*; Net hasta geliri/Toplam harcamalar, Net hasta geliri/Toplam personel gideri, Net hasta geliri/Sağlık personeli ücretleri, Net hasta geliri/Hekim ücretleri (26).

Alan bilgisi ve yönetim bilgisi dışında bir sağlık yöneticisinde olması gereken bazı özellikleri ise şu şekilde sıralayabiliriz (20-26).

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1- Karar Verme Yetkisi      | 9- Güvenilir         |
| 2- Araştırmacılık           | 10- Ekibini Tanıma   |
| 3- Deneyim                  | 11- Yeniliklere Açık |
| 4- Girişimcilik             | 12- Etkileme Gücü    |
| 5- Ussallık (Analiz Yetisi) | 13- Soğuk Kanlılık   |
| 6- İyi İnsan İlişkileri     | 14- Risk Alabilme    |
| 7- Vizyon Sahibi            | 15- Denetim          |
| 8- Önyargısız               |                      |

#### **Hastane Yönetiminin Zorlukları**

- ✓ Sağlık için yönetsel hataların cana mal olabilecek olması ve toplum sağlığını etkilemesi.
- ✓ Sunulan hizmetin farklı şekillerde olması.
- ✓ Hasta ve yakınımın memnuniyete dair sıkıntı ve sorununun olması.
- ✓ Kompleks bir sistemin yönetilmesi.
- ✓ Çalışanların görevlerine dair çeşitliliği.
- ✓ Mevzuatın sürekli değişebilirlik özelliği.
- ✓ Artan rekabet ortamının sürekliliği

### 3. 2. Sağlık Yönetimi Kademeleri

Yönetim kademeleri yönetimin hiyerarşisini gösterir. Yönetimi bir dağa benzetirsek yönetimin kademeleri bu dağın üzerindeki yönetici rakımıdır. Sağlık yönetim kademeleri 3 grupta toplanabilir. (20)

Tepe Yönetimi: Ülkemizde 2011 öncesi üst kademe yönetimi hastaneler de başhekimler bu görevi yerine getirirken, SDP kapsamında Üst düzey sağlık yöneticisi kamu kurumları için 2011 sonrası sağlık bakanlığı ve bağlı kurumların yeniden yapılandırılmasında görev tanımı yapılan “Hastane Yöneticisi” bu görevi yerine getirmesi amaçlanmıştır. Hastane yöneticilerinden kast edilen ise sağlık kurumunun geleceğini öngörerek amaçlarını, hedefini belirleyen ve buna göre politika oluşturabilecek düzeyde hem sağlık hem de sağlık yönetimi bilgi ve becerisine sahip kişidir. Yabancı dilde CEO (Chief Executive Organiser) olarak adlandırılan bu kişi kurumun-hastanenin gelecekte yer alacağı pozisyonu belirlemeye yönelik karar alabilecek kadar sağlık yönetimi bilimine hâkim olmalıdır. Üst kademe yönetici gerek sağlık yönetimi bilimini bilen, gerekse bu alanla ilgili hukuk, iktisat, işletme alanlarını da çok iyi bilen önünü gören, ekip çalışmasını yönlendirebilen, ekibin aklını, ruhunu yönetebilen ve sorumluluk alabilen kişidir (21).

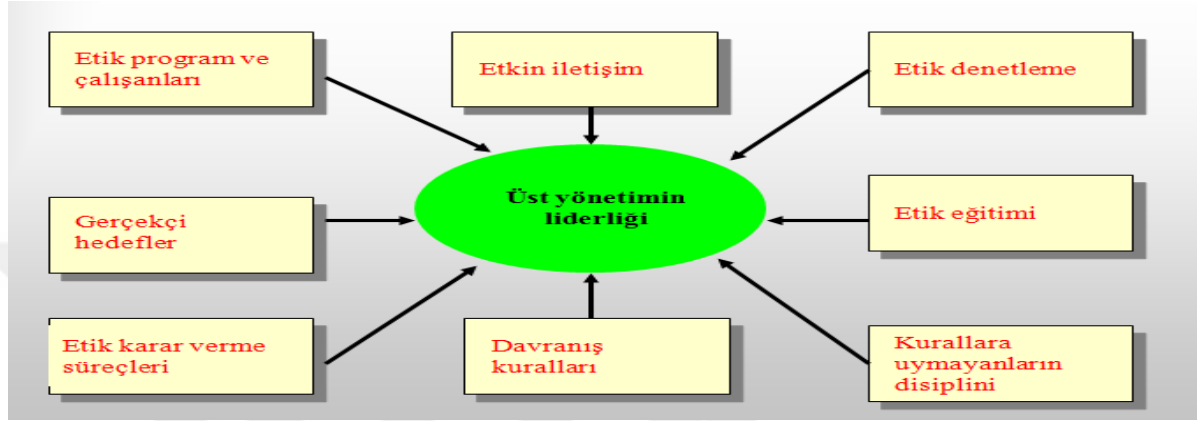
Hastane yöneticinde olması gerek nitelikler ise; kurumuna uygulanabilir stratejilerle yön verebilmesi, kurumun tüm çalışanları ile ortak anlayışı ve görüşü benimsemesi ve benimsetebilmesi, çalışanların maddi-manevi mutluluğu ve kuruma bağlılığının sağlanması da hastane yöneticisinin görev nitelikleri arasındadır.

Orta Kademe Yönetimi: SDP sonrası yapılandırma kapsamında bu yönetim ekibinde Başhekim, Hastane Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve yardımcıları bulunmakta iken, tepe yönetici ile alt düzey yönetim arasında köprü vazifesi görürler. Uygulanan stratejik yönetim süreçlerine göre kurumun politikalarını belirlemek bu grubun görevlerindedir.



Alt Kademe Yönetimi: Muhasebe-maaş mutemetlikleri, personel büro şefleri, insan kaynakları şefleri, ayniyat ve depo sorumluları, arşiv sorumluları, alt kademe yöneticileridir (20)

### Şekil 12. Üst Yöneticilerin Liderlik Özellikleri



**Kaynak:** “Sur H., “Yönetim Etiği, Sağlık Yönetiminde Gelecek”, Sağlık Yönetimi Sempozyum Bildiriler Kitabı, Diyarbakır, Kasım-2012”

### 3. 3. Sağlık Yönetimi Alanında Yönetmel Beceriler

Yöneticilerin kurumlarında otorite kurabilmeleri için bilgili, dürüst, çalışkan, disiplinli vb. olumlu niteliklere sahipse olmaları ile sağlanabilir.

Aynı amaca hizmet eden sağlık kurumlarının bir merkezden yönetilmesi ilkesi özellikle ilgili sağlık kurumlarından seçilen tıbbi ve tıbbi olmayan yöneticilerle birlikte yönetim kurulu düzeyinde mümkün olabilecek bir süreçtir. Böylelikle her sağlık kurumu hukukçu, sosyal güvenlik uzmanı, işletme-iktisat, muhasebe, tıbbi ve hemşirelik direktörleri çalıştırmak zorunda kalmaz. Örneğin ihale yoluyla alımlarda uzman yöneticiler aracılığı ile hatalar azaltılarak daha ucuza, nitelikli mal ve hizmet alımı sağlanabilir. Sağlık kurumlarında yapılan görevler bilgi ve tecrübe gerektirdiği için personelinin hareketliliği çok arzu edilmez. Özel ya da kamu olsun sağlık kurumları personel devrini azaltma konusunda yapıcı, kalıcı uygulanabilir önlemler geliştirmelidir (20).

Yöneticilere düşen görev, her çalışanın çalıştığı birimde uzmanlaşması konusunda çalışanlarını desteklemesidir. Örneğin yoğun bakım-ameliyathane hemşiresi, muhasebe süreçlerini iyi bilen muhasebeci, acil cerrahi ve dahiliye ekibi vb. birimlerde çalışan personel görevleri konusunda profesyonelleştirilmeleri için sertifika, hizmet içi eğitim, kongre-panel tarzı eğitim modelleri ile desteklenmelidirler.

Sağlık kurumlarında poliklinik hizmetlerinde sekreter olarak çalıştırılan hemşireler, insan kaynakları-eğitim şube-personel şube vb. birimlerde çalıştırılma örnekleri, kliniklerde sorumlu hemşire sayısının gereksiz yere yüksek tutulması, başhekimlere bağlı başhekim yardımcıları sayısının yüksek tutulması yada il sağlık müdürlükleri ile halk sağlığı il müdürlüğüne bağlı merkez birimlerde hemşire sayısının yüksek tutulması gibi yönetsel kaynak sorunları hemşirelerin ve hekimlerin efektif olarak idare edilemediğine örnektir.

Sağlık kurumlarında çalışan tüm personellere iş birliğinin ve sağlık kurumunun çıkarlarının bireysel çıkarlardan üstün olduğu ilkesi muntazaman yapılan ve akredite edilen sertifikalandırma hizmet içi eğitimleri ile benimsetilmelidir.

#### 4. Dünyada Sağlık Yönetimi Mesleğinin Tarihsel Gelişimi

Genel yönetim kavramlarıyla, sağlık hizmetleri yönetimi açıklanmaya çalışıldığında bu durumu “Sağlık hizmetleri üreten kurumların yönetimi” olarak tanımlanabiliriz.

Antik çağlarda hastane kavramından önce var olan toplumun önde gelen ve maddi durumu ideal olan toprak sahibi aileleri tarafından kendi topraklarında daha çok revir tarzı, hasta ve düşkünler için yaptıkları mekânlar bulunmakta idi. Ayrıca savaşlar sırasında travmalı hastalar için savaş revirleri kurulur idi. Kaplıca tedavileri şeklinde eklem ve basit bazı ağrılar içinde kaplıca klinikleri vardı. Antik çağda kişilerin hastalıklarına neden olarak “Tanrıların gazabına uğramışlık” söz konusu olduğu için hastalara güzel gözle bakılmaz, sağlam kişilerden uzak tutulurdu. Eski Yunan ve Roma’ da tıp tanrısı asklepios adına yapılmış hastaların tedavi edildiği tapınaklar inşa edilmiş olup iyileşenlerin iyileştiğini gösteren belgeler duvara asılır ki bu durum kurumun imajını arttırırken, iyileşmeyenlerin ise tapınak görevlisi rahiplere ve tapınağın tanrısına inanamadıklarından dolayı olduğunu söylerlerdi (2).

Hastane olarak denilebilecek ilk yapı M.S. 651 de Fransa-Paris’ te kiliseye bağlı olarak kurulmuş olup günümüzde de kullanılmaya devam edilen “Tanrının Misafirhanesi” olarak adlandırılmaktadır. Günümüzde ki hastane kavramı kökeni buradan gelir ve “misafir edilen yer” manasındadır.

Doğu medeniyetinde de zayıfa, fakire, düşküne hizmet edip ekonomik kaynakları vakıflar tarafından karşılanan şifahaneler sağlık kurumları olarak toplumsal hayatta ki yerlerini almışlardır.

Avrupa ölçeğinde olmak üzere batı ve doğu medeniyetlerinde ilk hastaneler dini hassasiyet ve düşüncelerle, yoksul ve korumasız hastaların tedavileri ve barındırılması amacı ile kurulmuştur.

Batıda reform hareketleri ile din-devlet işlerinin ayrımına gidilmiş ve hastaneler din kurumlarından ayrılmıştır. Örneğin İngiltere’ de 16. y.y. hastane yönetiminin governorler (yönetici) kuruluna devredilmiştir (2).

18. yy. endüstri devrimi ile beraber artan yoksul ve korumasız insan sayısı ülkeleri kendi sağlık hizmetleri ile ilgili özel tedbirler almaya yöneltmiştir. Dikey örgütlenme örneklerinden olan dispanserler ve özel dal-bölge hastanelerini bu yüzyılda görmekteyiz. Yine sanayileşmenin hızlı dönüşümü ile beraber teknoloji ve bilimdeki hızlı gelişme tıp dünyasında da kendini göstermiş olup bir taraftan tedavi edici yöntemlerde gelişmeler sağlanırken diğer taraftan sağlığın yeniden tanım ve içeriği değişmeye başlamış olup, koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği noktasında ülke yöneticilerinin yeni kararlar almasına olanaklar sağlanmıştır.

19. yy. mikrobiyoloji dalındaki gelişmeler koruyucu sağlık hizmetleri konusunda ülkelerin yeni sağlık örgütlenmeleri kurmalarına yol açmış olup bu dönemde batı dünyasında başlayan halk sağlığı düşüncesi, başta Avrupa’ da olmak üzere ülkemizde de etkisini göstermiştir.

Böylece 19. yy. sonlarından itibaren emek-teknoloji yoğun hastanelere geçişler yapılarak sağlık kurum ve hizmetlerinin organizasyonu söz konusunda ise sağlık yöneticilerine ihtiyaç ön plana çıkmış olup gerek teknolojik birikimin yüksek olduğu hastaneler ve gerekse de koruyucu hizmetlerin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin sunumunda bile yetişmiş sağlık yöneticilerine ihtiyaç vardır.

DSÖ’ nün 1948 yılında kurulması ile beraber sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında değerlendirmelerde bulunulmuştur. Sağlıkta eşitsizlik ve yoksulluk olguları ilkin 1977’ de DSÖ tarafından “Herkes İçin Sağlık Hedefi” olarak benimsenmiş daha sonra 1978’ de Alma-Ata da düzenlenen konferansta “2000’ li Yıllar da Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşmak için koruyucu sağlık hizmetlerinin anahtar kabul edilmesi vurgulanmış, 1948’ de ise 2000 yılı Avrupa hedeflerinde “Herkes İçin Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri” ilk hedef olarak belirlenmiştir. 1995 yılına gelindiğinde ise DSÖ tarafından yayınlanan rapor ile yoksulluk dünyada ki en büyük katil ve hastalıklara neden olan en büyük suçlu olarak ayrıca bir başlık halinde ifadelendirilmiştir (27).

1978' de benimsenmiş olan "2000' li yıllarda herkes için sağlık" sloganına rağmen, günümüzde sağlık-sağlık hizmeti kullanımı açısından önemli eşitsizliklerin olduğu görülmüştür. Eşitsizliklerin giderilmesinde ülke sağlık politikalarına yön veren yöneticilerin olduğu kadar sağlık kuruluşlarında ki yöneticilere de görev düşmektedir. Çünkü sağlık kurumlarında iyileştirme yapmak konusunda liderlerin kendi çaplarında bir kahramanlık göstermelerinin gerekli olduğu vurgulanmaktadır (28).

Sağlık hizmetlerinde bulunan bazı sunumlar, kâr sağlamadığından ötürü piyasa tarafından üretilmezler. Özellikle çevre kirliliği, salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ve bağışıklama vb. sağlık hizmetleri sunum üreticisi kamu sektörüdür. Bu hizmetlerin finansmanında da kamu kaynakları (vergi) yer alacaktır.

Bir diğer husus ülke sağlık politikalarının değişim doğrultusunda etkileyen dış unsurların başta geleni uluslararası kuruluşlardır. Özellikle Dünya Bankası (WB) bu konuda 1980' lerin sonlarından itibaren gerek hazırladığı rapor ve dokümanlar ve gerekse bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını "piyasa ekonomisi" merkezli yönlendirmektedir. WB' nin bu çabaları, özellikle "istikrar tedbirleri" kapsamında gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla "yeniden yapılandırma" ları için çalışan IMF (International Monetary Fund-Uluslararası Para Fonu) tarafından da desteklenmektedir (27). WB ve IMF ülkelerin sağlık politikalarını kendilerinin formüle ettikleri yapısal uyum programlarının uygulanması koşuluna bağlamaktadırlar.

WB 1987 yılında yayınlamış olduğu bir raporda "gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerinin piyasa odaklı politikalarla yönlendirilmelerinin gerekliliği ifade edilerek, bu durumun gerekçe ve yöntemlerini de ayrıca sunmaktadır" (28).

80' ler den bu yana dünya bankası ülkelerin gerek ekonomik bütün sektörlerinde düzenleyici rol alması gerekse de sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal devlet formunun alanını kısıtlayıcı bir rol oynamıştır. WB' sına göre devletin asli formu özel müteşebbisler (özelleştirme) için güçlendirilmiş bir ortam ve iyi

yönetim politikalarıyla uyumlu standartların belirlenmesidir. Ancak günümüzde sağlık ve eğitim konularının piyasanın klasik denge ilişkilerine terk edilmemesi gerektiği genel kabuldür. Bu sonuçları meydana getiren faktörler ise; tüketici bilgisizliği, talep belirsizliği, tekelleşmenin toplum sağlığı açısından yaratacağı olumsuz sonuçlar ve özel girişimcilerin özelde koruyucu sağlık hizmetlerinin kendilerine getireceği kazancın azlığı bakımından bu alana yatırım yapmamaları gibi nedenlerdir. Sağlık hizmeti ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı niteliği taşıdığından bu hizmetlerin piyasa kurallarına bırakılması olanaksız bir durumdur (29).

1980 sonrasında WB ve IMF' nin ülkemizde de sağlık sektöründeki politika ve reform çalışmalarına yön vermeye çalıştıkları da bilinmektedir. Özellikle Sağlık bakanlığı ile WB arasında sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında köklü reform süreçlerinin ön görülmesi hedeflenmiştir. Başlatılan çalışmalar ile iki temel grupta değerlendirilmeye gidilmiştir. İlk grupta; “iyi bir sağlık sistemine geçmek için mevcut olan sistemde gerekli olan değişikliklerin yapılması ve yeni sisteme geçişin kolaylaştırılması” iken ikinci grupta; “ideal sağlık sistemi planlanarak yeni sistem için gerekli reformun sağlanmasıdır”. Hali hazırda WB ikrazı Sağlık Bakanlığı ile Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığınca yürütülmektedir. Bakanlıkça yürürlüğe konmuş olan Sağlıkta Dönüşüm Programının Destek amaçlı ilk fazının ikraz anlaşması 2003 yılında yapılırken, ikinci faz anlaşması finansal açıdan 2009 yılında kredi anlaşması imzalanmıştır. Projenin sağlığa yönelik temel hedefleri şu şekildedir (29-30);

- 1- Aile hekimliği programının genişletilerek bütün illere yayılması konusu ve ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasına ilişkin destek
- 2- Hastane reformunun uygulanmasını desteklemek üzere teknik destek ve eğitim sağlanması.
- 3- Bakanlığın performans yönetimi ve kalite geliştirme dairesi' inde kapasite oluşturulması ve bu dairenin performans bazlı ödeme sistemlerinin uygulanması ve sağlık sunucuların hizmetlerinin düzenlemesine ilişkin rolünün arttırılması yönünde destek sağlanması.

- 4- Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Ulusal Kanser Enstitüsü ve iç denetim yapısının kurulması, kurumsallaştırılması.
- 5- Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasının sağlanması
- 6- Ulusal Sağlık Enformasyon sisteminin yaygınlaştırılmasının desteklenmesi
- 7- Sektörler arası iş birliğini güçlendirmek ve sağlık politikalarını uluslar arası standartlara uyumlu hale getirmek için destek sağlanması.

Ancak uygulamaya konulan aile hekimliği, sigorta sistemi ve de kamu-özel sağlık hizmet sunum dengesizliğinin özel lehinde büyümesi vatandaşların cepten ödeme başlıklarında ki artış gibi konular ülke gündemini meşgul etmektedir. Sağlık yönetim mesleğinin gelişiminde üzerinde önemle durulan iki soru ülkelerin sağlık politikalarına yön vermiş olup sağlık yöneticiliğinin ne olması gerektiği hususu önem arz etmeye başlamıştır. İlki “sağlık bir haktır ve bu durum piyasa koşullarına bırakılamaz” ikincisi ise “sağlık bir yükümlülüktür ve bu durum piyasa koşullarına bırakılabilir”. Çağdaş sağlık yönetimi mesleği sağlığın bir hak ya da bir yükümlülük mü olacağı sorularına cevap bulmalıdır (31).

#### 4. 1. ABD’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi

ABD’ de ilk hastaneler bulaşıcı ve salgın hastalıkların çıktığı dönemlerde, hastalıklara yakalananları tecrit etmek amacı ile açılmış olup hastalıklar bitince hastaneler kapatılmıştır. 1713’ te Philadelphia’ da kurulan hastane ilk iken sonraları 1736’ da Bellevne Hospital açılmıştır. İlk kurulan hastanelerin özelliğini taşıyan bu hastaneler birer darülâceze görevini üstlenmiş olup hastalardan ücret alınmaz idi. Sonraki yıllarda hastane sayısı hızla artmıştır (2)

ABD’ de birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlanması yapmak sıkıntılıdır. Çünkü ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamak ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Birincil sağlık hizmetleri, ayrı örgütler aracılığıyla ve “Halk sağlığı hizmetleri” adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır.

ABD’ de hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına almaktadırlar. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır. Hekimlere çalışmak istedikleri eyalet için bir lisans alma zorunluluğu getirilmiştir. Bunun için, gereken ücreti ödemek, tıp fakültesi diplomasını ibraz etmek ve Ulusal Kurulun üç basamaktan oluşan yeterlik sınavını başarmak koşulu aranmaktadır. Ayrıca hekimlerin lisanslarının devam ettirebilmeleri için her iki yılda bir belirli süre sürekli eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Aksi takdirde bu hekimlerin çalışma lisansları iptal edilmektedir. Hekimlerin yaklaşık %40’ı birinci basamak kabul edilen tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır. Bu hekimler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup olarak da çalışabilmektedirler. Ancak son dönemde grup çalışması yaygınlaşmıştır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da üst basamağa başvurabilmektedirler. Ancak unutulmamalıdır ki bu imkân hastanın maddi gücü, sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı doktorlarla sınırlı kalmaktadır (32).



Hastaneler kamuya ait olan ile olmayanlar olmak üzere ikiye ayrılmış olup, kamu hastaneleri uzun süreli tedavi hizmetleri sunarken, psikiyatri, tüberküloz, solunum sistemi hastalıkları, kronik hastalıklar, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri olmak üzere hastaneleri kendisinde barındırır. Devlete ait olmayan hastaneler ise kâr amaçlı olan ve kâr amaçlı olmayan olmak üzere kısa süreli yatışların olduğu hastanelerdir. Amerika’ da var olan hastanelerin çok büyük bir kısmı devlete ait değildir. Kâr amaçlı özel hastaneler ABD hastanelerinin % 12’ sini, devlete ait olmayan hastanelerinde % 15’ ini oluşturur. Kâr amaçlı özel hastaneler güçlü yönetim yapıları ile Amerikan sağlık sisteminin önemli sacayaklarındandır.

ABD sağlık hizmetleri federal-eyalet-yerel düzeylerde üç kademe de örgütlenmiştir. Merkezi bir sistem görülmemiş, hiyerarşiden söz edilemez. Tıp eğitimi ve tıp araştırmaları bakımında dünyanın en iyilerinden olup, nüfusun % 15’ i temel sağlık hizmetleri dâhil herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir. Sigortalı olanlar bile sigortalarında belirli hastalıklara ilişkin güvencelere sahip olmadıklarından kişiler ayrıca yüksek primlerle tamamlayıcı sigorta yaptırmak zorunda kalırlar. 1965 yılında Medicare ve Medicaid programları uygulanmasına rağmen vatandaşlarının büyük kısmı sigortasız olup yaşlı nüfusun artmasıyla uzun süreli tedavi harcamaları arttığından sağlığa ayrılan bütçenin % 10’ a yakını bu alana kaydırılmaktadır. 1979’ da sağlık eğitim ve sosyal yardım departmanının ayrı bir bölümü olarak kurulan “Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı” Amerikalıların sağlıklarını korumak-temel insani hizmetleri sağlamakla görevli federal bölüm “Bakanlık” konumundadır. Federal devlet konumundaki Amerika’ da projeleri federal bakanlık yürütür ancak uygulama federe devletler ve alt birimlerde gerçekleştirilir. Ayrıca bakanlığın en büyük birimlerinden olan “Sağlık Hizmetleri Finansal Yönetimi” her 5 Amerikalının 1-2’ sine sağlık hizmeti yardımı sağlayan Medicare ve Medicaid programlarını yönetir.

### **Medicare Programı:**

1965’ te Sosyal Güvenlik Kanunundaki düzenlemeden sonra koordineli çalışan iki kamu sağlık sigorta planı kurulmuştur. Bu plan çerçevesinde oluşturulan Medicare A ve Medicare B, 65 yaş ve yukarısı yaşta kişiler için 2 kısma ayrılmış olup

Medicare A zorunlu hastalık sigortası, Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortası olarak tanımlanmıştır.

### **Medicaid Programı**

Medicare bir sigorta olduğu halde, aynı kanunla yürürlüğe girmiş olan Medicaid diğer programları destekleyen, yoksulların doktor ve hastane giderlerinin ödenmesini sağlayan bir yardım programıdır. Medicaid programında her eyalet federal hükümetin çizdiği çerçevede kendi sağlık programlarını kendisi düzenlemektedir.

Sağlık sisteminin finansmanı iki tür fon akımı ile gerçekleşir. Sağlık hizmeti için gelir toplanması ve sağlık hizmet sunucularına ücret ödenmesidir.

- a- Bireyler ve İşverenler; Vergiler, Primler, Cepten Ödemeler
- b- Devlet; Medicare, Medicaide, S-Chip, Kamu Çalışanları Primleri, Vergi Sübvansiyonları
- c- Özel sigorta şirketleri;

ABD’ de sağlık sistemi hem kamu hem de özel sektörden oluşmakta olup, özel sektörün ağırlığı söz konusudur ki bu durum dünyada tektir. Kamu sağlık sigortasına sahip vatandaşların çoğunun ayrıca özel sağlık sigortaları mevcuttur.

Kısacası ABD’ de sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizlikler söz konusu olsa da ABD sağlık hizmetlerine en büyük payı ayırmaktadır. Henüz tüm vatandaşları kapsayan bir sağlık güvenliği kapsamı bulunmamakta olup sağlık hizmetlerindeki finansman ve geri ödeme sistemleri karmaşık-düzensizdir. Pazar ekonomisi kurallarının sıkı işleyişi Amerikan sağlık sistemini şekillendirmeye devam etmektedir. Birleşik Devletler, Clinton (1994) programıyla birleşik uygulanabilir sağlık sistemine geçişi engelleyerek sürdürmüştür. Halkın sağlık sisteminden memnuniyetsizliği, sağlık sigorta güvenliği olmayanların artışı, sağlık hizmetlerinin bütün ülkeye eşit düzeyde dağıtılmadığı sıkıntılar, yüksek sağlık hizmetleri ücretleri,

cepten ödemelerin artışı vb. sağlık sonuçlar ülkede oluşturulmaya çalışılan sağlık reformunun kamu politikası üzerinde önemli yer tutmasına devam edecektir.

ABD sağlık sisteminde sağlık idarecileri, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelleri önemli bir yer tutar. Sağlık sistemi, hizmet eğilimli bir dal olarak değerlendirildiğinden personelin değerleri, yetenekleri, eğitimleri sağlamış oldukları sağlık hizmetlerinin kalite maliyetini büyük ölçüde etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı sağlık idarecilerine olan ihtiyacı arttırmıştır. Ülkede hekim başlığında sağlık hizmetleri yöneticiliği yerini profesyonel sağlık yöneticiliğine bırakmışken, hastane yönetimi alanında lisans ve yüksek lisans eğitimi almış olmak, tıp ya da hemşirelik eğitimi alanlardan tıbbi yöneticilik yapanlar ile genel yönetim, hukuk, muhasebe gibi alanlarda eğitimini tamamlayanlardan sağlık idareciliği alanına yönelenlerden sağlık idarecisi olabilirken ve ayrıca sağlık idarecileri sağlık kurumlarının yönetiminde; Stratejik Planlama ve Pazarlama, Muhasebe ve Finansal Yönetim, Klinik ve Yönetmelik Bilgi oluşturma, İnsan Kaynakları Yönetimi, Fiziksel Yerleşim Planlaması faaliyetlerinden de sorumludurlar (33).

#### 4. 2. İngiltere’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi

İlk hastaneler diğer dünya ve Avrupa ülkelerinde olduğu gibi yoksul ve korunmasız hastaların tedavisi ve barındırılması için, kiliseler ve toplumun önde gelen kişileri tarafından yaptırılmıştır. 16. yy.’ a kadar dini nitelik taşıyan hastaneler bu yy.’ dan itibaren reform hareketleri ile beraber gouvernerler (kent in belediye meclis üyeleri, noterler kent in ileri gelenlerinden oluşur) kuruluna devredilmiştir. 18. yy.’ a gelindiğinde ise endüstri devrimi ve hızlı kentleşme sonucu artan yoksul ve korunmasız insan sayısına dair yoksullar yasası çıkarılarak İngiltere’ de dispanserler ve bölge hastaneleri kurulmuştur. Yine bu yy. içinde ilk özel dal hastanesi (Middlesex Hospital,1746) kurulmuş olup 20. yy. başlarında yönetimleri belediyeler kontrolünde olan hastaneler kurulmaya başlanmıştır. 1929 yılında çıkarılan “Lokal Government” yasası ile belediyelere yerel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kâr amacı gütmeyen özel hastanelerden yararlanabilme yetkisi verilmiştir (34).

İngiltere sağlık hizmetleri, 1948’te kurulan NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmetleri) tarafından koordine edilmektedir. Sağlık Bakanlığının altında faaliyet gösteren NHS’ nin temel amacı, sağlık hizmetlerinde yenilikleri araştırmak ve sağlık sektörü yöneticilerine eğitimler uygulayarak verimliliklerini artırmaktır. NHS hizmetleri birinci basamak (primary care) ve ikinci basamak (secondary care) olmak üzere iki düzeyde gerçekleştirilmektedir. NHS hastane hizmetleri ikincil bakım hizmetleri adı altında ele alınmaktadır.

Tamamen vergilerle finanse edilen bu sistemde her İngiliz vatandaşının bir genel pratisyenin (GP) listesine üye olma ve hizmeti kullanma sırasında ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı vardır. Bu hizmetler ev ziyaretleri, aşılamalar, tetkik ve tedavi hizmetleri yanında, gerek duyulan vakalarda ikinci basamak hizmetleri için bir uygun hastane departmanı ile temas kurma, gerekli bilgileri aktarma, randevu alma ve ikinci basamak ile ilgili işlemler tamamlandıktan sonra hastanın sürekli takibini içerir. Aile hekimine başvuran hastanın ikinci basamağa sevki gerektiğinde aile hekimi hastaya üç seçenek sunmaktadır (iki NHS hastanesi ve bir özel hastaneye sevk seçeneği; bu uygulama

özel sektörü canlandırmak ve sistem içindeki ağırlığının artırılması amacıyla yapılmıştır). NHS' nin temel amacı hastaları hastanelerden uzak tutmaktır (34).

NHS' de kendisine bağlı hastanelerde yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunulduğundan ve kendilerine ayrılan parayı verimli bir şekilde harcadıklarından emin olmak üzere hastaneler "Trust" adı verilen birimler tarafından yürütülür ve yönetilir. Her bir "Strategic Health Authority" (Stratejik Sağlık Otoritesi) altında, yerel düzeyde farklı sorumlulukların yerine getirilmesiyle yükümlü çeşitli trustlar faaliyet göstermektedir. Bu "trust"lar, ayrıca hastanenin hizmetlerini geliştirmek üzere nasıl bir strateji belirleyeceğine de karar veren ve ayrıca NHS' yi yerel düzeyde işleten farklı organizasyon türlerindedir (34-35).

İngiltere' de hastane hizmetleri; 2006 yılında yürürlüğe giren ve ana esasları düzenleyen "**National Health Service Act 2006**" kanun ile 2003 yılında yürürlüğe konulan "Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003", 2000 yılında yürürlüğe konulan "Care Standards Act 2000" ve 2001 yılında yürürlüğe giren "The Private and Voluntary Health Care (England) Regulations 2001" adlı kanunlarla düzenlenmektedir. "Care Standards Act 2000" 23. maddesi gereğince İngiltere Sağlık Bakanlığı, bağımsız hastanelerde (independent hospitals, independent clinics and independent medical agencies) bulunması gereken minimum standartlara ilişkin düzenlemeyi yayınlamış olup (kaliteli tedavi ve bakım, yönetim ve personel, şikayet yönetimi, bina tesis ve ekipman, risk yönetimi prosedürleri, kayıt ve bilgi yönetimi), hastanenin türüne (Acute hospitals, Mental Health Establishments, Hospices, Maternity Hospitals) göre gerekli spesifik standartları ayrıntılı olarak ortaya koymaktadır (34-35).

İngiltere' de pratisyen hekimler, hastaların 2. ve 3. basamak hastanelere gidişlerdeki ehenmeleri görevlerini üstlenmiştir (34).

#### 4. 3. Almanya' da Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi

XI. yy. haçlı seferlerinin etkisiyle hızla yayılan cüzam hastalığı nedeniyle Almanya' da pek çok hastane açılmış olup salgın bittiğinde ise bu hastanelerin çoğu kapatılmış olup ayrıca bu çağda hastane görevi gören manastırlarda da tedavi ve bakım hizmetleri de yürütülmüştür. Almanya' da hastanelerin dini kurumlardan ayrılarak müesseseseleşmesi 14. yy. sonrasında gerçekleşmiştir (2).

Almanya' da hemen hemen her vatandaş 1883 yılında kabul edilen zorunlu sağlık sigortası ile kapsayıcı sağlık hizmetlerine erişim imkânına sahiptir. 1940' lı yıllarda doğu-batı olarak bölünen ülkede, doğuda merkezi sistem kurulup doktorlar devlet memuru olarak görülürken, batı Almanya da bölünme öncesi yapı korundu (sistem merkezi yapı tarafından denetlenmekte ancak yönetilmemekteydi). İlerleyen yıllarda sağlık hizmetlerinde ki artan maliyetlerin önüne geçebilmek için sağlık sigortası maliyet kontrolü yasası çıkarılmış ve titizlikle uygulanmaya gelmiştir.

Zorunlu sağlık sigortasına ödenen katkı oranları riske değil, kişinin kazancına göre primlendirilmiş olup özel sağlık sigortası sağlık harcamalarının % 8' ini kapsamaktadır. Ülkede yıllar içinde hastane yapısı kamu hastaneleri, kâr amacı gütmeyen özel, kâr amacı güden özel hastaneler olmak üzere 3 tip hastane oluşturulmuştur.

Almanya sağlık sisteminin merkezi örgütü Federal Sağlık Bakanlığı, taşra örgütünü ise Eyalet Sağlık Bakanlıkları oluşturmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler ve uzman hekimler tarafından sunulmaktadır. Almanya da hastaneler yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmışlardır (34).

#### 4. 4. Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri Yönetim Mesleğinin Gelişimi

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi ele alınırken başlangıç noktası Osmanlı ve Cumhuriyet dönemleri olarak ele alınmalıdır. TBMM’ nin 1920’ de kararını aldığı 3 numaralı yasayla “İcra Vekilleri Heyeti (Bakanlar Kurulu)” kurulmuş ve sayılmış olan 11 bakandan birisi de “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye” işlerini görmek için seçilmiştir (35).

Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri yönetimi örgütlenmesi 1920 ile başlayıp 1937’ ye kadar uzanmaktadır. Öncelikle bu dönemler şu şekilde sınıflandırılabilir; Osmanlı Dönemi ve 1920-1937, 1937-1960, 1961-2003 ve 2003 yılı sonrası SDP zaman aralıklarını kapsayan cumhuriyet dönemleridir.

##### 4. 4. 1. Osmanlı Dönemi

Osmanlı’ da ilk hastane 1470’ de Fatih Sultan Mehmet Hastanesi ve Üniversitesi, 1485’ de Edirne II. Beyazıt Hastanesi, 1520 Yavuz Sultan Selim Cüzam hanesi, 1607 İstanbul I. Sultan Ahmet Hastanesi, 1845 İstanbul Vaskıf Gureba Hastanesi-Haydarpaşa Asker Hastanesi, 1862 Zeynep Kamil, 1899 İstanbul Çocuk Hastanesi, 1910 İstanbul Cerrahpaşa Hastaneleri olmak üzere farklı dönemlerde açılmıştır. İmparatorluk sağlık hizmetlerini illerde yaymak amacı ile belediyelere hekim istihdam etme yetkisi vermiş lakin o döneme kadar hekim yetiştiren bir tıp okulu olmamasından ötürü hekim yetiştirecek ilk tıp okulu olan “Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye” açılmış olup okuldan mezun olanlar 1871 yılından itibaren “memleket tabibi” olarak tayin edilmişlerdir. Hem yerel hem merkezi idareye bağlı memleket tabiplikleri, ülke düzeyinde matrix örgütlenme modeli göstermektedir. Ancak bir süre sonra belediyelerin maaşlarını ödedikleri memleket tabipleri maaşlarını doğrudan devletten almaya ve sicil defterleri tutulmaya başlanınca örgütlenme merkezi bir hal almaya başlamıştır. Yine bu dönemde “memleket tabibi” unvanı yerine “hükümet tabibi” unvanı getirilmiştir. Tabipler sağlık il müdürüne bağlı olarak il ve ilçe merkezlerinde çalışmışlardır. Osmanlı döneminde taşraya sağlık hizmetleri örgütlenmesi taşraya hekim atayarak altyapı sağlanmaya çalışılmışsa da ülke belli bir program dâhilinde koruyucu-tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütecek, hizmet

binalarına, tıbbi malzemelere, araç-gereçlere ve yardımcı sağlık personeli ile bütünleşmiş bir sağlık ünitesini kurmaktan uzak idi (2).

Sağlık kurumlarının yanı sıra dönemin sağlık işleri ile ilgili üzerinde durulması gereken iki konusu vardır bunlardan birincisi **Karantina İdaresinin** “19. yy. da özellikle büyük merkezler ve liman şehirleri kolera, çiçek, veba gibi salgınlarına uğradığı ve bu yüzyıl başından itibaren gerek liman şehirlerinin dış ticarete açılması gerekse salgın hastalıklar nedeniyle karantina işine ağırlık verilmeye başlandı” kurulması, ikincisi **Hicaz Sıhhiye İdaresinin** “Karantina meclislerinin uluslararası birer kuruluş halinde bulunması ve bu meclislerde hıristiyan hekimlerin çalışıyor olmalarından dolayı Mekke ve Medine gibi kutsal kentlerin karantina işlerini yürütmek üzere 1911 yılında Hicaz Sıhhiye İdaresi ismiyle özerk bir genel müdürlük kurulmuştur. 1914 yılında Dâhiliye nezareti Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti ismini alınca bu idare Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi ve Karantina İdaresi ile birlikte bu nezaretin emrine verilmiştir. Hicaz Sıhhiye İdaresi, kuruluşundan 1. Dünya Savaşına kadar geçen dönemde kendine bağlı Mekke ve Cidde’de 100’er yataklı iki sabit hastane, iki eczane, Mekke, Medine ve Cidde’de 3 geçici hastane, Cidde ve Mekke’de hacılar için misafirhaneler, bir buz fabrikası ve Karantina idaresi için 5 bin kişilik bir hangar yaptırmıştır” kurulmasıdır (8).

#### 4. 4. 2. Cumhuriyet Dönemi

Osmanlı sağlık mirası üzerine kurulu bu dönemi yapılan köklü-yaygın uygulama ve sağlık hizmetleri örgütlenmesiyle farklı dönemler şeklinde ele almak gerekir.

#### 4. 4. 3. 1920-1937 Dönemi

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçek manada örgütlenme aşaması, 2 Mayıs 1920’ de Sağlık Bakanlığı (Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti) kurularak başlatılmıştır. Bu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında sağlık örgütü ve hizmetlere ilişkin Osmanlıdan kalma çok cüzi kayıt ve bilgiye



sahipti. Dolaysı ile bankalığın ilk yılları bilgi toplama, İstanbul’ dan sağlık hizmetlerini ilgilendiren yasaları getirtmek, cepheden gelen yaralıları iyileştirmek ve iki milyona yakın iç ve dış göçmeni yerleştirmek çabalarıyla geçmiştir ki bu dönem kısacası günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcı olarak tanımlanabilir (7).

Cumhuriyet döneminin ikinci sağlık bakanı olarak göreve başlayan Dr. Refik Saydam kısa aralıklar haricinde 1937 yılına kadar bu görevde kalarak ülke sağlık hizmetleri örgütlenmesinin kuruluş ve gelişmesine damgasını vurmuştur. Dr. Saydamın ülke sağlık hizmetlerini inşa ederken sahip olduğu ilkeleri; İnsan-gücü politikaları ve örgütlenme politikaları şeklinde ikili bir tasnifle ele almak gerekir. Bu hususlar Saydam’ ın İdari ve Hukuki (mevzuat) çalışmalarını, bakanlığın kurumsallaşmasını ve örgüte personel temini şeklinde ki çalışmalarını içerir.

Saydam’ ın sağlık hizmetlerini sunarken ki ilkesi “koruyucu hizmetlere öncelik” şeklinde olup, “hekimlerin ve bakanlığın asıl sorumluluğu hastaları iyileştirmekten çok sağlıklı olanların bu durumlarının korunmasıdır” şeklinde ifadelendirmiştir. Ona göre “tedavi edici hizmetler hükümetin değil, yerel yönetimlerin görevidir”. “Hükümet bu hususta ancak yerel yönetimlere hastane açma ve işletilmesi noktasında yol gösterici rolü üstlenmelidir” der ve bu amaç doğrultusunda 4 İl de numune (Ankara-İstanbul-Erzurum-Diyarbakır) hastaneleri açılmıştır (7).

Bu dönemde örgütlenme “merkezde sağlık bakanı ve bakanlık örgütü, illerde valiye bağlı ve onun sağlık işlerinde danışmanı olan il sağlık müdürü ile ilçelerde kaymakama bağlı ve kaymakamın danışmanı olan hükümet tabibinden” oluşturulmaya gidilmiştir. Sağlık bakanlığının kırsal bölge temsilcisi olan hükümet tabipliklerinin dört temel görevi bulunmakta idi; 1- Koruyucu Hekimlik, 2- İyileştirici Hekimlik, 3- Adli Hekimlik ve 4- Sağlık Yöneticiliği görevleridir.

Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine ve Anadolu’ yu kasıp kavuran sıtma, sifiliz, trahom, frengi gibi salgın hastalıklarla mücadeleye büyük önem

verilmiş olup salgın hastalıklarla mücadele şeklinde oluşturulan dikey örgütlenme modeli bugün bile devam etmektedir. Örnek olarak; Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi, dispanserler, bölge laboratuvarları gibi (36-37).

#### 4. 4. 4. 1937-1960 Dönemi

Saydam'ın ortaya koyduğu ilkeler ve örgütlenme modeli bu dönem aralığında devam ederken onun döneminden sonrada önemli değişiklikler olmuştur. 2. Dünya savaşına girmemiş olmamıza rağmen ülke sağlık durumu bozulmuş, sıtma, tifüs ve çiçek salgınları oluşmuştur. 45 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış, 1949' a gelindiğinde verem savaşı için kentlerde "verem savaş dernekleri" köylerde sağlık bakanlığı tarafından yürütülmüştür. Bu dönemin en önemli gelişmesi "Sosyal Sigortalar Kurumunun" kurulması olmuştur. Bu kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi verilmiştir. 1952' ye gelindiğinde bakanlık içinde "Ana ve Çocuk Sağlığı örgütü" kurulmuş ve AÇS merkez, şube ve istasyonlar yurdun dört bir yanında açılmaya çalışılmıştır. Böylece sıtma, trahom, frengi gibi dikey örgütlere bir yenisi daha eklenmiştir. Bu dönemde tedavi edici hizmetler ile koruyucu hekimlik hizmetlerinin birbirlerinden ayrılamayacağı görüşü kuvvet kazanmıştır. Bu bağlamda 1950-1960 yılları arasında daha önce Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri resmen sağlık bakanlığının görevi haline getirilmiştir (2).

Dönemin içerisinde sağlık bakanı Dr. Behçet UZ tarafından 1946 yılında açıklanıp uygulanamayan ülkenin ilk sağlık planı olarak adlandırılabilen "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" içerdiği düşüncelerden ötürü önemlidir. Koruyucu Hekimlik Örgütünü kurmak ve yaygınlaştırmak, sağlık personelini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek, bütün illeri içine alacak şekilde personel ve örgütlenme bakımından sağlık tesisleri kurmak, 7 bölgeye 7 tıp fakültesi kurmak, sağlık merkezleri kurmak gibi noktalar bu planda belirtilmiştir (7).

Dr. Behçet UZ döneminden sonra plan ve politika kaygısı yerine sadece sağlık merkezi açma yapımına gidilir. 1950 Demokrat Parti ile beraber taşra örgütlenmesinde muayene ve tedavi evlerinden vazgeçerek, sağlık merkezlerinin yaygınlaştırılması politikası benimsenir.

Bu dönemin önemli konularından biride Etimesgut Sağlık Merkezi' nin eğiticilik işlevi olup yetiştirilen hekimler ve diğer sağlık personelleri halk sağlığı ve çevre sağlığı konusunda eğitilip görev yapılacak yerlere gönderilmeleri idi. Etimesgut örneği sağlık merkezlerinin kendi binası, personeli ve hizmet unsurları ile kendine özgü hizmet üniteleri barındırması buna karşın buldukları yerin hükümet tabipliği ile bağlantısının kesilmesi demek idi. Böylece 1950 sonrası bakanlığın taşra ve kırsalda birbirlerinden bağımsız çalışan üç ayrı hizmet örgütü (Hükümet Tabipliği, sıtma-frenji-trahom mücadele örgütleri, sağlık merkezleri) ortaya çıkmıştır. Bu durum finansman açısından ve hizmetlerin ulaşabileceği nüfus açısından yüksek maliyet ve yetersiz personel anlamına gelmekte idi. 1954 yılında Dr. Behçet UZ “Milli Sağlık Planı” adlı taşra ve kırsaldaki sağlık hizmetleri sunumuna yönelik bir program hazırlar. Programın en dikkat çeken yanı “Tıbbi tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin artık yalnız hekimlik işi olmaktan çıktığı, yardımcı sağlık personeliyle gerçekleşen bir ekip çalışması olması yanında laboratuvarlı, tıbbi malzemeli, teknik donanımlı tesislerin varlığını gerektiren sosyal bir olgu haline” geldiğidir ve ayrıca programın hayata geçirilip finansal açığın giderilebilmesi için “Milli Sağlık Bankası” adıyla bir banka kurulması tasarlanmış ancak bu uygulanamamıştır (2).

#### **4. 4. 5. 1961-2003 Dönemi**

Gerek hükümet tabipliği ve gerekse de bakanlığın örgütlenme biçimi, sağlık hizmetinin uygulanmasında ki sıkıntılardan ve gelişen ülke-artan nüfus yapısından ötürü 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkında ki kanun kabul edilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun *İlkeleri şunlardır*; Eşit Hizmet, Sürekli Hizmet, Entegre Hizmet, Kademeli Hizmet, Öncelikli Hizmet, Katılımlı Hizmet, Ekip Hizmeti, Denetlenen Hizmet, Uygun Hizmet, Nüfusa Göre Hizmet iken

### ***Örgütlenme düzeyi;***

İlin sağlık hizmetleri sunumunun bir bütün olduğu ve bu hizmetlerin il amirinin vali olduğu benimsenip il sağlık müdürü, vali adına hizmeti yürütendi. Sağlık Evleri-Sağlık Ocakları iki başlık halinde yapılandırılmıştır.

### ***Uygulama düzeyi;***

1963 yılında başlayıp 1983 yılı sonunda tüm ülkeye yayılan sosyalleştirme uygulaması sağlık hizmetlerinin vatandaşlara ulaştırıldığı bir model olup uygulanması hizmet talep eden yerine risk altındaki herkese (sağlam-hasta) hizmet sunulmakta idi.

Lakin gerek modelin ilk uygulandığında karşılaştığı zorluklar ve gerekse de sonraki dönemlerde modelin uygulama ilkelerinde yapılan sapmalar ve yönetsel kusurlar sonucunda, sağlık hizmetlerinin sunulmasında sıkıntılar ortaya çıkmış ve özellikle 90' lı yıllardan sonra daha da artmıştır **(38-40)**.

Ortaya çıkan yanlışlık ve olumsuzluklar sonucunda, sağlık hizmetlerinde ki aksaklıkların nedeni olarak hizmet modeli gösterilmiştir. Birde üstüne WB gibi uluslar arası kuruluşların “Küreselleşme” anlayışı ile birçok ülkede gerçekleştirilmeye çalıştıkları “Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi” çabaları sayesinde 1989 yılından başlayarak sağlık hizmetlerinde reform adı altında yeni arayışlar gündeme gelmiştir (38-39).

#### 4. 4. 6. 2003 Yılı ve Sonrası Dönem

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlatılan sağlık sektörü ile ilgili mastır planı çerçevesinde 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Raporda, TBMM' ye sunulmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası" belgesi oluşturulmuştur. Sağlık politikalarının beş başlıkta değerlendirildiği belge'nin "Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı" başlığı altında; sağlık hizmetlerinin çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahip olduğu; koordinasyon eksikliğine yol açtığı; Bakanlığın makro planlar yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan çok, günlük işlerle uğraşan bir uygulama bakanlığı şeklinde çalıştığı; üst düzey yöneticilerin zamanının büyük bir kısmını personel tayinleri için harcadığı; bakanlık yönetiminin hemen her kademesinde profesyonel sağlık yöneticilerinin istihdam edilmediği ve bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısının modern yönetim anlayışına uygun olmadığı ifade edilmiştir.

Tespit edilen sorunların giderilmesi için sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi; bakanlığın sektörü tek elden planlayan politikalar üreten ve denetleyen bir kurum haline getirilmesi; yönetimde katılımcılığın ve profesyonelleşmenin sağlanması ve dikey örgüt modelinden entegre hizmet sunan örgüt modeline geçilmesi önerilmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilat kanununun hazırlanacağı; Bakanlığın operasyonel sorumluluklarını, oluşturulacak bölge yönetimlerine devrederek asli görevlerine döneceği; bölgesel idarelerin sağlıkla ilgili tüm kaynakları kendi bölgesi içinde sevk ve idare edeceği; katılımcılık anlayışının benimseneceği ve profesyonel sağlık yöneticiliğinin teşvik edileceği beyan edilmiştir. Politika belgesinde yer alan önerilerin 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP ile önemli ölçüde benzerlik taşıdığı görülmektedir. SDP' nin temel amacı, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu amaçlar için ilkeler ise; insan merkezlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı (sağlık

hizmetini sunan, finansmanını sağlayan, planlayan ve denetleyen güçlerin birbirinden ayrılması) ve hizmette rekabettir (40).

#### **4. 4. 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)**

DSÖ' ye göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir. 2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu amaçla 2003 yılında SDP uygulamaya konuldu (41).

SDP, Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar;

1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları,
2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması,
3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması,
4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanmasıdır.

58. hükümetin açıklamış olduğu Acil Eylem Planında "Herkes Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bu hedeflerin başlıcaları ise şunlardır (42-43);

- 1- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,

- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Sağlık Bakanlığı' n ca 2003 yılından itibaren uygulana gelen SDP çerçevesinde ülkenin sağlık sistemi yeniden yapılandırılmıştır. Bu programın 8 bileşeni şu şekilde ifade edilmiştir (43):

- 1- Sağlık Bakanlığı yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi: önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlendirilmesi;
  - Sağlık Bakanlığı idari ve işlevsel yapısının yeniden düzenlenmesi,
  - Akılcı ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi ve kullanımında kurumsal yapının yeniden düzenlenmesi,
  - Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
  - Sağlık sektöründe araştırma ve geliştirme faaliyetlerine önem verilmesi.
- 2- Genel sağlık sigortasının kurulması,
- 3- Sağlık hizmetleri sunumunun yeniden yapılandırılması;
  - Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği,
  - Kamu yataklı kurumlarına özerk yönetim modeli geliştirilmesi,
  - Etkin ve kademeli sevk zinciri.
- 4- **Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan insan gücü;**
  - **Sağlık alanında çalışanların geliştirilmesi ve yetkilendirilmesi,**
  - **Halk sağlığı okulu**
- 5- Ulusal sağlık bilgi sistemine geçilmesi (e-sağlık)

2007 sonrası ilave edilen 3 yeni başlık (43-44) ise şunlardır;

- 1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- 2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
- 3- Uluslar arası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

Bakanlık tarafından sağlık hizmetlerinde yapılan yeni düzenlemeler birbirini tamamlayan 3 ana unsura sahiptir:

- 1- Aile hekimliği
- 2- Genel sağlık sigortası
- 3- 2. ve 3. Basamak Sağlık Örgütlenmesinin Desantralizasyonu (yerinden yönetim)

SDP' nin temel bileşenlerinden biriside birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimleri kırsal bölgede yaşayanlara periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermektedir. 2010 yılında yapılan değişiklikle, huzurevi, cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerde yaşayanlara yerinde sağlık hizmeti, yatalak hastalara ise evde bakım hizmeti aile hekimlerince verilmeye başlanmıştır. Ayrıca aşılama, bebek ve gebe izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemleri, tarama programları, D vitamini ve demir desteği, belli yaş gruplarına yönelik periyodik sağlık kontrolleri, ulusal hastalık kontrol programları gibi birçok koruyucu sağlık hizmeti aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmektedir (45).

Spesifik olarak belirtmek gerekirse, 2011 yılı 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında ki KHK' sine göre Sağlık Bakanlığının görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır (46).



Sağlık Bakanlığı bu amaçla;

- a) Strateji ve hedefleri belirler; planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.
- b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.
- c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.
- d) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.
- e) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.
- f) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.
- g) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.
- h) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usul ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir (43-47).

Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur. Çok sayıda aktör; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Ana hizmet sağlayıcıları arasında SB, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. SB, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. SB; hastaneler, klinikler, aile sağlık merkezleri, toplum sağlık merkezleri, dispanserler gibi kapsamlı sağlık hizmetleri tesislerini ve olanaklarını işletmektedir. Üniversite hastaneleri doğaları ve tanımları gereği teorik olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte tüm basamak sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Özel sektör de; hastaneler, klinikler ve poliklinikler, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, tıbbi cihazlar ve ilaç şirketleri aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir. Ayrıca dini gruplar, azınlıklar ve vakıflar da sağlık

hizmetlerini sunabilmektedirler. Türkiye’ de mevcut durumda hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar istediği basamaktaki sağlık hizmet sunucusuna doğrudan başvurabilmektedir. Bu da beraberinde kaynak israfına yol açabilmekte ve sistemin sürdürülebilirliğini zorlayabilmektedir (46).

Türkiye sağlık sisteminde 2006 yılına kadar parçalı, çok başlı, nimet ve külfette standart olmayan bir finansman sistemi (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil Kart programları gibi) hakim idi. Ancak SDP ve Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında 2006 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve GSS Kanunları ile sağlık finansman kurumları 2012 yılı itibariyle tek çatı altında birleştirilmiştir. Mevcut durumda, SGK bünyesindeki GSS programı tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaktadır. Türkiye’ nin GSS kapsamında sağlık hizmetleri finansmanında dört temel kaynak mekanizmasına sahip olduğu belirtilebilir:

- 1- Çalışan ve işverenlerin ödediği primler
- 2- Vergiler (primini ödeyemeyen kesimlerin primleri, eğitim giderleri, sermaye yatırımları, GSS katkısı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi)
- 3- Doğrudan cepten ödemeler (katkı payları, enformal ödemeler ve sağlık mal ve hizmetleri alımlarında yapılan doğrudan ödemeler)
- 4- Özel sağlık sigortası primleri.

Bu dört kaynak mekanizması arasında sosyal primler ağırlıkta olduğu için Türkiye sağlık sisteminin Bismarck tipi bir yapılanmaya sahip olduğu belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013). Bu mekanizmalara ek olarak doğrudan cepten ödemeler de (katkı payları, enformel ödemeler ve formel nakit ödemeler) sistemde halen kullanılmaktadır (47).

Bilindiği üzere 2009 yılından beri SDP’ nin ikinci aşaması uygulamaya konulmuş olup bu bağlamda ön plana çıkan konuları ise eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ ın 2013 yılı meclis bütçe sunumunda şu şekilde ifade etmiştir; Kamu Hastane Birlikleri (KHB), şehir hastaneleri, tıbbi ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik

edilmesi, serbest sağlık b6lgeleri, sağlık turizmi ve sağlık insan g6c6 SDP' nin ikinci aşamasını oluşturmaktadır (48).

Çeşitli 6lkelerde birinci basamak ve hastane hizmetleri sunumu şu şekildedir (48);

**Fransa:** Hizmet birinci basamakta; Pratisyen Hekimler (PH) ve 6zel çalışan uzmanlarca y6r6t6lmekte olup, PH' ler in 1/3' 6 hastanelerde, % 15' i sağlık merkezlerinde, kalanı 6zel/bağımsız çalışmaktadır, Sağlık merkezleri yerel y6netimler, g6n6ll6 kuruluşlarca kurulup y6netiliyor. Hastane yataklarının % 70'i kamunun, kalanı 6zel.

**Almanya:** Hizmet birinci basamakta; Bağımsız PH ve uzmanlarca, bunların % 18' i grup halinde çalışmaktadır. Hastanelerin 2/3'6 6zel, Hekimlerin % 62' si hastanelerde, 6zel hastanelerin yarısı kar amaçlıdır.

**ABD:** Hizmet birinci basamakta; 6zel çalışan/bağımsız hekimlerce y6r6t6l6rken grup pratiği giderek artıyor. Hastanelerin % 23' 6 federal veya eyalet h6k6metlerinin, % 53' 6 6zel ve kar amacı taşımıyor, % 8.2' si kar amaçlı.

**T6rkiye:** Hizmet birinci basamakta; Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri (Aile Hekimlikleri), Dispanserlerce y6r6t6lmekte olup, hastanelerin % 60' a yakını Devletin Y6zde % 35' i 6zelin Y6zde % 5' i ise 6niversitelerindir.

Sağlık sistemimize ilişkin SDP ve Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında ki 663 sayılı KHK' si ile beraber; kurumlarda çalışacak olan yöneticilerin yeni görevlendirme başlıkları ve görevleri şu şekilde sıralanmaktadır; oluşan bu yeni **kavramlar**;

**Kamu Hastaneler birliği İl genel sekreterliği idari-mali-tıbbi işler başkanları ile kendisine bağlı 2. Ve 3. Basamak merkezlerin yönetsel kavramları:**

**Tıbbi hizmetler başkanı**

- 1) 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde kurum tarafından belirlenen planlama ve hedeflere uygun olarak tıbbi ve sağlık bakım hizmetlerinin uyum ve işbirliği içerisinde yürütülmesini sağlamak.
- 2) Tıbbi hizmetlerin verimli sunumu için var olan kaynakların zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, tesislerin ihtiyaç planlamalarını yapmak için il genel sekreteri koordinatörlüğünde, mali hizmetler ve idari hizmetler başkanlıkları ile gerekli tedbirleri almak.
- 3) Sağlık tesislerinde tıbbi-sağlık bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili koordinasyonu sağlamak.
- 4) 2. ve 3. basamaklarda acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hususunda İl Sağlık Müdürlüğü ile koordinasyon ve işbirliği çalışmalarını yürütmek.
- 5) Birlik ve 2. ve 3. basamak sağlık tesisleri düzeyinde sunulan tıbbi ve sağlık bakım hizmetlerine ilişkin performans faaliyet raporlarını hazırlayarak aylık periyotlarla genel sekreterliğe sunmak.
- 6) Sağlık tesislerinde özellikle planlama gerektiren tıbbi hizmet birimlerinin (Acil servis, yoğun bakım, perinatal merkez, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri) birlikler için belirlenmiş planlamalara uygun olarak kurulmasına, hizmet rolünün gerektirdiği seviye ve kapasitede hizmet vermesini sağlamaya yönelik gerekli tedbirleri almak.

7) Yeni kurulacak tıbbi hizmet tesislerinin ihtiyaç tespitinin yapılması, acil, yoğun bakım ve benzeri tıbbi birimlerin ve hastane yataklarının tescili, takibi ve denetimi işlemlerini yürütmek.

8) Hastane enfeksiyonunun engellenmesi için hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesi raporlarını inceleyerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak ve denetimlerini yapmak.

### **İdari hizmetler başkanı**

1) Kurumca belirlenen yetki çerçevesinde birlik ve bağlı tesislerin insan gücünün her türlü özlük işlemlerini mevzuata uygun olarak yürütmek.

2) Sağlık tesislerinin etkin ve verimli insan gücü planlanmalarının yapılmasından, tesislerin ihtiyaç duyduğu insan kaynakları taleplerinin ve iş analizlerinin toplanması ve değerlendirilmesi işlemlerini yürütmek.

3) Sağlık tesislerinin demirbaş ve sarf malzemesi ihtiyaçlarını genel sekreterlik bünyesinde merkezi olarak planlamak.

4) Tesislerde sağlık hizmeti sunumuna yönelik halkla ilişkiler, yangın-doğal afet planı, ulaşım hizmetleri ve sair destek hizmetlerini planlamak ve ihtiyaç belirlemeye yönelik gerekli tedbirleri almak.

5) Sağlık tesislerinde hastane otelcilik hizmetlerini yürütmek ve bu hizmetlerin teminine ve ihtiyaç tespitine ilişkin hazırlıkları yürütmek.

7) Sağlık bilgi sistemlerinin yürütülmesi, koordinasyonu ile iletişim, tanıtım faaliyetlerini yürütmek.

### **Mali hizmetler başkanı**

1) Birliğe bağlı sağlık tesislerinin ihtiyacı olan her türlü mal ve hizmet alımları ile yapım işi ihalelerinin ihale-ihale sonrası süreçlerini yürüterek takip etmek, gerekli belgeleri düzenleyerek ödeme işlemlerini gerçekleştirmek.

2) Birlik genelinde tüketime yönelik ihtiyaçların hizmet sunumu için etkin stok yönetimini yürütmek. Kurumca belirlenen stokların güncelliğini sağlamak ve taşınır mal mevzuatına ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

3) Birliğe bağlı tesislerin satın almalarında hizmet birim maliyetlerinin, klinik tabanlı fayda maliyet analizinin, hizmet üretim ve genel işletme giderlerine ilişkin sabit ve değişken maliyetlerin hesaplanması ile maliyetlerin düşürülmesine yönelik çalışmaları yapmak. Mal ve hizmet alımlarında kalite, maliyet ve işletme giderleri ile ilgili çalışmaları yapmak, bunlarla ilgili verilerin zamanında bildirilmesini sağlamak.

4) Bağlı tesislerden gelen bütçe taleplerini ve sekreterlikçe kabul edilen bütçeleri konsolide etmek ve gerçekleştirmelerini takip etmek (73).

#### **Hastane Yöneticisi:**

Hasta ve çalışanların hakları ile güvenliği, memnuniyeti ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur.

1) Bakanlık, kurum ve birlik sekreterliği tarafından belirlenen kalite ve hizmet standartlarına uygun olarak, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, gerekli çalışmaları yürütmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlamak ve uygulamak.

2) Sağlık tesisleri yönetimine dair mevzuatı yakından takip ederek düzenlemeleri süratle uygulamaya koymak, sağlık tesisinde çalışanlara karşı şiddet konusunda gerekli tedbirleri almak, bu konudaki beyaz kod uygulamaların takibini yapmak, gerektiğinde hukuki korunma yollarının kullanılabilmesi amacıyla tedbirler almak.

3) Tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynaklarının zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, ihtiyaç planlamalarını yaparak, temini için gerekli çalışmaları yürütmek.

5) Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme-tamir-bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek.

6) Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz alımları ile ilgili ihtiyaç programlarının sağlık tesisi düzeyinde tespit ve planlanmasını yaparak teknik şartnamelerin hazırlanması ve benzeri işlemler için gerekli süreçleri yürütmek.

7) Olağan üstü hallerde acil afet planlarının organizasyonunu ve ilgili birimlerle koordinasyonunu sağlamak (74).

### **Başhekim:**

Hasta ve çalışanların hakları ile güvenliği mevzuatı doğrultusunda, kanıta dayalı tıp-akılcı ilaç kullanımı-tıp etiği ilkeleri esas olmak üzere tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan Başhekimin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- 1) Tesiste teşhis-tedavi-rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- 2) Tedavinin etkinliği ve hizmetlerin verimliliğine yönelik izleme, değerlendirme yapıp faaliyet raporu düzenlemek.
- 3) Tıbbi hizmetlere yönelik kurul, konsey, komite ve komisyonların çalışma düzen ve usullerini belirlemek.
- 4) Tıbbi hizmetlerin, sağlık tesisinin hizmet rolüne uygun olarak sunulması için hedef ve stratejileri belirlemek, kısa, orta ve uzun dönem planlamalarını yaparak hastane yöneticisinin onayına sunmak.
- 5) Tıbbi hizmet sunumu kapsamındaki uygulamaları izlemek, sonuçlarını değerlendirmek ve sağlık hizmet sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak hastane yöneticisine bildirmek.
- 6) Tıbbi hizmetlerle ilgili verilerin, aylık performans ve faaliyet raporlarının usulüne uygun olarak zamanında, doğru ve eksiksiz olarak hastane yöneticisine aktarılmasını sağlamak..
- 8) Toplum temelli tıbbi hizmetlerin (Evde sağlık, toplum ruh sağlığı, palyatif bakım, rehabilitasyon hizmetleri) etkin bir şekilde sunumunu sağlamak.

9) Hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesini kurmak, raporlarını inceleyerek, hastane enfeksiyonunun engellenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri alınmasını sağlamak.

10) Görev alanındaki personelin;

i. Hizmet içi eğitimlerini planlamak ve uygulamak.

ii. Nöbet, çalışma programı ve personel uyumunu düzenlemek için gerekli tedbirleri almak.

iii. Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesine yönelik birim içerisinde yetkilerini belirleyip, takip ve kontrolünü sağlamak.

iv. Planlanması, yer değişikliği, görevlendirme gibi işlemlerini hastane yöneticisinin onayını alarak yürütmek.

v. Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaya yönelik çalışmaları yapmak (74).

#### **Başhekim Yardımcısı:**

Başhekimin tesise ilişkin iş ve işlemler hususunda vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü olup, görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde başhekime karşı sorumludur.

#### **Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü:**

Hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hastanın hakları, güvenliği ve memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür.

#### **Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı:**

Sağlık bakım hizmetleri müdürünün verdiği görevleri yerine getirmek.



### **İdari ve Mali Hizmetler-Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü:**

Temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, insan kaynakları, özlük, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak bütçe ve muhasebe, raporlama, malî kontrol, akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetleri sağlamaya yardımcı amirlerdir.

### **Hastane Müdür Yardımcısı:**

Bağlı bulunduğu müdürün görev alanlarıyla ilgili iş ve işlemler vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü olup müdüre karşı sorumlu olup görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde görev alır.

Sağlık hizmetlerinin üretilip-yürütülmesinde ülkelerin etkin rolünün bunmasının en önemli sebebi sağlık hizmetlerinin olağanüstü karmaşık yapısıdır. Ülkelerde var olan sağlık örgütlenmelerinin finansal, ekonomik, insan-gücü bağlamında yönetilmesi gibi karmaşık hususların üstesinden ancak ve ancak profesyonel sağlık yöneticilerinin varlığı ile giderilebilir. Bunun içinde ülkelerin sadece kendilerine özel sağlık politikaları-örgütlenmeleri ve bunları yönetici profesyonelleri olmalıdır. Konuya örnek oluşturması açısından dünya sağlık sistemlerine genel bir bakış ülkelerin sağlık hizmetlerinin gelişimini ve yönetilmesi hususunda faydalı bilgiler sunacaktır.

### **Diğer kurum yöneticileri ve görevleri:**

#### **Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı:**

İl Halk sağlığı müdürünün bakanlık ve kurum politikalarına, strateji ve hedeflerine, planlama ve düzenlemelerine bağlı olarak vermiş olduğu görevleri yerine getirir (74).

#### **Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlusu:**

Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıklı ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri

gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan amirdir.

### **İl Sağlık Müdür Yardımcısı:**

İl sağlık müdürünün bakanlık ve kurum politikalarına, strateji ve hedeflerine, planlama ve düzenlemelerine bağlı olarak vermiş olduğu görevleri yerine getirir.

### **İlçe Sağlık Müdürü:**

İlçe Sağlık Müdürlüğü yetki devri çerçevesinde yürütülen görevleri ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli yaptırımları uygular (73).

### **Sağlık Grup Başkanı:**

- a) İlçedeki sağlık hizmetlerini planlamak, sağlık müdürlüğü tarafından gönderilen planların uygulanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin en yüksek nitelikte yapılabilmesi için gerekli işlemleri yürütmek,
- b) İlçedeki sağlık hizmetlerini nicelik-nitelik yönünden sürekli olarak değerlendirmek, ilçe sağlık kuruluşları ile ilgili görüşlerini, hizmetlerin geliştirilmesi için gerekli gördükleri işleri yıllık olarak Sağlık Müdürlüğüne bir raporla önermek,
- c) Her yılın Şubat ayı içinde, bir önceki yıl içinde ilçedeki kuruluşlarda yapılan işleri ve aksayan yönler ile ilçenin sağlık düzeyini kapsayan bir çalışma raporu hazırlamak ve bu raporu kaymakamlığa ve sağlık müdürlüğüne göndermek,
- d) İlçedeki kuruluşların görevlerini gerektiği gibi yapabilmeleri için gerekli malzemeyi belirleyerek Sağlık Müdürlüğüne bildirmek; gönderilen araç-gereç, ilaç, basılı kağıt ve öteki malzemelerin en verimli olabilecek şekilde, zamanında ve yeterli sayıda dağıtımını sağlamak,

e) Sağlık kurum ve kuruluşları arasında eşgüdüm sağlayarak birlikte ve ekip halinde çalışmayı sağlamak,

f) Sağlık kuruluşlarının hizmetlerini ve buralarda çalışan personelin çalışmalarını denetleyip hizmetin aksayan yönlerini saptamak; bu aksaklıkların nedenlerini belirlemek ve sorunların çözümlenmesi için gereken önlemleri almak; bu amaçla personeli destekleme, güdüleme, eğitime, ödüllendirme ya da cezalandırma işlemlerini yürütmek,

g) İlçedeki personelin disiplin amirliğini yapmak, sicillerinin verilmesini ve özlük haklarının yerine getirilmesini sağlamak.



## 5. Sağlık Sistemleri ve Politikaları

Her ülke dünya ölçeğinde kendine ait bir sağlık politika ve sistemini geliştirmek durumundadır. Günümüz dünyasındaki ülkelerin sağlık sistem ve sağlık hizmet sunumları farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ülkelerin sahip oldukları kültürel, ideolojik, ekonomik hususlarının farklı oluşudur. IMF ve WB gibi uluslar arası kuruluşların ülkelerin iç sağlık sistemleri üzerinde etkileri aynı ülke içinde farklı sağlık politikaların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Örneğin ABD’ de farklı eyaletlerde özel ya da kamu ağırlıklı örgütlenmelerin olması gibi.

Ülkelerin uygulanabilir ve etkili sağlık politikalarının görünürlük, kapasite, sahiplik, sektörler arası işbirliği ve etkin devlet (sosyal devlet ilkesi) olarak beş ana unsuru bulunmaktadır. Bu beş unsurun en önemlisi olan etkin devlet, ülke sağlık politikalarının en önemli aktörüdür. Bununla beraber ulusal sağlık politikasının belirleyicisinin cevaplaması gereken en temel dört sorusu bulunmaktadır (31);

- 1- En kritik sağlık ihtiyaçları nelerdir?
- 2- Bir sağlık sistemi etkin ve verimli hizmetleri nasıl sunabilir?
- 3- Ülkeler sağlık sistemlerini nasıl finanse edebilir?
- 4- Sağlık hizmetlerinin finansmanında, kamunun ve özel sektörün hizmet sunumunun uygun bileşimi nasıl olmalıdır?

Sağlık solunan hava kalitesi, içilen temiz su, tüketilen gıdaların temizliğinden, hijyenlerinden ve çevrelerinden etkilenmektedir. Tüm bu unsurlar ulusların ve bireylerin ekonomik durumları ile ilişkilidir. Ulusal ekonomilerin makul düzeyde gelir oluşturamadığı, istikrarlı bir sosyal güvenlik sistemi sağlayamadığı, altyapı ve benzeri hizmetleri sunamadığı durumlarda genellikle sağlık koşulları kötüleşmektedir (31).

Belirtilen hususların yarattığı sağlık sistemleri ise sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, sağlık insan-gücü planlaması, eğitimi, sağlık mevzuatı ve sağlık politikaları gibi unsurların tamamını içermektedir. Sağlık sistemlerinde özel sektör kâr amaçlı çalışırken, kamu sağlık sektörü daha çok sosyal fayda hizmeti sunarlar. Birçok sağlık sisteminde devlet, sağlık hizmeti sunulan organizasyonları kurmakta, işletmekte, sağlık personellerini istihdam etmektedir.

Sağlık sistemleri sınıflandırılmasında ise pek çok sınıflandırma çalışmaları arasından Milton I. Roemer' in sınıflandırması literatürde en çok kabul gören sınıflandırmadır (31-32);

- 1- Serbest pazar tipi sistem politikaları (Kapitalizm ve Liberalizm); ABD, Tayland, Filipinler, Gana, Güney Afrika, Bangladeş, Nepal
- 2- Refah yönelimli sistem politikaları grubu (Refah yönlü) Almanya, Kanada, Japonya, Türkiye, Brezilya, Mısır, Malezya, Hindistan, Libya, Gabon
- 3- Bütüncül-Kapsayıcı-Tekçil sistem politikaları Grubu (Evrensel ve Kapsayıcı); Britanya, Norveç, İsrail, Nikaragua, Sri Lanka, Suudi Arabistan, Kuveyt
- 4- Sosyalist ve Merkezden Planlanmış (Sosyalist ve Merkezi Planlı); Küba, Çek Cumhuriyeti, Çin, Kuzey Kore, Vietnam

## 6. Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Özellikleri

Sağlık hizmetleri sunumunda ki çeşitlilik nedeni ile sağlık hizmetleri yönetimi özellikli alana sahiptir. Koruyucu-tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetiminde, topluma yönelik ve sektörler arası işbirliğini gerektiren yönetsel faaliyetler gerekir iken, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde ise otelcilik hizmetlerinden, poliklinik, ameliyathane, laboratuvar, poliklinik hizmetleri gibi geniş çaplı hizmet yönetimi gerekliliği sağlık yöneticiliğini karmaşık hale getirmektedir. Örneğin sanayi kuruluşlarındaki yanlış yönetsel kararlar en fazla üretim düşüklüğü ve parasal zararı ortaya koyarken, sağlık yönetiminde ki yanlış kararlar insan hayatının kalitesinde düşme, yok olma ve toplumsal sağlık düzeyinde bazen tamiri mümkün olmayan bozulmalar meydana getirmektedir. Yani diğer yönetsel sektörlerden farklı olarak sağlık sektöründeki kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir. Sağlık hizmetleri yönetimi sadece insan sağlığı konusunda ki bilgi yanında psikoloji, sosyoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi bilgi alanlarından da bilgi ve beceri sahip olmayı gerektirmektedir (14).

**Hastanelerde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmış çalışan varlığı yapısal olarak karmaşıklığa sebep olabilmektedir;** sağlık hizmetlerini sunan ekip elemanları farklı alan ve düzeylerde uzmanlaşmış, uzman-yarı uzman-uzman olmayan kişilerin istihdam edildiği sektör olup başka sektörlerle işbirliği içerisindedir. Tıp ve teknolojiye ki gelişme ve değişimler birçok sağlık mesleklerinin ortaya çıkmasına ve bu mesleklerde ki kişilerin uzmanlaşmasına yol açmıştır. Bu uzmanlaşma türleri hastane hizmet başlıklarında artışa ve farklılığa yol açmıştır. Örneğin 1908’ de ABD’ de bir kalp hastası için 5 kişilik bir ekip görev almışken, sadece 30 yıl sonra aynı hasta için 32 kişilik ekip görev yapmaya başlamıştır. 1980’ ler de ABD’ de hastaneler üzerinde yapılan çalışmada 800 değişik iş unvanı olduğu saptanmıştır. Bu durum bize çok farklı uzmanlıklara bölünmüş olan personelin yönetilmesinde ki zorluğu gözler önüne sermektedir. Hastane yöneticileri bu hususta gerekli organizasyonel bilgi-birikimi ile farklı uzmanlaşmış çalışanları bir arada tutabilecek eğitimden geçirilmelidirler (2).

**Sağlık kurumlarındaki insan gücü çoğunluğu alanlarında uzman bireylerden oluşmuş olup bireyler kurumun hedeflerinden ziyade kendi uzmanlık alan hedeflerine daha çok önem verebilmektedirler;** profesyonellik çalışanların eğitim düzeyini ifade ederken sağlık kurumlarında yetişmiş personelin eğitimi unvanlara göre uzun yıllar farklılaşmaktadır. Örneğin bir pratisyen hekimin yetişmesi 6 yıl lisans, 2 ila 5 yılda uzmanlık olmak üzere toplamda 8-11 yıl arasında olabilmektedir. Profesyonel sağlıkçıların hedefi hastanın tedavisini en iyi biçimde sunabilmek iken, sağlık kurumları yöneticilerinin amacı ise farklı unvanlarda ki profesyonellerinin performanslarını en üst düzeyde tutmaktır.

Sağlık kurumlarında profesyonel meslek mensuplarının yüksek derecede özerkliği bulunup mesleki bilgi-tecrübe ve deneyimlerinden kaynaklı otoriteleri bulunmaktadır. Örnek olarak sağlık kurumlarındaki birimlerin üretim iş hacimleri hekimlerin taleplerine göre gerçekleşir. Yapılan çalışmalarda sağlık harcamalarının % 75' inin hekimlerin kararları ve talepleri ile gerçekleştiği tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri üretimleri kıt kaynaklardan oluştuğundan hekimin gereksiz taleplerinden kaynaklı eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunları ortaya çıkabilmektedir. Gelişmiş toplumlarda sağlık yöneticiliği kamunun en zorlu yönetim alanlarından sayılmakta iken bu toplumlar sağlık sistemlerinde ve sağlık kurumlarının yönetilmesinde üst yönetim için profesyonel sağlık yöneticileri aramaktadırlar.

Ülkemiz sağlık yöneticiliği bilimselleşme çabaları 1930' ların sağlık bakanı olan Refik Saydamın öncülüğünde “Hıfzıssıhha Okulu” ile başlar. Ancak hala ülkemizde sağlık yönetimini; “yalnızca bürokratik bir süreç ve mevzuatı bilen kişilerin sağduyuları ile yürütebilecekleri bir hizmet alanı” olarak düşünenler mevcuttur. Oysa her sağlık yöneticisinin sağlık mevzuatı ve bürokratik düzeni bilmesi gerekir. Ancak bu bile sağlık yöneticiliği için yeterli değildir. Sağlık hizmetleri ancak ve ancak yönetimi bir bilim ve sanat olarak öğrenmiş ve bilimsel yöntemi kullanmasını bilen kişiler elinde gelişebilir (2).

**Günümüzde hastanelerin kâr amacı gütmeyen organizasyonlar olduğu görüşünün yaygınlığı;** hastanelerin özel, kamu veya kâr amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması veya araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması, hastanelerin hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirse bile yönetimde etkinlik sağlanması tüm hastaneler için ortak bir hedef niteliği taşımakta ve bu durum hastane yönetimlerinin ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmaları zorunluluğunu da doğurmaktadır. Bu durum esasında hastanelerin bir hizmet işletmesi olmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısı ile yönetim biliminin yöntemleri hastane işletmeciliği içinde geçerlidir. Özellikle kâr amacı ile kurulup işletilen sağlık kurumları olan özel hastanelerin ve de ülkemizde SDP sonrası 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarının kendi mali disiplinlerini (Kâr Amacı Gütme) sağlama noktasındaki hususlarından ötürü piyasada varlıklarını sürdürebilmeleri özel hastaneler ve kamu hastaneleri için (kamu hastanesinin kârlılık durumunda olması hastane yöneticilerinin yöneticilik devamlılıklarına yol açmakta) kârlılıklarına bağlıdır. Sağlık sektöründe kâr elde edebilmek doğru yerde ve zamanda istenilen nitelik, beklenen kalitede sağlık hizmetini sunabilmesine bağlıdır (49).

**Sağlık hizmetinin Boyutunu ve Kapsamını Hekim Belirler;** sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran en önemli özelliği, hizmeti sunan ve alan arasında bilgi asimetrisinin olmasıdır. Tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda (hangi kuruma ya da hekime başvurmaları gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları) yeterli bilgi sahibi değildirler. Dolayısı ile istismara açık olan bu durumda sağlık yöneticiliği hastanın menfaatini (maddi-manevi) koruma noktasında görev sahibidir. Bunun içinde hasta sağlığı ön planda tutulmalıdır (5). SDP sonrası hekimlere yönelik performans sistemi ve hastane yöneticilerinin hastanelerinin karlı hale geçirme zorunluluklarından ötürü bu başlıkta doktorların çalışmaları üzerinde etkili bir denetim mekanizması kurmak neredeyse imkânsız hale getirilmiştir.

**Sağlık kurumların da gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acildir, ertelenemez niteliklidir;** kurumlar verdikleri hizmetleri bir günlük kesintisiz ilkesine göre üreten yapılardır. Hastalık oluşumu kişilerde rahatsızlık meydana



getirip zaman yitirmeden sağlık kurumlarına başvurmalarına yol ağtığından ve başvuru geri çevrilemez nitelikte olduğundan, sağlık yöneticisi kurumun organizasyon yapısını en işler hale getirme becerisine sahip olabilmelidir (50).

**Çıktının Tanımlanma ve Ölçümü Güçtür;** Sağlık kurumlarının temel girdi ve çıktısı insan olduğundan müdahaleler sonrası geri bildirimlerin kısa sürelerde görülmesi diğer hizmet sektörlerine göre mümkün görülmemektedir. Otelcilik hizmetlerinde yemeğin kalitesi konusunda yargıya ulaşmak kolay iken, ameliyat geçirmiş bir hastada sonuçların anında ve kolayca değerlendirilmesi güçtür. Yöneticiler hastanın hastanede geçirmiş olduğu her müdahale aşamasında gerekli olan denetim ve organizasyon bilgilerine sahip olmalı sonuçların daha hızlı görülebilmesi için çalışmalıdırlar. Örneğin hastane enfeksiyonları bağlamında sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimden geçirilmesi ve hastane çıktı ve sonuçlarını pozitif yönde geliştirecektir (50).

Sağlık kurumlarının sahip olduğu bu özelliklerin bir kısmının veya tamamının diğer işletme türlerinde bulunduğu ileri sürülebilir. Ancak bu özelliklerin bulunma ve çalışılma derecesi, diğer tür işletmelere oranla sağlık yöneticiliğinde daha yüksek yaşanmaktadır.

## B) SAĞLIK YÖNETİMİ VE YÖNETİM EĞİTİM İHTİYACININ BELİRLENMESİ

### 1- Gelişmiş Ülkelerde (ABD-AVRUPA) Sağlık Yönetimi Eğitimi

Çağdaş toplumlarda sağlık hizmetleri yöneticiliği diğer hizmet sektörlerine göre en güç-en karmaşık yönetim alanlarından biri sayılıp, sağlık sektöründe politik karar alıcıların en üst perdeden aradıkları meslek grubu haline gelmiştir. Çünkü günümüzde gelişmiş-gelişmekte olan ülkelerde sağlık yönetimi alanında profesyonelleşme bir zorunluluk olarak kabul görmekte olup bu konuda ciddi bir profesyonelleşme yoluna gidilmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sağlık yönetim/yöneticiliği artık sadece hastane yöneticiliği olarak kalmamakta, bunun yanında 1. basamak sağlık hizmetleri yönetimi, çevre sağlığı yönetimi, sağlık planlaması-politikası-finansmanı vb. alt dallara ayrılmış durumdadır.

Her gelişmiş ülkede sağlık kurum-kuruluşların yönetimi, alanlarında profesyonelleşmiş yöneticilerce yürütülmekte iken, sağlık düzeyi göstergelerinin iyi olmadığı-iyi halde devam ettirilmediği ve sağlık sektöründe çıkmazların yaşandığı ülkemizde sorunların büyük bir bölümü yanlış yönetimden kaynaklanarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sorunlarının çözümünde kalite yönetimi, sağlık ekonomisi, finans yönetimi, sağlık mevzuatı ve hukuku, insan kaynakları yönetimi, sağlık işletmelerinde pazarlama, sosyal güvenlik ve sağlık hukuku vb. alanlarda eğitim almamış kişilerle bu eğitimleri almış yöneticilerin hizmetleri arasındaki fark tartışmasız bir şekilde kabul edilmektedir (50-51).

ABD' de sağlık yöneticiliği alanında yüksek lisans diploması olmayan ancak halen yöneticilik pozisyonlarında bulunan ve genellikle tıp-hemşirelik-işletmecilik - kamu yönetimi diploması olan kişilerin sayısı azalmaktayken, profesyonel sağlık yöneticilerinin sayısı artmaktadır. Dolayısı ile ABD' de sağlık yöneticiliğine hevesli bir kişinin öncelikle bu alanda onaylanmış bir yüksek lisans programından diploma alması ya da üniversite eğitimine doğrudan bu alandan bir lisans programından başlaması önerilir.

AUPHA, sağlık hizmetleri yöneticiliğini Şöyle tanımlar: “Sağlık yönetimi, tıbbi bakım yanında sağlıklı evre taleplerinin birey ve toplumlara belli başlı hizmetlerin karşılanmasını sağlamada olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlaması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur” (2).

Sağlık yöneticisi ise “verilecek olan sağlık hizmetlerinin var olan sağlık plan ve politika amaçlarına uygun olarak, ekipler-gruplar yoluyla sunulmasını ve yürütülmesini sağlayan organizatrdr” (53).

Hastane ve sağlık yöneticiliği mesleğinin akademik anlamda ilk geliştiği ve örnek teşkil etmeye başladığı ülkelerin başında ABD gelmektedir. Ülkede ilk zamanlar birçok sağlık idarecisi; otel ktibi, muhasebe memuru ve benzin istasyon personeli gibi hastane yöneticiliğine çok uzak mesleki kişilerden oluşmaktayken, bunlardan bir kısmının ya görevlerine son verilmiş ya da emekliye sevk edilmiş kimselerdi. Dolayısı ile henüz hastaneyi dahi tanımayan bu kişilerin hastanenin idaresi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin olması beklenemezdi. Hastanelerde doktorlar yüksek tahsilli olan kesimlerin nde gelenlerinden idi ve bunlarında bir ya da bir kaçı hastaneleri tamamen kontrolleri altına alıp kurumun kaderi üzerinde muazzam bir güce sahiptiler (52).

Sağlık yöneticiliğinin en iyi bilinen uzmanlık alanı hastane yneticiliğiyken alanda ilk eğitim programları da özellikle hastane yönetimi adı altında başlatılmıştır. Hastaneleri yönetmek için özel bir eğitim gerektiği ABD’ de 1910’ lar da fark edilmiştir. 1919’ da M. Davis’ in bu alanda dönüm noktası olacak “Hospital Administration: A Career” adlı eseri yayınlanana kadar önemli bir gelişme görülmemiş olup Davis’ in bu eserinde ifade ettiği görüşler tıbbi bakım maliyetleri tarafından desteklenmiş raporunda “Hastane ve kuruluşların tıbbi kuruluş olmaları yanında ekonomik ve sosyal amaçlı işletmelerde oldukları ve bunun içinde eğitilmiş yöneticiler tarafından yönetilmeleri gerektiği” ifade edilmiştir (50).

Bu görüş 1934’ ten itibaren kabul görmüş ve çeşitli üniversitelerde lisansüstü hastane yöneticiliği programları açılmaya başlanmış olup bunu da sağlık yöneticiliği programları takip etmiş ve bu gün için bu ülkede 100’ n üzerinde sağlık yönetimi

eğitimi veren eğitim kurumu olduğu bildirilmiştir. Sağlık hizmetleri yoneticiliği alanında lisansuştu duzeyde eğitim veren ilk program, 1934 yılında Chicago Üniversitesi Lisansuştu İşletme Okulunda “Hastane Yonetimi Yuksek Lisans Programı” adı altında başlatılmıştır. Bu programın kurucusu M. Davis çeşitli hastane ve kliniklerde ozel danışman olarak çalışmıştır.

AUPHA sağlık yonetimi eğitimine rehberlik etmek için kurulmuş ve ułkede sağlığın geliştirilmesi amacıyla univesiteler, yuksek okullar ile kiři ve kurumların sağlık yonetimi eğitimi ve araştırmalarını teşvik eden, yol goşteren ve katkı sağlayan bir organizasyon halini almıştır. Organizasyon sadece ułke içerisinde değil uluslar arası boyutta da eğitim desteği sağlamaktadır. 500’ den fazla univesite ve eğitim kurumunun uye olduğu bu yapı uyelerine 160’ a yakın eğitim programı sunmaktadır (1).

Sonraları 1943’ te North Western Üniversitesi, 1946’ da Colombia Üniversitesi, 1947’ de Toronto, California, Yale Univesiteleri’ de bu tip programları açmışlar ve çok geçmeden ułkenin pek çok yerinde yeni okullar ve programlar açılmıştır. Okullar başlangıçta “Hastane Yonetimi” adı ile kurulmuş ancak çok geçmeden bu alanın değişmekte olan niteliğini fark ederek daha geniş kapsamda “Sağlık Yonetimi” ya da “Sağlık Hizmetleri Yoneticiliđi” adı altında programları yeniden tasarlamışlardır. ABD’ de bu alanlarda lisansuştu programlar lisans diploması veren okullardan daha ozce gelişmiştir. Lisans programlarının pek çođu daha az karmaşık sağlık kuruluşlarında uřt yonetim ile buyuk kuruluşların orta kademe yonetimi için eleman yetiştirme amacı guťmuřlerdir. İşletme dersleri ağırlıklı ders programlarına sahiptiler, bunun yanında derslerin sağlık organizasyonlarına yonelik uygulanması içinde ozgun dersler verilmekte idi. Lisan duzeyinde eğitim veren pek çok okul bulunmakta ve halende sağlık kuruluşları için orta duzeyde yoneticiler yetiştirmektedir. 2008 verilerine goře ABD’ de sağlık sektorunde çalışan yoneticisi sayısı 283.500 iken bu sayının 2018 yılında 328.800’ e çıkacağı belirtilmektedir (63).

Avrupa da ise sağlık yöneticiliği üzerine eğitim çalışmaları 1950' ler de başlamış ve buda DSÖ nclğnde Avrupa lkelerinden ABD' de ki programları ziyaret için programlar oluşturularak yapılmaya başlanmıştır. İngiltere öncülüğü ile pek çok Avrupa ülkesindeki programlar 1960' lar da başlatılmış olup bunların birçoğunda ABD niversitelerinin lisansüstü programları temel alınmıştır (55-60).

Aynı yıllarda Almanya da "Hastane Enstitüsü", Fransa' da "Milli İdarecilik Okulu" sağlık yönetimi eğitimleri verilmekteydi. Ayrıca AUPHA verilerine göre Avrupa da alanda eğitim veren kurum sayısı 60' a yakın olup lisans ve lisansüstü programların sayısı artış eğilimindedir (56-61).

## **2- Türkiye' de Sağlık Yönetiminin Gelişimi**

Sağlıkta reform çalışmaları ülkelerin vatandaşlarına en ideal sağlık hizmetlerinin sunumu için hayata geçirilmeye çalışılır. Nitekim DSÖ 1996 yılında "European Health Care Reforms-Analysis of Current Situation" adlı raporunda Sağlıkta Reform adına; " Derinlemesine-profesyonel yönetim eğitiminden geçmiş sağlık yöneticisi sayılarının arttırılması ve ayrıca uygun sağlık bilgi sisteminin yerleştirilmesi, sağlık reformlarının-sağlık dönüşümlerinin etkili ve başarılı olmasında en önemli rolü oynamaktadır" ifadelerini kullanmıştır. Ülkemizde sağlık ve hastane sistemi ile ilgili olarak tafraların (Sivil Toplum Kuruluşları, Alanın Uzmanları, Kurum ve Kişiler vb.) ortak bulgularına göre; "sağlık ve hastane sisteminin iyi işlemediği, çözüm nerileri arasında da ortak görüşün profesyonel kişilere ihtiyaç duyulduğu" şeklinedir. TTB (Türk Tabipler Birliği)' nin düzenlemiş olduğu "N. Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri" erevesinde ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan sorunlar olarak şunlar belirlenmiştir (57);

- 1- Basamaklar arası sevk zinciri sorunları
- 2- Yönetimsel sorunları
- 3- rgtlenme sorunları
- 4- İnsan gücü (İnsan Kaynakları) sorunları

- 5- Sağlık hizmeti sunumundaki sorunlar
- 6- Enformasyon sistem sorunları
- 7- Çalışanların ya da kurumun performans değerlendirme sorunları
- 8- Kurumun finansal sorunları (finansal sürdürülebilirlik)
- 9- Kurumsal donanım sorunları

Bugün pek çok gelişmiş ülkede sağlık yöneticiliği ayrı bir yönetim dalı olarak kabul görmüştür, ülkemizde hastane yöneticiliği ise esasında eski bir meslektir. Hekim El-Razi Bağdat hastanesinde hastane başmüdürlüğü yapmıştır. Osmanlı’ da hastane yönetimi tımarhane ağası denilen hekim dışı kişiler tarafından yapılmakta idi. Hastanelerin idari-mali işleri müdür-i hastane tarafından yürütülür, başhekimler ise yalnızca hasta tedavisi ile ilgili mesleki faaliyetlerin yönetimi ile ilgilenmekteydiler (59).

Türkiye’ de ise sağlık yönetimi eğitimi yoğun ve bilimsel temellerde lisans düzeyinde verilmektedir. Ülkemizde sağlık yöneticisi eğitimi alanında ilk yükseköğretim kurumu “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” dur. Okul 1963 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğüne” bağlı 3 yıllık bir meslek okulu olarak kurulmuştur. Okulun açılması ise Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’ n da öngörülmüş, “Hastane İdareciliği” adı altında başlatılması öngörülen bu okulun açılışı 19 Aralık 1963’ te gerçekleştirilmiş ve mezunlarının hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarında da çalışabilmesini sağlamak amacıyla “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” adı verilmiştir (62).

Okul 1975’ e kadar yüksek lisans eğitimi yapmış, aynı yıl okulun adı “Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu” olarak değiştirilmiş, 4 yıllık lisans eğitiminin yanında yüksek lisans ve doktora programları da düzenlenmeye başlanmıştır (66).

Bu iki okul 1982 tarihinde “Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü”ne bağlı tek bir okul haline getirilmiş ve “Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu” olarak faaliyetlerine devam etmeye başlamıştır. 1993-1994 öğretim yılından itibaren de “Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi” bünyesinde “Sağlık Kurumları İşletmeciliği” Önlisans programında, uzaktan öğretim yöntemiyle bu alanda eğitim vermeye başlanmıştır (67).

Ülkemizde sağlık yönetimi alanında **ilk** yüksek lisans eğitimi “Hacettepe Üniversitesi Hastane İdaresi Yüksekokulu” n da 1972-73 ders yılında “Hastane İdareciliği” olarak başlatılmış, **ikincisi** “Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı” bünyesinde “Sağlık Bilimleri Enstitüsü” ne bağlı bir bilim dalı olarak “Sağlık Yönetimi” adı altında yüksek lisans ve doktora eğitimi başlatılmıştır. **Üçüncü** program ise 1987 Eylül ayında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’ ne bağlı olarak İşletme Fakültesi bünyesinde oluşturulan “Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı” tarafından yürütülmektedir. Program 1987-1988 ders yılından itibaren yüksek lisans, 1988-1989 ders yılından itibaren de doktora öğrencisi kabul etmeye başlamıştır.

Yüksek lisans-Doktora Programlarının ders müfredatı, “Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Yönetimi Lisansüstü Program” Direktörü Dr. James Hepner ve “Houston Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Lisansüstü Program” Direktörü Dr. Joseph Taylor davet edilmiş olup tecrübe ve görüşlerinden yararlanılmıştır ve her iki profesörün de 1987 sonbaharında okulu ziyaretleri sırasında yüksek lisans öğrencilerine çeşitli konularda seminerler yapmaları sağlanmıştır. Doktora Programına çoğunluğunu hemşirelik dalında yüksek lisans diploması sahibi ve büyük hastanelerimizde yönetici hemşirelik pozisyonlarında bulunan adayların teşkil ettiği öğrenci kabul edilmiştir. **Dördüncüsü ise** 1993-1994 öğretim yılında “Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı”na bağlı olarak “Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Yüksek Lisans” programı başlatılmıştır. Ülkemiz hastanelerinde genellikle yönetimde tek yetkili ve sorumlu kişi asıl mesleği hekimlik olan “Başhekim-Hastane Yöneticisi” dir. Başka bir deyişle, gerek devlet hastanelerinde ve gerekse Üniversite ve diğer

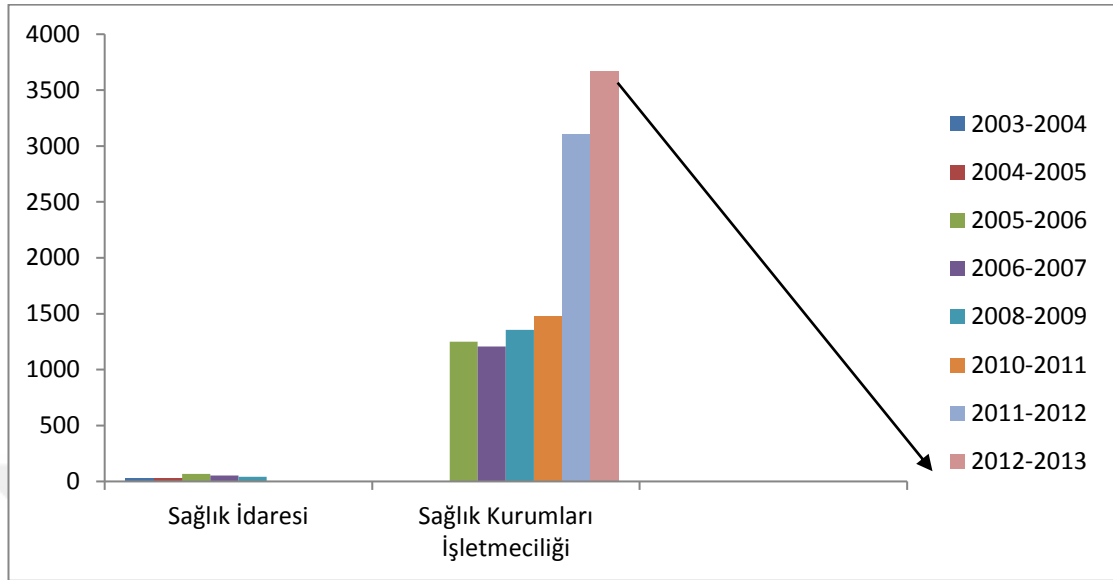
kamu kuruluşlarına ait hastanelerde her şeyin Başhekim' den sorulduğu ve en ince ayrıntısının dahi başhekimden geçirildiği bir hastane yönetim modeli ülkemiz hastanelerinde mevcuttur (67).

Ülkemizde sağlık hizmetleri yöneticiliği üzerine gelişmiş toplumların tersine bir seyir vardır. Sağlık yöneticiliği eğitimlerinin 1940' lar da ilk başladığı yer olan ABD' de bu ihtiyaç görülmüş ve tıp fakültelerinden bu konuda eğitim veren bölümler açmaları istenmiş ancak tıp fakültelerinin aşırı katı tutumu sebebiyle ilk sağlık yöneticiliği eğitimi veren yüksek lisans programları İşletme Fakülteleri bünyelerinde başlatılmıştır. Ülkemizde ise bu eğitimleri başlatan okullar tıp fakülteleri olmuş (Hacettepe Üniversitesi-1972), İşletme Fakülteleri bu konuyla daha sonra ilgilenmişlerdir. Ancak Tıp fakültelerinin sağlık yöneticiliği eğitimine yaptıkları katkı yine aynı fakülteler tarafından ülkemizde mezun tıp hekimlerinin eğitim programlarında görülememektedir (2).

Ülkemizde Sağlık Yönetimi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sağlık İdaresi, Hastane İdaresi adları altında Türkçe/Matematik-1 (TM-1)) ya da Yükseköğretime Geçiş Sınavı-6 (YGS-6) Puanı ile alım yapılmaktadır. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı (ÖSYS) ' n da 198,82393 en düşük, 373,83455 en yüksek puanlar olarak öğrenci alımları yapılmıştır. Lisansüstü ve doktora programlarında da kayda değer bir artış gözlenmekte iken ileri ki yıllar içinde artan oranlarda lisans ve ön lisans düzeyinde sağlık yöneticiliği alanına yeni mezunlar verilecektir.

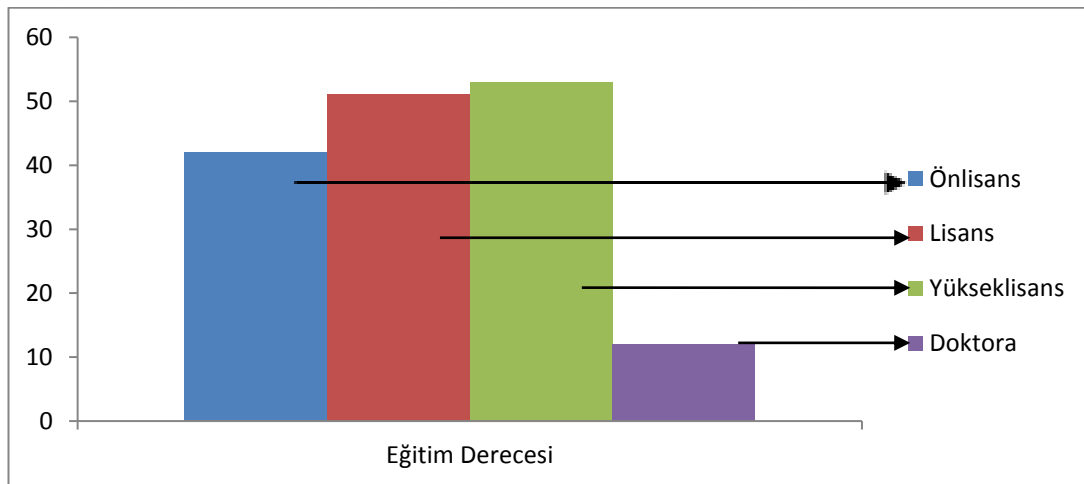


**Grafik 4. Ön Lisans Düzeyinde Sağlık Yönetimine ait Mezun Olan Öğrencilerin Yıllara Göre Dağılımı**



**Kaynak:** “Türkiye’ de Sağlık-Eğitim ve Sağlık İnsan-gücü Durum Raporu”, Editör; Solak M., YÖK Yayın No: 2014/1, Eskişehir-2014”

**Grafik 5. Türkiye’ de Sağlık Yönetimi Eğitimi veren Bölümlerin Derecelerine Göre Sayıları (2015)**



**Kaynak:** “Türkiye’ de Sağlık-Eğitim ve Sağlık İnsan-gücü Durum Raporu”, Editör; Solak M., YÖK Yayın No: 2014/1, Eskişehir-2014”

Ülkemizin 51 üniversitesinde değişik adlarda 117 lisans sağlık yönetimi-yöneticiliği bölümleri mevcut olup, bunların 22’ si “sağlık bilimleri fakültesi”, 9’ u “İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi”, 2’ si “İşletme Fakültesi”, 13’ ü “Sağlık

Yüksekokulu”, 4’ ü “Sağlık Bilimleri Yüksekokulu” ve 1 tanesi de “Uygulamalı bilimler Yüksekokulu” na bağlı olarak faaliyet göstermektedir. 2016-2017 ÖSYS’ ye göre ise sadece lisans düzeyinde (burslu (% 25-50-75-100), ikinci-birinci öğretim, uzaktan öğretim) başlıklarında 117 sağlık yönetimi bölümü bulunmaktadır. Yukarıda ki lisans mezuniyetine ek olarak 2012 yılından bu yana sadece “Dicle üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü” n den” her yıl 50 öğrenci mezun verilmektedir. Bu sayı diğer 117 üniversitenin faal durumdaki sağlık yöneticiliği bölümlerinin mezun edilen öğrenci sayıları düşünüldüğünde sağlık yönetimi mezunları ordusunun söz konusu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından dikkatle ele alınmalıdır.

Bununla beraber ülkemizde ki sağlık yönetimi bölüm programlarının hiçbiri akredite edilmemiştir. ABD’ de sağlık yönetim alanında eğitim veren programların değişik fakültelerin bünyesinde yer aldığı (İşletme, Kamu yönetimi, Halk Sağlığı vb.) ancak son yıllarda işletme ağırlıklı yüksek lisans programlarının ağırlık kazandığı bilinmektedir. Ülkemizde de benzer durum görülmekle beraber bu alanda ki doçent adaylarının büyük çoğunluğu işletme bölümünün alt alanı olan yönetim ve organizasyon alanında başvuru yaptıkları görülmektedir.

ABD’ de ki eğitim programları, özerk bir kurum olan ACESHA (Accrediting Commission on Education for Health Services Administration) tarafından akredite edilir. ACESHA bu alan da COPA (Council on Post Secondary Accreditation) tarafından tanınmış tüm ulusal yüksekokullar, üniversiteler ve kamu adına onay sürecini düzenleyen üst kuruluştur. ACESHA’ nın temel amacı; bu alanda ki lisansüstü eğitimin planlanması ve politikası için kriterleri belirlemek, üniversitelerin programlarını iyileştirmeleri konusunda teşvik edecek düzenlemeleri yapmaktır. Avrupa ülkelerinde ise EHMA (The European Health Management Association) Avrupa Sağlık Yönetim Birliği üst kuruluşu olarak hizmet vermektedir. Ülkemizde ise şimdilik sadece dernek bağlamında faaliyetler bulunmaktadır (Sağlık İdarecileri Derneği, Sağlık Yöneticileri Derneği vb.).

Akreditasyon, verilen eğitim programlarının kalitelerinin arttırılması ve bir asgari seviyenin tutturulabilmesi için elzemdir. Örneğin ACEHSA tarafından oluşturulan akreditasyon kriterleri aşağıdaki konuları içermektedir (58);

Kriter I: Program Misyonu, Değerleri, Vizyon, Amaçları.

Kriter II: Eğitim ve Program İçeriği

Kriter III: Eğitim Kadrosu

### 3- Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi

*Eğitim*; “mevcut iş ve görevler için ihtiyaç duyulan bilgi ve beceriye sahip insan kaynağını elde etmede tasarlanır ayrıca eğitim genel anlamada bilgi, yetenek ve beceri kazanma süreci olarak” ta tanımlanmaktadır. (68-69).

*Bireysel açıdan eğitim ise* ; “amaçlara ulaşma başarısını arttırmaya yönelik, çalışanların davranış, bilgi, yetenek ve güdülenmelerini değiştirme ve geliştirme süreci” iken *Örgütsel açıdan eğitim*; “örgütün etkililik, etkinlik ve verimlilik açısından mevcut başarısını geliştirmeyi amaçlayan yönetim amaçlarının tümüdür”.

Çağdaş kurumlarda başarıyı arttıran ve devamlılık sağlatan en önemli hususların başında insan gücü gelmektedir. Kurumların gücü, çalışanlarının ve yöneticilerinin gücü ile ölçülür. Hızla gelişen ve değişen bilgi dünyasında ülkelerin ve sağlık kurumlarının değişim ve dönüşüme ayak uydurmalarının en verimli ve en temel yolu ise eğitimidir. Sağlık hizmetlerinin verilmesi ve gelişmesinde eğitim kaçınılmaz bir zorunluluktur. Sağlık kurumlarında diğer kurumlara oranla değişim ve gelişmeler çok hızlı yaşanmakta bu nedenle sağlık kurumları bu değişim ve gelişmeleri izlemek ve değişen koşullara ayak uydurabilmek için kendini yeni koşullara karşı uyarlamak zorundadırlar. Sağlık çalışanının eğitimindeki temel amaç, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek bununla beraber çalışanların bilgi, beceri, etik değerler, sosyal yaklaşım gibi konularda ki nitelikleri açısından çağın gereklerine uygun donanıma sahip olmalarını sağlamak ve bunun sonucunda halkın sağlık düzeyini yükseltmektir (70).

Sağlık yönetimi eğitimi almış profesyonel bir yönetici kurumun sahip olduğu kaynakların optimal ölçüde kullanımını, hastanede kullanılan araçların tasarımında standardizasyonun sağlanmasını, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesini ve hastane performansının değerlendirilmesine yönelik veri toplamayı sağlayacaktır. Bu yöneticiler kurum yönetiminde etkililik-etkinlik amaçlarına hizmet etmelidirler. Dolayısı ile profesyonel eğitime sahip olmak hastanelerin her kademesinde görev yapan personel için sahip olunması gereken bir özellik olmalıdır (71).

*Yönetim Eğitimi ise;* “Faydalı mal ve hizmet üretimi amacı ile kısıtlı olanaklı maddi ve beşeri kaynakların, verimli ve etkin kullanabilecek kararlar alma ve oluşturulan grupların işletmede yükledikleri ya da ileride yüklenecekleri görevleri daha etkili bir şekilde yapabilmeleri için, onların mesleki bilgi ufuklarını genişleten, düşünce, davranış ve tutum, rasyonel karar alma, alışkanlık ve anlayışlarında olumlu değişimler yapmayı amaçlayan, bilgi görgü ve yeteneklerini arttıran eğitsel faaliyet ve eylemlerin tümü olarak” tanımlanabilir. Yönetim ve organizasyon eğer bilgi-beceri işi olmasa idi bol kaynaklara sahip olan ülkeler nispeten kısıtlı kaynaklara sahip olanlardan daha zengin ve daha mutlu olurlardı. Dolayısı ile sağlık sistemleri eğitilmiş yöneticilere ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç arzı gelişmiş ülkelerde 1910’ lu yıllarda fark edilmiş ve sağlık yöneticiliği alanında eğitim programları açılmaya başlanmış ülkemizde de ilk olarak 1928 yılında “TC. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” kurulması ile bu ihtiyacın fark edildiğini görebilmekteyiz (2).

Gelişmiş ülkelerde “Sağlık Yönetimi Eğitimi İhtiyacı” niteliği tartışılırken, ülkemizde bu eğitim kurumlarının sayısı artmış olmasına rağmen alanda hizmet veren sağlık yöneticilerinin büyük çoğunluğunun halen bu eğitimden yoksun olmaları ve eğitime ihtiyaç duyup duymamaları şeklindeki tartışmalar hâlâ sıcaklığını korumaktadır. Bu değerlendirmeye paralel olarak SDP ve Türkiye Sağlık örgütlenmesinin mihenk taşı olan 2011 KHK’ sine göre sağlık yöneticiliği profesyonelleştirilme noktasında ele alınmaktadır ancak 5 yıllık geçmişe rağmen var olan sağlık yöneticilerinin “Sağlık Yönetimi Eğitimi” noktasında işlevsel olup olmadıkları ise çalışmamız gibi yeni araştırma konularına ihtiyaç duymaktadır.

İhtiyaç bireyde iş ile ilgili tespit edilen eksiklikken eğitim İhtiyacının göstergesi ise yöneticinin niteliklerinin yaptığı işin gereklerine yetmesidir. Bu durumda yöneticinin eğitime alınarak niteliklerinin yükseltilmesi elzemdir (64). Kısacası eğitim ihtiyacı; birey ve toplumun var olan davranışları ile istendik davranışlar arasındaki farktır. Diğer bir ifade ile eğitim ihtiyacı eğitsel açıdan bir boşluğu-eksikliği ifade eder. Dolayısı ile eğitim gereksinimi eksik olan ve istenilen duruma ulaşmak için gerek duyulan bir takım anlayış, tavır ve becerileri kapsamaktadır. Yönetim eğitimi programlarının çağdaş gelişmelere paralel biçimde gerçek gereksinimlere dayalı olarak geliştirilmesi ve eğitim etkinliklerinin buna göre planlanması açısından **ihtiyaç analizi** araştırması önemli görülmektedir (2).

Günümüzde yönetici personellerin görevlerini etkin olarak yerine getirebilmeleri için yetenekli olmaları yanı sıra, yeterli bir eğitime sahip olmalarında gerekir. Kurumlar, terfi nedeni ile ortaya çıkan sorunları çözmek-yöneticilerin buldukları görevde verimliliğin ve etkinliliğin artırılması-yöneticilerin astlarıyla ilişkilerini geliştirilmesi-meydana gelen değişme ve gelişmeleri yöneticilere aktarması ve kurumdaki insan ilişkileriyle ilgili sorunları önlemek ya da çözmek amacıyla yönetici personelini eğitip, geliştirmelidir. Eğitim programlarının etkinliği de öncelikle iyi yetiştirilmiş, yetenekli eğitimcilerin görevlendirilmesi ile ölçülür (70).

### 3. 1. İhtiyaç Analizi Süreci

#### İhtiyaç Analizi Süreç Basamakları;

- a) Planlama
- b) Bilgi Toplama
- c) Bilgilerin Analizi
- d) Sonuç ve Rapor Hazırlama

a) *Planlama*: kurumun ihtiyaç alanlarının neler olduğu, çalışan gruplarının kimlerden oluştuğu ve çalışma amaçlarının neler olduğu, toplanacak bilgilerin

türü, bilgi toplama ilkeleri, bilgilerin ne zaman-nerede-nasıl-kimler tarafından toplanacağına kararlaştırılıp eylem planının geliştirildiği ilk aşamadır.

- b) *Bilgi Toplama:*** Kullanıma uygun olan bilgi kaynaklarının ve bilginin nasıl elde edileceğinin planı hazırlanır. Toplum, birey ve konu alanı gibi kaynakların yanında eğitim programları-ders planları-raporlar-dosyalar-makaleler sayılabilir. Bilgi toplanması için gerekli tekniklere uygun ölçme araçları geliştirilerek gerçek biçimde bilgiler toplanır. Bilgi toplama için gerekli kaynak ve işlemlerin maliyeti önceden düşünülüp gözden geçirilmelidir.
- c) *Bilgilerin Analizi:*** Planlanarak toplanan bilgilerin düzenlenme-sınıflandırma-istatistiksel hesaplamaları yapılır-yorumlanır ve mevcut yönetici eğitim durumu ile beklenen durum arasındaki farkı ortaya çıkaracak şekilde sonuçlandırılıp önem sırasına konulur. Bilgilerin analizi süreci karar verme işlemleri için bilgi sağlama sürecidir.
- d) *Sonuç ve Rapor Hazırlama:*** Sonuçlar raporlandırılıp hazırlandıktan sonra çalışma amacına uygun olarak raporda yer alan bilgilerin kimlere verileceği kararlaştırılır. Verilecek gruplar arasında; öğrenci-yönetici-program geliştirme komisyonu-sağlık eğitimcileri-liderler-politikacılar-fakülteler olabilir.

Ulaşılan sonuçlar gözden geçirildikten sonra olası neden-sonuç ilişkileri saptanır ve amaçlar belirlenir. Elde edilen sonuçlar programın etkisini analiz etmek amacı ile programın öncesinde ve sonrasında kullanılabilir (2).

#### İhtiyaç Analizi;

- a) Oluşturulan program hedeflerinin gereksinimleri karşılayıp karşılamadığını ortaya koyar.
- b) Gelişen ve değişen bilgilerin programa yansımalarını sağlar.
- c) Eğitim programlarının etkililik derecesinin saptanmasına yardımcı olur.
- d) Eğitim programlarının eksikliklerinin ortaya konmasını sağlar.
- e) Farklı programlarına ihtiyaç olup olmadığını ortaya koyar.

- f) Geleceğe ilişkin geliştiren yeni soru başlıklarının oluşmasını sağlar.
- g) İstenilen davranışların ortaya çıkmasını sağlar.
- h) Programların geliştirilebilmesi için sürecin başında ihtiyaç analizi yer alır.

### 3. 2. Eğitim İhtiyacının Saptanması

Kurumlarda İnsan-gücü etkinliklerinin arttırılması için iş-görenlerin (yönetici ve çalışanların) ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde kurumlarda eğitim faaliyetlerinin yeniden planlanması ve uygulanması ile oluşabilir. Eğitimin planlamasındaki ilk aşama eğitim ihtiyaının saptanması ve ihtiyaının saptanabilmesi içinde öncelikle kurumun iş analizlerinin yapılmasıdır.

Eğitim Aığı= Bir iş ya da görevin - Bir iş ya da görevi yapan kişinin  
gerektirdiği bilgi ve yetenek sahip olduğu bilgi ve yetenek

Burada fark olumsuz yönde ise çalışanın eğitime ihtiyaı olduğu, eşit ya da olumlu ise eğitim ihtiyaının olmadığına karar verilir. Ancak bu aşamada olumsuzluğun bilgi ve yetenek eksikliğinden mi yoksa başka nedenler (motivasyon-ücret-çalışma şartları)' den mi kaynaklandığını tespit etmek ayrıca önemli bir husustur. Farkın eğitim ihtiyaından doğduğuna karar verdikten sonra bu ihtiyaın nasıl ve hangi konularda ve kimlere dönük olarak gerçekleştirilecek eğitim programı ile politikalarının saptanmasına sıra gelecektir (67-69).

Eğitimin yönetici-personel-kurum açısından faydaları bulunur iken özellikle yöneticiler açısından faydaları şu şekilde sıralanabilir (71);

1. Yetişmiş personelin hata yapma oranı düşer.
2. Yetişmiş personelin performansı, iş doyumunu ve motivasyonu artar.
3. Hata oranlarındaki dşuş gereksiz maliyetleri düşürür.
4. Yöneticinin denetleme imkânı artar.
5. Yöneticinin kurumda zorluklarla karşılaşma oranı düşüp, ana sorunlarla uğraşma imkânı artar.

Eğitim ihtiyacının belirlenebilmesi içinde u tür analize ihtiyaç vardır (71).

- a. Örgüt Analizi
- b. İş (Görev) Analizi
- c. Kişi Analizi

**a. Örgüt (Organizasyon) Analizi:**

Örgütün amaçları, bu amaçlara ulaşmada kullanılacak kaynakları ve örgütsel çevreyi ayrıntılı biçimde incelemeyi ifade eder. Kısacası örgütün bir bütün olarak incelenmesi ile örgüt içinde hangi bölümlerde hangi yönetim kademesinde eğitime ihtiyaç duyulup duyulmadığını saptamaya ve uzun vadeli eğitim planlarında eğitim ihtiyacının belirlenmesi ortaya konulur. Örgütsel analiz aşağıdaki sorulara cevap ararken örgüt içinde gerekli eğitim ve geliştirme faaliyetlerine yön verir.

- 1- İşgücü devri yüksek mi?
- 2- Devamsızlık hangi boyuttadır?
- 3- İş kazaları sayısında artış var mıdır ya da kaza raporları çok mudur?
- 4- Kural ihlalleri yoğun mudur?
- 5- Çatışma ile uyumsuzluk problemleri yoğun mudur?
- 6- Disiplin cezalarında artış var mıdır?
- 7- İşbirliği noksanlığı var mıdır?
- 8- Yönetim ile ilgili şikyetlerde artış var mıdır?
- 9- İletişim sorunları yaşanmakta mıdır?

Aynı zamanda bu analizde örgüt dışı faktörlerde dikkate alınır. Rekabet olanakları, Pazar araştırması, teknolojik, ekonomik ve sosyal gelişmeler vb. dış faktörlerde örgütün başarılı yönetilmesi için analize tabi tutulur. şayet bu içerikli çalışma ile sorunların eğitim yetersizliğinden kaynaklandığı hissedilirse bir adım daha atılarak görev ve performans analizlerini de kapsayan eğitim açığı analizi gerçekleştirilir.



#### **d. İş (Görev) Analizi:**

İşler hakkında detaylı bilgi elde etme sürecidir. Örgütlerde önceden belirlenen amaçların gerçekleştirilebilmesi için çalışanlar ve yerine getirdikleri işler, çeşitli fonksiyonlar adı altında gruplara ayrılır. Bu fonksiyonel grupların özellikleri bilinmeli ve görevleri tanımlanarak her fonksiyonel birimde yerine getirilen işler ile onların birbirleriyle olan ilişkileri belirlenmelidir. İşte bu noktada, işlere ilişkin ayrıntı ve özelliklerini belirlemek amacı ile iş analizi çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. İş analizi çabaları; işlerin kapsadığı, görev-sorumluluk ve çalışma koşullarını belirlemeye çalışır. Bu çabalar, aynı zamanda işleri yerine getirecek olan bireylerde bulunması gerekli olan bilgi, beceri ve yetenekleri de ortaya koymaya yöneliktir.

İş analizi; “işlerin doğru, etkin ve sağlıklı bir biçimde değerlendirilebilmesi için her birisinin ayrı ayrı niteliği, inceliği, gerekleri, sorumlulukları ve çalışma koşullarını bilimsel yöntemlerle inceleyen ve bilgi toplayan bir tekniktir”.

#### **e. Kişi (Performans) Analizi:**

Eğitim ihtiyacının saptanmasında son adım kişi analizidir. Örgüt ve iş analizi ile işin gerekleri belirlendikten sonra, iş-görende (Çalışan-Yönetici) var olan bilgi ve becerileri ile mevcut performansının, standart performansa uygun olup olmadığının saptanmasıdır.

İş-gören Eğitim İhtiyacı= İstenilen Performans Düzeyi-Bireysel Performans Düzeyidir. Eşitlikte ki bireysel performans düzeyi, gözetimcilerin kişiler hakkında ki değerlendirmeleri, iş-görenlerin performans tutanakları, tutum ölçümleri, testler veya görüşmeler yoluyla elde edilen bilgilerdir. Kişi analizinde yukarıda sayılan yollarda veya diğer performans değerlendirme yöntemlerinden yararlanarak belirlenen iş-görenin mevcut performansı, standart performans ile karşılaştırılarak aralarında fark olup olmadığına bakılır. Farkın eğitim ihtiyacından kaynaklandığı tespit edildiğinde bu ihtiyacın hangi konu ve yönde olduğu saptanarak eğitim programı hazırlanması aşamasına gelinir.

İş-görenlerin eğitim ihtiyaçlarının saptanmasında kullanılan başka yöntemler de vardır. Bunlardan biri performans değerlendirme sistemi sonuçlarını kullanarak eğitim ihtiyacını belirlemektir. Eğitim ihtiyacını belirlemede bir diğer yöntem olan görüşmede ise eğitim konusunda yetkili kişiler, her bölümün yöneticisi ile ayrı ayrı görüşerek, iş-görenlerin hangi konularda eğitime ihtiyaç duyduklarını saptarlar. Test uygulamaları ise, özel olarak hazırlanmış olup, eğitime tabi tutulacak iş-görenlerin bilgi-becerilerini ölçmek amacı ile kullanılır (2).

Sağlık yöneticilerinin hizmetin gerektirdiği kişilik yapılarından ve temsil ettikleri kişisel değerlerden bihaber olmaları, sistemin gerektirdiği karmaşık olmayan işlemlerinde bile kendilerini ortaya koyamamalarına ve bu da mevcut potansiyellerinin gün ışığına çıkamadığına işaret etmektedir (54).

### 3- GEREÇ VE YÖNTEM

#### C- DİYARBAKIR İLİNDEKİ SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN YÖNETİM EĞİTİMİ DURUM VE İHTİYAÇLARINI BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Çalışmamız için konu ve amacın ortaya konulmasında ki temel etki SDP' nin 8 bileşeninden biri olan "Sağlık Sistemini Destekleyecek Eğitim-Bilim Kurumları; Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez" bileşeni etkili olmuştur.

Sağlık bakanlığı, sağlık yönetimi eğitimi ihtiyacını varsayımsal düzeyde tespit etmiş ve "*Sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerce yürütülmelidir*" ifadesini kullanmıştır (72). Sağlık yöneticiliği mesleği için (var olan eğitim-öğretim "ön lisans-lisans-yüksek lisans-doktora" kurumlarının yeterliliği veya eksiklikleri başka araştırmaların konusu olmak üzere bu çalışmanın dışında bırakılmış) 1960' lı yıllarda lisans, 1970' li yıllarda yüksek lisans eğitimlerinin verilmesine rağmen, SDP' nin 2003' de resmi hükümet politikası olarak uygulanana geldiği ve bakanlığın kendisine bağlı kurumlarında desantralizasyona gittiği 2011 yılından bu yana, SDP' nin yukarıda değinilen bileşenine uygun olarak hareket edilip edilmediği var olan sağlık yöneticilerinin profesyonel sağlık yöneticiliği eğitimi olup olmadığı konusunda literatür taramaları kapsamında da daha çok çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikârdır.

#### 1- Araştırmanın Konusu

Araştırmamızın konusu Diyarbakır' da ki sağlık yöneticilerinin yönetim eğitimi durum ve ihtiyaçlarının saptanmasıdır. Çalışmamızda sağlık yöneticiliği profesyonelliğinin gerekliliği ve eğitim ihtiyaçlarının olmazsa olmazlığı ortaya konulmaya çalışılacaktır.

## 2- Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin yönetimi ve verimli sağlık yönetiminin gerçekleştirilmesi için sağlık yönetimi eğitimin gerekliliğinin belirlenmesi, Türkiye taşra sağlık organizasyonu içinde ki en küçük birimden (TSM) en üst birime (İl Sağlık Müdürlüğü) kadar sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu yöneticilerin bu konudaki yönetim ihtiyaçlarının tespiti ile mevcut eğitim ve gereksinimlerinin ne olması gerektiğinin saptanması amaçlanmıştır.

## 3- Araştırma Yöntemi

### 3. 1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Diyarbakır ilinde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık hizmetleri yöneticileri (Kamu hastaneleri il genel sekreterliği ve sekreterliğe bağlı 2.-3. Basamak hastaneler bünyesinde ki yöneticiler (Hastane yöneticileri-başhekimler-sağlık bakım hizmetleri müdürleri-hastane müdürleri ve bunlara bağlı yardımcıları), il sağlık müdürlüğü (müdürlük yöneticileri ve müdürlüğe bağlı 112 komuta merkezi yöneticileri) ile il halk sağlık müdürlüğü (müdürlük yöneticileri-İlçe TSM yöneticileri-İlçe sağlık müdürleri-İlçe sağlık grup başkanları) ve ildeki özel hastane yöneticileri (Başhekim-Başhemşire-Hastane Müdürü) araştırmanın evrenini oluşturmuş olup çalışma için gerekli olan etik kurul onayı ve kurum izinleri alınmıştır.

Diyarbakır ilindeki sağlık kuruluşlarındaki toplam sağlık yöneticisi sayısı yaklaşık 180 olup bunların tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. (yaklaşık ifadesinin kullanılma sebebi ise; birçok ilçe hastane-özel hastane yönetimlerinde, hastane yöneticiliği ve başhekim yardımcılığı unvanlarının kullanılmaması idi.)

### 3. 2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızda eğitim ihtiyacının belirlenmesinde örgüt (organizasyon)-iş (görev) analizi ile mevcut eğitim-öğretim kurumlarının yeterlilik ve eksikleri başka araştırmaların konusu olmak üzere bu araştırmanın dışında bırakılarak sadece kişi analizi çalışması yapılmıştır.

Araştırmamızda belirlenen evrenin tamamına ulaşılamamasının nedeni ise anket uygulamasının başlandığı kasım ayı ile devam edilmek istenen nisan ayı başında bile bölgede hâkim olan teröre dayalı olağanüstü durumlar nedeni ile yaşanan olayların hayati tehlike oluşturacağından 4 ilçeye (Silvan-Lice-Hani-Kulp) gidiş sağlanamamıştır. Gidilemeyen Diyarbakır Halk Sağlığı İl Müdürlüğüne bağlı ilçe TSM yöneticilerine ve Diyarbakır Kamu Hastaneleri İl Genel Sekreterliğine bağlı ilçe hastanelerinin yöneticilerine bağlı buldukları kurumlarından dilekçelerle alınan her türlü iletişim kanallarından (e-mail/cep numaraları) bilgilendirme mesajları atılmasına rağmen bazı yönetici dönüşleri sağlanamadı. Ayrıca bazı yöneticilerde yasal izinlere rağmen ankete katılmayı reddetti. Hedeflenen örnekleminiz 180 sağlık yöneticisi iken toplam 149 yöneticiye ulaşılmıştır (% 82,8).

### 3. 3. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında “Diyarbakır’ da Çalışan Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi Anketi” kullanılmıştır (Ek.1). Anket formu “Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi-Kocaeli Örneği-Çatalca H., Doktora Tezi, İstanbul-2000” adlı çalışması için oluşturulan anket formu incelenerek, SDP bileşenleri ve 2011 yılı 663 Sayılı KHK’ ye göre yapılandırılan sağlık bakanlığı merkez-taşra örgütlenmesine göre yeniden revize edilmiş ayrıca soru ifadelerinin oluşturulmasında konu ile ilgilenen uzmanların (eski sağlık yöneticileri-sağlık yönetimi profesyonelleri vb.) görüşleri de alınmıştır.

Geliştirilen anket formunun amaca uygun olup olmadığını belirlemek için, Diyarbakır ilinde ki sağlık kurumları yöneticilerinden rastgele seçilen 20 kişiye ön uygulama yapılmış (Dicle Üniversitesi hastanelerinin eski-yeni yöneticileri ve il sağlık müdürlüğü ile devlet hastanesinde daha önceki yıllarda yöneticilik görevi yürütmüş yöneticiler) ve anket formu yanıtlanırken karşılaşılan sorunlar düzeltilerek toplam 56 soruluk ön anket gözden geçirilmiş ve Ek.1’ de sunulan 49 soruluk son hali verildikten sonra uygulanmıştır. Soruların bir kısmı çoktan seçmeli bir kısmı ise açık uçlu sorulardan oluşmuştur.

Anket formundaki sorular temel olarak 3 grupta düşünölmüş olup anket soruları ekte sunulmuştur.

- I. Tanımlayıcı bilgileri (Soru 1-9)
- II. Yöneticilik deneyimi ve iş koşulları ile ilgili bilgiler (Soru 10-30)
- III. Yönetim eğitimi ihtiyacı ile ilgili görüşler (Soru 31-49)
  - Tanımlayıcı Bilgileri Soru Grubunda: İş unvanı, meslek, yaş, cinsiyet, kıdem, eğitim düzeyine ilişkin toplam 9 soru sorulmuştur.
  - Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları Soru Grubunda: Yöneticilik deneyimi-bilgisi, yöneticiliğe ayrılan zaman ve yöneticiliğe bakış açıları değerlendirilmeye dair 7' si açık uçlu olmak üzere toplam 21 soru sorulmuştur.
  - Yönetim eğitimi ihtiyacı ile ilgili görüşler grubunda; daha çok katılımcıların görüşlerini içeren toplam 19 soru sorulmuştur.

### **3. 4. Veri ve Bilgilerin Analizi**

Anket formunu toplam 149 sağlık yöneticisi yanıtlamış ve bu anket formlarındaki veriler bilgisayar ortamına aktarılarak analize edilmiştir. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar konu benzerliklerine göre gruplandırılmıştır.

Verilerimiz SPSS 18 (statistical package for social sciences) programında değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri yöneticilerin eğitim ihtiyacının olup olmaması iken bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, mezuniyet durumu, yönetim deneyimi, çalışma süresi vb.' dir. Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans dağılımları ve yüzdeleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapmalar bağımlı ve bağımsız değişkenlere göre ayrı ayrı uygulanmıştır. Nominal değişkenlerin grup ortalamalarının karşılaştırılmasında "Varyans (Anova) Analizi", ikiden fazla grubun söz konusu olduğu nominal değişkenlerde "Khi-Kare Testleri" uygulanmış olup sonuçlar için "% 95 güven aralığı ve  $p < 0.05$  olması durumlarında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir".

## **BULGULAR**

Sahada aktif olarak çalışmakta olan sağlık hizmetleri yöneticilerinin gerek demografik bilgileri gerekse de yönetim eğitim ihtiyaçlarına yönelik frekans ve yüzde tabloları ile kurumlar bazında ele alınan çapraz tabloları gösterilmiştir.

<b>Tablo 1. Araştırmaya Katılan Diyarbakır İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri</b>		
<b>Çalışmanın Yapıldığı Kurumlar ve Bağlı Birimler</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler	96	64,4
Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler	19	12,8
İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler	20	13,4
Özel Hastaneler	14	9,4
<b>Yöneticilerin Görevleri</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
İl Sağlık Md. Yrd	5	3,4
Başhekim-Başhekim Yrd.	30	20,1
Hastane Md.-Hastane Md. Yrd.	12	8,1
İdari ve Mali Hizmetler Md.-İdari ve Mali Hizmetler Md. Yrd.	27	18,2
Sağlık Bakım Hizmetleri Md.-Sağlık Bakım Hizmetleri Md. Yrd.	27	18,1
Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Md.	3	2
Halk Sağlığı İl Md. Yrd	3	2
Şef	10	6,7
İlçe Sağlık Müdürü	3	2
Sağlık Grup Başkanı	3	2
Şube Müdürü	16	10,7
Mali-İdari-Tıbbi Hizmetler Başkanları	3	2,1
Hastane Yöneticisi	7	4,7
<b>Yöneticilik görevi dışında göreviniz var mı?</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Var	22	14,8
Yok	127	85,2
<b>Vekil İse Asıl Kadronun Olduğu Kurum</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>

Bulunduğu Kuruma Asaleten Atanan	103	69,1
Kamu Hastaneler Birliği İl Genel Sekreterliği	14	9,4
Devlet Hastanesi	11	7,4
İl Sağlık Müdürlüğü	5	3,4
Halk Sağlığı İl Müdürlüğü	6	4
Üniversite Hastanesi	1	,7
Eğitim Araştırma Hastanesi	5	3,4
TSM	4	2,7
<b>TOPLAM</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

**Tablo 1. 1. Yöneticilerin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	38	25,5
Erkek	111	74,5
<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evli	128	85,9
Bekar	21	14,1
<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
35 yaş ve Altı	47	31,5
36 yaş ve Üstü	102	68,5
<b>Mezun Olunan Okul</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tıp-Diş Hekimi	57	38,3
Sağlık Yüksekokulu	49	32,9
İşletme-Kamu Yönetimi-Sağlık Yöneticiliği-İktisat	32	21,5
Sosyoloji-Psikoloji-Matematik-Hukuk	5	3,4
Sağlık Teknikerliği-Tıbbi Sekreterlik-Bilgisayar İşletmeciliği-S.M.L.	6	4
<b>Meslek</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pratisyen Hekim-Diş Hekimi-Uzman Hekim	59	39,6
Sağlık Memuru-Hemşire	56	37,6



İşletmeci-Yönetici	20	13,4
Diğer (Koordinatör, Şef...)	14	9,4
<b>Mezun Olunan Okul Yılı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
2011 ve Sonrası Mezun Olup Yönetici Olanlar	27	18,1
2011 Öncesi Mezun Olup Yönetici Olanlar	122	81,9
<b>Lisansüstü Eğitim Var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yok	102	68,5
Yüksek lisans	30	20,1
Doktora	17	11,4
<b>TOPLAM</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin tanıtım bilgileri tablosuna bakıldığında; Yöneticilerin çalıştıkları kurumlarına göre % 64,4' ü Diyarbakır İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve bağlı hastanelerin, % 12,8' i Halk Sağlığı İl Müdürlüğü ve bağlı birimlerin, % 13,4' ü İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerin ve % 9,4' ü ise Özel hastane yöneticilerinden oluşmaktadır (**Tablo 1**).

Çalışmamıza katılan yöneticilerin görevlerine bakıldığında; % 20,1' başhekim ve başhekim yardımcılardan, % 46,4' ü hastanelerin müdür ve müdür yardımcılardan (Sağlık-idari-mali-sağlık otelciliği müdür ve müdür yardımcıları) oluşmaktadır. Ayrıca yöneticilik görevi dışında görevini olanlar % 14,8' dir.

Yöneticilerin % 68,5' i 36 yaş ve üzeri iken, % 85,9' u evli, % 74,5' i erkektir. Mesleklerine göre bakıldığında % 36,6' sı Hekim yöneticilerden oluşmakta iken, % 18,1' i 2011 yılı ve sonrası okul mezuniyetlerine sahiptirler. Yöneticilerin sadece % 22,2' si yöneticilik üzerine bir okuldan mezun olmuşlardır. Yöneticilerin % 20,1' i yüksek lisans eğitimi almışken sadece % 11,4' ü doktora eğitimi almışlardır. Yöneticilerin % 69,1' i kendi çalıştıkları göreve asaleten atanmışlardır (**Tablo 1. 1**).

<b>Tablo 2. Yöneticilerin Görev Deneyimleri İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı</b>		
<b>Kaç Yıllık Memursunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-4 yıl arası	6	4,4
5-9 yıl arası	21	15,6
10-14 yıl arası	33	24,4
15 yıl ve Üstü	75	55,6
<b>Daha Önce Kaç Yıllık Yöneticilik yaptınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-4 yıl arası	66	44,3
5-9 yıl arası	41	27,5
10-14 yıl arası	31	20,8
15 yıl ve Üstü	11	7,4
<b>Şu anda ki görevinizde ne kadar süredir yöneticilik yapmaktasınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-4 yıl arası	123	82,6
5-9 yıl arası	16	10,7
10-14 yıl arası	7	4,7
15 yıl ve Üstü	3	2
<b>Daha önce kaç kurumda yönetici ya da çalışan olarak görev yaptınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-4 Kurumda	120	80,5
5-10 Kurumda	9	6
İlk Görev Yeri	20	13,5
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticiliklerine dair görev deneyimleri' ne bakıldığında; yöneticilerin % 80' i 10 yıl ve üzeri memurluk görevinde iken, % 55,7' si 5 yıl ve üzeri yöneticilik deneyimine sahiptirler. Yöneticilerin % 82,6' sı 1-4 yıl arasında şu an ki görevlerinde

bulunurken, % 80,5' i daha önce 4 kurumda çalışan ya da yönetici olarak bulunmuşlardır (Tablo 2).

<b>Tablo 3. Yöneticilerin “Yöneticiliği Öğrenilebilir Bir Kavram Olarak Görüp-Görmeme” İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı</b>		
<b>n:149</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	109	73,2
Hayır	40	26,8
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 3. 1. Yöneticiliğin Öğrenilebilir Bir Kavram Olduğunu İfade Edenlerin Nedenlerinin Dağılımı (Birden fazla cevap verilmiştir)</b>		
<b>n:109</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tecrübe ve Yaşanılan Olay Çeşitliliği yöneticiliği Geliştirmekte- Eğitim ve Tecrübe Yöneticiliği Geliştirmekte	71	65,1
Yöneticilik Sahada Öğrenilir-Teori Farklı Pratik farklı	34	31,2
Mevzuat Bilgisi Var İse Sorun Oluşmaz (Mevzuat Öğrenilebilir)	4	3,7
Lider Doğulmaz Lider Olunur (Liderlik Öğrenilebilir)	3	2,8
Yöneticilik Sonu Olmayan Bir Öğrenme Sürecidir	2	1,8
İşler Yönetmeliklerle Düzenlenmiş	1	0,9
Zor Bir Görev Değildir	1	0,9

<b>Tablo 3. 2. Yöneticiliğin Öğrenilebilir Bir Kavram Olmadığını İfade Edenlerin Nedenlerinin Dağılımı (Birden fazla cevap verilmiştir)”</b>		
<b>n:40</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lider Olunmaz Lider Doğulur-Liderlik Özellikleri Olmalı	31	77,5
Mevzuat bilgisi olmadan sahada çalışmak yöneticilik için yetersizdir	26	65
Yöneticilik Eğitimi Almak Gerek- Her Öğrenmeye Öğretici Bir Hoca Lazım	15	37,5
Profesyonel Bir Eğitimden Geçmek Gerekir	8	20
Yöneticilik Eğitimi de Olmalı	5	12,5
Kişinin Kendini Geliştirme Potansiyeline Bağlıdır	3	7,5
Yetenek Gerekir, Yetenek ve Kabiliyet var ise Eğitilebilir	2	5

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticiliğin öğrenilebilir bir kavram olup olmadığı açık uçlu sorusuna verdikleri cevapta; % 73,2' si evet öğrenilebilir olarak ifade ederken (**Tablo 3**). Evet cevabına gerekçeleri arasında; Tecrübe ve yaşanan olay çeşitliliği yöneticiliği geliştirmekte- Eğitim ve tecrübe yöneticiliği geliştirmekte, Yöneticilik sahada öğrenilir-Teori farklı pratik farklı, Mevzuat bilgisi var ise sorun oluşmaz (Mevzuat Öğrenilebilir), Lider doğulmaz lider olunur (Liderlik Öğrenilebilir) vb. cevaplar sıralamışlardır (**Tablo 3. 1.**). Yöneticilerin % 26,8' i ise yöneticiliğin öğrenilebilecek bir kavram olmadığını ifade etmişlerdir ve bunun için gerekçelerini de şu şekilde sıralamışlardır; Lider olunmaz lider doğulur-Liderlik özellikleri olmalı, Mevzuat bilgisi olmadan sahada çalışmak yöneticilik için yetersizdir, Yöneticilik eğitimi almak gerek- Her öğrenmeye öğretici bir hoca lazım, profesyonel bir eğitimden geçmek gerekir cevaplarını sıralamışlardır (**Tablo 3. 2.**).

<b>Tablo 4. Yöneticilerin “Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgileri”</b>		
<b>Yöneticilerin Görevlerine Gelmeden Önce Bilgi ve Deneyime Sahip Olup-Olmamaları Durumlarının Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	133	89,3
Hayır	16	10,7
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin göreve gelmeden önce bilgi ve deneyime sahip olup-olmadıkları sorulmuş % 89,3' ü “evet” bu deneyime sahip olduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 4**).

<b>Tablo 5. Yöneticilerin Yöneticilik Görevinin Yerine Getirilebilmesi İçin Yönetici Adaylarında Bulunmasını Öngördükleri Yetenek ve Beceriler Neler Olmalı İfadelerinin Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir).</b>		
<b>n:149</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
İletişim-Empati-Hoşgörülü Yaklaşım	112	75,2
Mevzuat Bilgisi	86	57,7
Çözüm Odaklı Bakış-Pratik Zeka	77	51,7
Liderlik Vasfı	59	39,6
İstatistikî Bilgi, İşi Sevme	39	26,2
Disiplin, Her Zaman Çalışmak, Dürüst Olmak, Tecrübe	37	24,8
İli Tanımak, Bilgisayar Bilgisine Sahip Olmak, Dikkat-Konsantrasyon, Siyasilerle İyi Diyalog, Kararlılık, Sürekli Kendini Geliştirmek, Yenilikçi Olmak, Sağlık Yöneticiliğini Bilmek, Risk Alabilmek, Gerek Yok, Sabır	11	7,7
Halk Sağlığı Eğitimi Yapmak Gerekir, Liyakate Sahip olmak, Ekip Çalışmasına Uyum, Girişimci Olmak, Organizasyon Yeteneği,	10	6,5

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yönetici adaylarının görevi yerine getirirken kendilerinde bulunmasını gerekli gördükleri yetenek ve becerilerin neler olabileceği açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar sıralandığında; İletişim-Empati-Hoşgörülü Yaklaşım, Mevzuat Bilgisi, Çözüm Odaklı Bakış-Pratik Zeka Liderlik Vasfı, İstatistikî Bilgi, İşi Sevme, Disiplin vs. cevaplarını sıralamışlardır (**Tablo 5**).

<b>Tablo 6. Yöneticilerin Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgileri</b>		
<b>Yöneticilerin; Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğini Profesyonel Bir Meslek Olarak Görüp-Görmeme Durumlarına Göre Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, profesyonel bir meslektir	122	81,9
Hayır, asıl mesleği yerine getirirken ek bir görevdir	27	18,1
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak görüp görmedikleri ya da asıl mesleği yerine getirirken yapılan ek bir görev olarak mı gördükleri sorulmuş; % 81,9' u profesyonel bir meslek olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. (Tablo 6).

<b>Tablo 7. Yöneticilerin Yöneticilik Deneyimi ve İş Koşulları İle İlgili Bilgileri</b>		
<b>Yöneticilerin Denetim Alanlarını Bilip-Bilmeme Özelliklerinin Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, Biliyor	64	43
Hayır, Bilmiyor	85	57
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin kendilerine bağlı eleman sayılarını bilip- bilmeme (denetim alanlarını bilip bilmemeleri) sorulduğunda sadece % 43' ü bildiklerini, ifade etmişlerdir (Tablo 7).

<b>Tablo 8. Yöneticilerin Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Diğer Yönetimlerden Farklı Görüp-Görmeme Düzeylerinin Dağılımı</b>		
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Evet, var	142	95,3
Hayır, yok	7	4,7
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık hizmetleri yönetiminin diğer yönetimlerden farkının olup olmadığı sorulduğunda; % 95,3' ü farkının olduğunu ifade ederken (**Tablo 8**).

<b>Tablo 9. Yöneticilerin Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimine İhtiyaç Duyup-Duymama Durumlarının Dağılımı</b>		
	(n)	(%)
Evet, var	145	97,3
Hayır, yok	4	2,7
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik görevi için yönetim eğitimine ihtiyaç olup olmadığı sorulduğunda; % 97,3' ü bu eğitime ihtiyacın olduğunu ifade etmişlerdir (**Tablo 9**).

<b>Tablo 10. Yöneticilerin Genel Yönetim Üzerine Eğitim Alıp-Almama Durumlarının Dağılımı</b>		
	(n)	(%)
Evet	66	44,3
Hayır	83	55,7
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 10. 1. Yöneticilerin Genel Yönetim Üzerine Nereden Eğitim Aldıklarının Dağılımı</b>		
	(n)	(%)
Devlet Üniversiteleri	5	7,6
Özel Üniversiteler	61	92,4
<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 11. Yöneticilerin Sağlık hizmetleri Yönetimi Üzerine Eğitim Alıp-Almama Durumlarının Dağılımı</b>		
	(n)	(%)
Evet	72	48,3
Hayır	77	51,7
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 11. 1. Yöneticilerin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Üzerine Nereden Eğitim Aldıklarının Dağılımı</b>		
	(n)	(%)
Devlet Üniversiteleri	3	4,2
Özel Üniversiteler	69	95,8
<b>Toplam</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 12. Yöneticilerin Genel Yönetim ve Sağlık Yönetimi Üzerine Eğitim Almama Nedenlerinin Dağılımı</b>		
Her iki soruya hayır cevabı veren:72	(n)	(%)
Gereksinim duymadım	26	36,1
Haberdar değildim	20	27,7
İşimin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadım	18	25
Kurum Sağlamadı	7	9,8
Mali olanaksızlıklar nedeniyle katılmam mümkün olmadı	1	1,4

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin genel yönetim üzerine eğitim alıp almadıkları sorulduğunda yöneticilerin % 44,3' ü genel yönetim üzerine eğitim aldıklarını (Tablo 10), yöneticilere genel yönetim üzerine eğitimlerini nereden aldıkları sorulduğunda ise yöneticilerin % 92,4' ü Özel Üniversitelerden eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 10. 1.).

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık yönetimi üzerine eğitim alıp almadıkları sorulduğunda, % 48,3' ü sağlık hizmetleri üzerine eğitim aldıklarını (Tablo 11) yöneticilere sağlık yönetimi üzerine



eğitimlerini nereden aldıkları sorulduğunda ise yöneticilerin % 95,8' i Özel Üniversitelerden eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 11. 1.**)

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin genel yönetim ve sağlık yönetimi üzerine eğitim almama nedenleri sorulduğunda; % 36,1' i gereksinim duymadıklarını, % 27,7' si haberdar olmadıklarını, % 25' i işlerinin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadıklarını, % 9,8' i ise diğer cevabını vermiş olup bu cevabı verenler kurumlarının bu tip eğitimlerin verilmesi konusunda herhangi bir çalışmalarının olmadığını ifade etmişlerdir (**Tablo 12.**)

	(n)	(%)
İşbaşında deneme-yanılma yöntemiyle	19	12,8
Formel (Lisans/lisansüstü) eğitim olmalı	43	28,9
Görev öncesi özel eğitimle	87	58,4
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

n:87	(n)	(%)
Genel Yönetim veya Sağlık Yönetimine Yönelik Lisans/Lisansüstü Eğitimi Olmalı	35	40,2
Çalışılan Kurumun İşleyişine Yönelik Mevzuat Eğitimi	34	39,1
Görev Öncesi ve Sonrası Eğitim, Hizmet İçi Eğitim	24	27,6
Teorik eğitim ve sonra bir yönetici yanında staj	10	11,5
Sahadan gelmek yeterli olabilir, Özel Eğitim Kursları Açılmalı	6	6,8
Kabiliyetli Bireyler Eğitilmeli, Kurumsal Düzeyde Bir Yöneticilik Eğitim Organizasyonu Olmalı	4	4,6
Hekim Yetişirken Genel Yönetim Üzerine Ders Almalı, Halk Sağlığı Doktorası Yapmak Gerek	2	2,2

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik görevi için yönetim eğitiminin nasıl olması gerektiği sorulduğunda; % 58,4' ü görev öncesi özel eğitimle olması gerektiğini ifade etmişlerdir (**Tablo 13**). Görev öncesi özel eğitimle olması gerektiğini ifade eden yöneticilere bu eğitimin nasıl olması gerektiği sorulduğunda ise; % 39,1' i Çalışılan Kurumun İşleyişine Yönelik Mevzuat Eğitimi olması gerektiği, % 40,2' si Genel Yönetim veya Sağlık Yönetimi üzerine Lisans/Lisansüstü Eğitimi Olmalı ve geri kalanlar ise, Görev Öncesi ve Sonrası Eğitim, Hizmet İçi Eğitim olmalı şeklinde cevaplar vermişlerdir (**Tablo 13. 1.**).

<b>Tablo 14. Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İle İlgili Bilgileri</b>		
<b>Yöneticilerin Sağlık Hizmetleri Eğitimi Alanında Eğitim Kurumu Bilip-Bilmeme Durumlarının Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, var	87	58,4
Hayır, yok	62	41,6
<b>Yöneticilerin Yönetim ile İlgili Süreli Yayın Takip Edip-Etmeme Durumlarının Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	86	57,7
Hayır	63	42,3
<b>Yöneticilerin Yönetim-Organizasyon-Sağlık Hizmetleri Yönetimi İle İlgili Kaynak Kitap Okuyup-Okumama Durumlarının Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	46	30,9
Hayır	103	69,1
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık hizmetleri yönetimi alanında bildikleri eğitim kurumları olup olmadığı sorulduğunda; % 58,4' ü bildiklerini ifade etmişlerdir. Yöneticilere yönetim ile ilgili süreli yayın okuyup-okumadıkları sorulduğunda; % 42,3' ü okumadıklarını ayrıca yöneticilere “yönetim-organizasyon-sağlık hizmetleri yönetimi” kitaplarını okuyup-okumadıkları sorulduğunda; sadece % 30,9' u okuduğunu ifade etmişlerdir (**Tablo 14**).

n:149	Mutlaka Gerekli		Alınırsa İyi Olur		Gereksiz	
	n	%	n	%	n	%
<b>Genel Yönetim Bilgileri</b>	<b>113</b>	<b>75,8</b>	<b>30</b>	<b>20,1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>İletişim</b>	<b>122</b>	<b>81,9</b>	<b>21</b>	<b>14,1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Sağlık Hukuku</b>	<b>105</b>	<b>70,5</b>	<b>38</b>	<b>25,5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Modern Yönetim Teknikleri</b>	<b>86</b>	<b>57,7</b>	<b>54</b>	<b>36,2</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
<b>Sağlık Kurumları Yönetimi</b>	<b>120</b>	<b>80,5</b>	<b>24</b>	<b>16,1</b>	<b>5</b>	<b>3,4</b>
<b>İnsan Kaynakları Yönetimi</b>	<b>111</b>	<b>74,5</b>	<b>30</b>	<b>20,1</b>	<b>8</b>	<b>5,4</b>
<b>Sağlık Ekonomisi</b>	<b>80</b>	<b>53,7</b>	<b>58</b>	<b>38,9</b>	<b>11</b>	<b>7,4</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik görevinin yerine getirilmesi için yöneticinin hangi eğitim konularını almış olması gerekir diye sorulduğunda; % 81,9’ u iletişim, % 80,5’ i sağlık kurumları yönetimi, % 75,8’ i genel yönetim bilgileri, % 74,5’ i ise insan kaynakları yönetimi, % 70,5’ i sağlık hukuku üzerine eğitim almalarını “Mutlak Gerekli” olarak görmekte-dirler (Tablo 15).

	n	%
Evet, var	49	32,9
Hayır, yok	100	67,1
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

<b>Tablo 16. 1. Yöneticilerin “Yönetici Geliştirme ve Yönetici Eğitimini” Hangi Kurumlar Planlamalıdır Görüşlerinin Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)</b>		
<b>n:149</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Sağlık Bakanlığı	132	88,6
Üniversiteler	57	38,3
Hastaneler	31	20,8
Meslek Odaları	18	12,1
Yabancı Kuruluşlar	15	10,1
Gönüllü Kuruluşlar	10	6,7
YÖK	9	6

<b>Tablo 16. 2. Yöneticilerin “Yönetici Geliştirme ve Yönetici Eğitimini” Hangi Kurumlar Uygulamalıdır Görüşlerinin Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)</b>		
<b>n:149</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Sağlık Bakanlığı	115	77,2
Üniversiteler	61	40,9
Hastaneler	49	32,9
Meslek Odaları	14	9,4
Yabancı Kuruluşlar	12	8,1
YÖK	8	5,4
Gönüllü Kuruluşlar	8	5,4

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticisi buldukları kurumlarının yönetici geliştirme ve eğitim yaklaşımlarının olup olmadığı sorulduğunda; % 67,1’ i bu yaklaşımın olmadığını ifade etmişlerdir (**Tablo 16**). Buna bağlı olarak de yöneticilere “Yönetici Geliştirme ve Yönetici Eğitimini” hangi kurumların planlayıp-uygulaması gerektiği sorulduğunda; İlk 4 sırada “Sağlık Bakanlığı-Üniversiteler-Hastaneler-Meslek Odaları” olması gerektiği konusunda görüş beyan etmişlerdir (**Tablo 16. 1.-Tablo 16. 2.**).

<b>Tablo 17. Yöneticilerin Görevlerinde Tercih Ettikleri Öğrenme Yöntem ya da Yöntemleri Nelerdir? Görüşlerinin Dağılımı (Önem Sırasına Göre Sıralanmıştır, Birden Fazla Cevap Verilmiştir)</b>		
<b>n:149</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Seminer	75	50,3
Görev başında eğitim	54	36,2
Tartışmalı toplantılar	51	34,2
Konferans	48	32,2
Bir uzmanla beraber çalışmak	47	31,5
Kongreler	45	30,2
Formel kurslar	37	24,8
Umumi Ders	33	22,1
İnternet	29	19,5
Kitap ve Makaleler	28	18,8
Eğitici filmler ve videokasetler	26	17,4
Prezantasyon	19	12,8
Periyodik yayınlar	16	10,7
Hepsi	35	23,5

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin görevleri için tercih ettikleri öğrenme yöntemlerinin neler olduğu önem sırasına göre sorulduğunda; hepsi şeklinde cevap veren % 23,5 iken, % 50,3' ü seminer, % 36,2'si görev başında eğitim, % 34,2' si tartışmalı toplantılar, % 32,2' si konferans şeklinde yanıtlarken, geri kalan sıralama cevapları “Bir uzmanla beraber çalışmak-Kongreler-Formel kurslar-Umumi Ders-İnternet-Kitap ve Makaleler” şeklinde ifade etmişlerdir (**Tablo 17.**).

	1.Düzye		2.Düzye		3.Düzye		4. Düzye	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>n:149</b>								
Önlisans	7	4,7	4	3	5	3,8	<b>113</b>	<b>89</b>
Lisans	40	27	14	10	<b>85</b>	<b>65,4</b>	1	,8
Yükseklisans	17	11,5	<b>110</b>	<b>81,5</b>	11	8,5	0	,0
Doktora	<b>84</b>	<b>56,8</b>	7	5,5	29	22,3	13	10,2

\*Sütun Yüzdesi Alınmıştır

	1. Derecede		2. Derecede		3. Derecede		4. Derecede		5. Derecede		6. Derecede		7. Derecede	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>n:149</b>														
Genel Yönetim Bilgileri	<b>30</b>	<b>34,1</b>	16	18,2	11	12,5	8	9,1	10	11,4	5	5,7	8	9,1
İletişim	<b>27</b>	<b>30,7</b>	26	29,5	8	9,1	8	9,1	7	8	8	9,1	4	4,5
Sağlık Yönetimi	18	20,5	20	22,7	<b>25</b>	<b>28,4</b>	8	9,1	9	10,2	6	6,8	2	2,3
Sağlık Hukuku	6	6,8	4	4,5	11	12,5	<b>26</b>	<b>29,5</b>	19	21,6	18	20,5	4	4,5
Modern Yönetim Teknikleri	3	3,4	4	4,5	11	12,5	18	20,5	<b>20</b>	<b>22,7</b>	17	19,3	15	17
İnsan Kaynakları Yönetimi	3	3,4	14	15,9	19	21,6	13	14,8	13	14,8	<b>23</b>	<b>26,1</b>	3	3,4
Sağlık Ekonomisi	1	1,1	4	4,5	3	3,4	7	8,0	8	9,1	13	14,8	<b>52</b>	<b>59,1</b>
Hepsi	<b>61</b>	<b>40,9</b>												

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine “görevinize gelecek kişilerde hangi eğitim düzeyini” aradıkları sorulduğunda (1-İlk Sıra, 4-Son Sıra); yöneticiler yöneticilik görevine gelecek kişide doktora eğitilmiş olmayı 1. sırada olması gereken eğitim düzeyi olarak belirtirken, yüksek lisans eğitilmiş olmayı

2. sırada belirtmişlerdir (**Tablo 18**). Ayrıca yöneticilere “Görevinize gelecek kişide hangi eğitim bilgilerini arardınız” şeklinde sorulduğunda; hepsinin 1. Derecede olmasını düşünenler % 49 iken, genel yönetim ve iletişim bilgilerini birincil önceliğe koyanlar % 64,8 idi. % 28,4’ ü ise sağlık yönetimi bilgisini 3. Önceliğe koyarken, Sağlık hukukunu 4., modern yönetim tekniklerini 5. Önceliğe koymuşlardır (**Tablo 18. 1.**).

<b>Tablo 19. Yöneticilerin “Görevlerini Profesyonel Sağlık Yöneticisine Devretmede Gönüllü Olup-Olmama” Görüşlerinin Dağılımı</b>		
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Evet	108	72,5
Hayır	41	27,5
<b>Toplam</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine görevlerini profesyonel sağlık yöneticilerine devretmede gönüllü olur musunuz diye sorulduğunda; % 72,5’ i evet cevabını vermişlerdir (**Tablo 19**).

<b>Tablo 20. Yöneticilerin “Tıp Eğitimi Almışların Yönetici Olmalarını Kaynak İsrafı Olarak Görüp-Görmeme” Görüşlerinin Dağılımı</b>		
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Evet	85	57
Hayır	64	43
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

**Tablo 20. 1. Yöneticilerin “Tıp eğitimi Almış Kişilerin Yönetici Olmalarını Kaynak İsrافی Olarak Görenlerin” Cevaplarının Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)**

n:85	(n)	(%)
Kendi İşlerini Yapmalılar-Hekim Kendi Alanında Yükselmeli	68	80
Hekim Azlığı Var-Uzman Doktor Tüm Bölgenin Tek Hekimi Olabiliyor	35	41,2
Yöneticilik ve Hekimlik Ayrı Şeyler-Ayrı Alanlar	9	10,6
Yöneticilik Eğitimi Almalılar, Sağlık Yönetimi Mezunları Olmalı	8	9,5
Hekimden Daha Üst Tahsile Sahip Biri Olmalı, Hekim Diktası Oluşmakta, Meslek Unutulmakta, Tıp Eğitimi Almak Şart Değil	4	4,8

**Tablo 20. 2. Yöneticilerin “Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yönetici Olmalarını Kaynak İsrافی Olarak Görmeyenlerin” Cevaplarının Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)**

n:64	(n)	(%)
Sağlık Konusunda Bilgi ve Birikimleri Daha Fazla	33	51,6
Sağlık yöneticiliği Tıp Eğitimi Olmadan Yapılamaz-Alanı Hasta-Hastalık Olduğu için	18	28,1
Sahayı Daha İyi Bilmektedirler	16	25
Hekim Çalıştırılan Yerde Yöneticilerden Biri Hekim Olmalı, Sağlık Hizmetlerini İşleyiş ve Öneminden Dolayı	15	23,4
En İyi Yöneticiliği Hekimler Yapar, Hastane Yöneticisi Hekim Olmalı, Yöneticilik Eğitimi Alan Hekimlerin Yönetici Olması Uygunur, Sağlığı Sağlıkçılar Yönetmeli, Hekim Dışı Yönetici Olmaz, Sağlık Terminolojisi Eğitimi Alanlar olmalı	6	9,6

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine tıp eğitimi almış hekimlerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görüp-görmedikleri sorulduğunda; % 57’ si evet şeklinde cevaplamışlardır (**Tablo 20**). Bu bağlamda yöneticilere kaynak israfı olarak hekimlerin yönetici olmaları-olmamları sorulduğunda; kaynak israfı olarak görenlerin cevapları sıralandığında “Kendi İşlerini Yapmalılar-Hekim Kendi Alanında Yükselmeli-Hekim Azlığı Var-Tek Doktor Bazen Tüm Bölgenin Tek Hekimi Olabiliyor-Yöneticilik ve Hekimlik Ayrı



Şeyler-Ayrı Alanlar” iken, kaynak israfı olarak görmeyenlerin cevapları sıralandığında “Sağlık konusunda bilgi ve birikimleri daha fazla-Sağlık yöneticiliği tıp eğitimi olmadan yapılamaz-Alanı hasta ve hastalık olduğu için-Sahayı daha iyi bilmekteler-Hekim çalıştırılan yerde yöneticilerden biri hekim olmalı” dır şeklinde cevaplar vermişlerdir (**Tablo 20. 1.-Tablo 20. 2.**).

<b>Tablo 21. Yöneticilerin “İl düzeyinde Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Eğitimi Hangi Kurum-Kuruluşlar İşbirliği İçinde Yapmalıdır” Cevaplarının Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)</b>		
<b>n:149</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Sağlık Bakanlığı	127	85,2
Üniversiteler	99	66,4
Hastaneler	76	51
Meslek Odaları	31	20,8
Yabancı Kuruluşlar	21	14,1
Gönüllü Kuruluşlar	15	10,1
YÖK	12	8,1
Hepsi	4	2,7

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine il düzeyinde “sağlık hizmetleri yöneticiliği eğitimi” hangi kurum ve kuruluşlar işbirliği içinde yapmalı şeklinde sorulduğunda; İlk 4 sırada “Sağlık Bakanlığı-Üniversiteler-Hastaneler-Meslek Odaları” şeklinde görüş beyan etmişlerdir (**Tablo 21**).

**Tablo 22. Yöneticilerin “İlin toplum Sağlığı Düzeyinin Yükseltilebilmesi İçin Hangi Sorunlar Ne Derecede Önemlidir” Cevaplarının Dağılımı**

	Her Zaman Önemli		Genellikle Önemli		Bazen Önemli		Önemsiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bina ve Malzeme Durumu	85	85	13	13	1	1	1	1
Personel Motivasyonu	85	89,5	9	9,5	1	1,1	0	,0
Personel Sayısı	79	87,8	10	11,1	1	1,1	0	,0
Personel Niteliği	107	93	6	5,2	1	,9	1	,9
Personelin Coğrafi Dağılımı	29	49,2	20	33,9	9	15,3	1	1,7
Bürokratik Engeller	44	68,8	15	23,4	5	7,8	0	,0
Yöneticilerin Niteliği	86	84,3	14	13,7	1	1	1	1
Sevk Zincirinin İşlerliği	33	56,9	14	24,1	6	10,3	5	8,6
Halkın Sağlık Bilgi Düzeyi	60	73,2	19	23,2	3	3,7	0	,0
Yönetime Siyasilerin Karışması	53	72,6	9	12,3	6	8,2	5	6,8

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine “İlin toplum sağlığı düzeyinin yükseltilebilmesi için hangi sorunların ne derecede önemli olduğu” sorulduğunda; yöneticilerin % 80’ i üzeri “Bina ve malzeme durumunun- Personel niteliğinin- Personel motivasyonu- Personel sayısı- Yöneticilerin niteliği” konularının her zaman önemli olduğunu ifade ederken, % 50’ nin üzerinde “Halkın sağlık bilgi düzeyi- Bürokratik engeller-Yönetime siyasilerin karışması” in de her zaman önemli olduğunu ve sadece % 33,9 ise “Personelin Coğrafi Dağılımı” nın genellikle önemli olduğunu beyan etmişlerdir (**Tablo 22**).

Görev Türleri	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vekil	25	26	7	36,8	14	70	0	,0	46	30,9
Asil	71	74	12	63,2	6	30	14	100	103	69,1
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,000$   $\chi^2=21,967$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin görev yaptıkları yer ve göreve atanma durumuna bakıldığında; Genel Sekreterlik ve bağlı birimlerde ki yöneticilik görevlerini % 74,0 oranında asaleten % 26,0 oranında vekaleten, Halk Sağlığı ve bağlı birimlerdeki yöneticilik görevlerini % 63,2 oranında asaleten % 36,8 oranında vekaleten, İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerde ki yöneticilik görevlerini % 30,0 oranında asaleten % 70,0 oranında vekaleten sürdürürken, özel hastane yöneticilerinin tamamı görevlerini asaleten sürdürmektedir. Kurumlar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark vardır (**Tablo 23**).

<b>Tablo 24. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı</b>										
Yaş Grubu	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
35 yaş ve altı	33	34,4	5	26,3	7	35	2	14,3	47	31,5
36 yaş ve üstü	63	65,6	14	73,7	13	65	12	85,7	102	68,5
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100,0	149	100

❖  $p = 0,451$   $\chi^2 = 2,639$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin görev yaptıkları yer ve yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; Genel Sekreterlik ve bağlı birimlerde ki yöneticilerin % 34,4' ü, Halk sağlığı ve bağlı birimlerde ki yöneticilerin % 26,3' ü, İl sağlık müdürlüğü ve bağlı birimlerde ki yöneticilerin % 35,0' ı ve özel hastanelerin ise % 14,3' ü 35 yaş altında yöneticiler iken, özel hastaneler grubunda ki yöneticilerin % 85,7' si ile Halk sağlığı il müdürlüğü ve bağlı birimlerdeki yöneticilerin % 73,7' si 36 yaş ve altı yöneticilerdir. En genç yönetici grubu il sağlık müdürlüğü ile genel sekreterlik ve bağlı birim ve hastanelerinde iken, çalışmamızda özel hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu 36 yaş ve üzeridir. Genel toplamda ise yöneticilerin % 68,5' i 36 yaş ve üzeri gruptadır. Kurumlar arasında yöneticilerin yaş grupları açısından istatistikî anlamda bir fark tespit edilmemiştir (**Tablo 24**).

**Tablo 25. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Yaş Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş Grubu	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler	Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Bağlı Birimler	İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler	Özel Hastaneler	Toplam
	96	19	20	14	149
Yaş Ortalama	39,1	42,9	40,1	40,1	39,8
Stand. Sapma	±5,9	±10,9	±6,5	±5,1	±6,8

p= 0,406

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kurum yönetici yaş ortalamaları  $39,8 \pm 6,8$  olup birbirlerine yakın değerlerdedir (Tablo 25).

**Tablo 26. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Mezun Oldukları Okullara Göre Dağılımı**

Mezun Olunan Okula Göre	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp	29	30,2	12	63,2	10	50	6	42,9	56	38,3
Sağlık Yüksekokulu	43	44,8	1	5,3	1	5	4	28,6	49	32,9
İşletme	16	16,7	6	31,6	6	30	4	28,6	32	21,5
Sosyoloji	2	2,1	0	,0	3	15	0	,0	5	3,4
Sağlık Teknikerliği	6	6,3	0	,0	0	,0	0	,0	6	4
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖ p=0,001  $\bar{x}=34,764$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin görev yaptıkları yer ve mezun oldukları okullara göre dağılımlarına bakıldığında; Kamu

Hastaneleri Birliği İl Genel Sekreterlik ve bağlı hastanelerin yöneticilerinin % 44,8' i sağlık yüksekokulu bölümü mezunu iken % 16,7' si İşletme bölümü mezunu, Halk Sağlığı ve bağlı birimlerine bağlı yöneticilerin % 63,2' si tıp mezunu, % 31,6' sı İşletme mezunu, İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birim yöneticilerin % 50,0' si tıp mezunu, % 30,0' ı İşletme mezunu ve özel hastane yöneticilerin % 42,9' u tıp mezunu yöneticileri iken % 28,6' sı İşletme bölümü mezunlarıdır. Gruplar arasında ki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir (**Tablo 26**).

<b>Tablo 27. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Kendilerini Hangi Meslek Grubunda Tanımladıklarının Dağılımı</b>										
Meslek Türleri	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pratisyen Hekim-Uzman Hekim, Diş Hekimi	29	30,2	12	63,2	11	55	7	50	59	39,6
Hemşire-Sağlık Memuru	46	47,9	0	,0	6	30	4	28,6	56	37,6
İşletmeci	10	10,4	6	31,6	1	5	3	21,4	20	13,5
Diğer	11	11,5	1	5,3	2	10	0	,0	14	9,4
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,001$   $\chi^2=25,999$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin kendilerini hangi meslek türünde tanımladıkları sorulduğunda; Genel Sekreterlik ve bağlı birim yöneticilerinin % 30,2' si kendilerini Pratisyen Hekim-Uzman Hekim-Diş Hekimi olarak tanımlarken, % 47,9' u kendilerini Hemşire-Sağlık Memuru olarak tanımlamaktadırlar. Halk Sağlığı ve bağlı birim yöneticilerinin % 63,2' si kendilerini hekim grubunda değerlendirirken, % 31,6' sı kendilerini işletmeci olarak tanımlamaktadırlar. İl Sağlık Müdürlüğünde ki yöneticilerin % 55' i kendilerini

hekim grubunda görürken, Özel hastane yöneticilerinin % 50' si Hekim grubunda kendilerini tanımlarken, % 21,4' ü kendilerini işletmeci olarak görmektedirler. Gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark vardır (**Tablo 27**).

<b>Tablo 28. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açıları Dağılımı</b>										
Profesyonel Bakış Açısı	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık Hizmetleri yöneticiliği profesyonel meslektir	81	84,4	15	78,9	13	65	13	92,9	122	81,9
Sağlık Hizmetleri yöneticiliği profesyonel meslek değildir	15	15,6	4	21,1	7	35	1	7,1	27	18,1
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,139$   $\bar{x}=5,491$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık yöneticiliği mesleğine profesyonellik yönünden bakışları karşılaştırılmış ve katılımcıların % 81,9' u sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördükleri saptanmıştır. Yöneticilerin % 18,1' i “yöneticiliği asıl mesleği yerine getirirken belli bir dönem için yapılan ek bir iş olarak” görmektedir. Genel Sekreterlik ve bağlı hastane yöneticilerin % 84,4' ü, Halk Sağlığı ve bağlı birim yöneticilerinin % 78,9' u, özel hastanelerin ise % 92,9' u yöneticiliği profesyonel bir meslek olarak görmektedirler. Kurumlar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark yoktur (**Tablo 28**).

**Tablo 29. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Yöneticilik Dışında Başka Görevlerinin Olma Durumlarının Dağılımı**

Yöneticilik Dışı Görevi Olma	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet, var	14	14,6	2	10,5	3	15	3	21,4	22	14,8
Hayır, yok	82	85,4	17	89,5	17	85	11	78,6	127	85,2
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,857$   $\chi^2=0,769$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik dışında başka görevlerinin olup-olmaması durumlarına bakıldığında; yöneticilerin % 14,8' inin yöneticilik dışında görevleri varken, % 85,2' sinin yöneticilik dışında görevleri yoktur. İstatistikî açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (**Tablo 29**).

**Tablo 30. Hekim ve Hekim Dışı Yöneticilerin "Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yöneticilik Yapmasını Kaynak İsrافی Olarak Görme-Görmeme" Durumlarının Dağılımı**

Tıp eğitimi almışların yönetici olması kaynak israfımı	Hekim Yöneticiler		Hekim Dışı Yöneticiler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yöneticilik Yapmasını Kaynak İsrافیdır	16	27,1	<b>69</b>	<b>76,7</b>	85	57
Tıp Eğitimi Almış Kişilerin Yöneticilik Yapmasını Kaynak İsrافی değildir	<b>43</b>	<b>72,9</b>	21	23,3	64	43
Toplam	59	100	90	100	149	100

❖  $p=0,000$   $\chi^2=35,705$  Sütun yüzdesi alınmıştır.



Ancak hekim-hekim dışı yöneticilere göre karşılaştırma yapıldığında; hekim yöneticilerin % 27,1' i tıp eğitimi almış kişilerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görürken, hekim dışı yöneticilerin ise % 76,7' si tıp eğitimi almış kişilerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görmektedirler. İki grup arasındaki fark istatistikî açıdan anlamlıdır (**Tablo 30**).

**Tablo 31. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve 2012 Öncesi Yöneticilik Yapma Durumlarının Dağılımı**

Yönetim Deneyimi	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	92	95,8	17	89,5	18	90	14	100	141	94,6
Yok	4	4,2	2	10,5	2	10	0	,0	8	5,3
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,406$   $x^2=2,906$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin şimdi ki görevlerine gelmeden önce 1 yıldan az olmamak kaydıyla herhangi bir şekilde yöneticilik yapıp yapmadıkları sorgulanmıştır. Genel sekreterlik ve bağlı birim yöneticilerinin % 95,8' i, Halk Sağlığı müdürlüğü ve bağlı birim yöneticilerinin % 89,5' i, İl Sağlık müdürlüğü ve bağlı birim yöneticilerinin % 90' ı, Özel hastane yöneticilerinin % 100,0' u şu an ki görevlerine gelmeden önce yöneticilik deneyimine sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Tüm görev gruplarının da % 94,6' sının yöneticilik deneyimine sahip oldukları görülmektedir. İstatistikî açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (**Tablo 31**).

**Tablo 32. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve 2012 Öncesi ve Sonrası Yöneticilikte Geçirdikleri Sürelere Göre Dağılımı**

Şu anki Yöneticilikte Çalışma Süreleri	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-4 Yıl	78	81,3	17	89,5	16	80	12	85,7	123	82,6
5-9 Yıl	12	12,5	1	5,3	1	5	2	14,3	16	10,7
10-14 Yıl	5	5,2	0	,0	2	10	0	,0	7	4,7
15 Yıl ve Üstü	1	1	1	5,3	1	5	0	,0	3	2
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,620$   $\bar{x}=7,163$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin şimdiki görevlerinde ki yöneticilik süreleri karşılaştırıldığında; Genel Sekreterlik ve bağlı birim yöneticilerinin % 81,3' ü, Halk Sağlığı İl Müdürlüğü ve bağlı birim yöneticilerinin % 89,5' i, İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birim yöneticilerinin % 80' i 1-4 yıl arası yöneticilik yapmaktadır. Ayrıca il sağlığı müdürlüğü yöneticilerinin % 20' si ile Özel hastane yöneticilerinin % 14,3' ü 5 yıl ve üstü yöneticilik yapmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistikî açıdan anlamsız bulunmuştur (**Tablo 32**).

**Tablo 33. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Görevlerini Profesyonel Sağlık Hizmetleri Yöneticilerine Devretme Konusunda Gönüllülüklerinin Dağılımı**

Gönüllü Olma Durumu	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	73	76	13	68,4	14	70	8	57,1	108	72,5
Hayır	23	24	6	31,6	6	30	6	42,9	41	27,5
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,479$   $\chi^2=2,480$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin var olan görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretme konusunda gönüllülükleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Tablo da görüldüğü üzere sağlık hizmetleri yöneticilerinin % 72,5' i görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretmede gönüllü olduklarını ifade etmişlerdir. Gönüllülük konusunda görev grupları arasında çok büyük farklılıklar görülmemekle beraber en fazla gönüllü olanlar % 76,0 ile Genel Sekreterlik ve bağlı birimlerde ki yöneticiler, en az gönüllü olanlar ise % 57,1 ile Özel Hastane yöneticileridir (**Tablo 33**).

**Tablo 34. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Denetim Alanlarını Bilme Durumlarının Dağılımı**

Denetim Alanını Bilme	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet, biliyor	38	39,6	12	63,2	12	60	2	14,3	64	43
Hayır, bilmiyor	58	60,4	7	36,8	8	40	12	85,7	85	57
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,014$   $\bar{x}=10,678$  Sütun yüzdesi alınmıştır

“Denetim Alanı” yöneticilerin kendilerine direkt bağlı eleman sayısını bilme ile tanımlanır. Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin denetim alanlarını bilme durumlarına bakıldığında; yöneticilerin % 57’ si denetim alanlarını bilmez iken % 43’ ü biliyor. Sağlık müdürlüğü ile Halk sağlığı müdürlüğü yöneticileri denetim alanlarını yüksek oranda bilmekte iken özel hastane yöneticilerinin tamamına yakını denetim alanlarını bilmemektedirler. Kurumlar arasında istatistikî açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir (**Tablo 34**).

**Tablo 35. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Farklı Görmelerinin Dağılımı**

Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Farklı Görme	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	92	95,8	17	89,5	19	95	14	100	142	95,3
Hayır	4	4,2	2	10,5	1	5	0	,0	7	4,7
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,533$   $\bar{x}=2,196$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden farklı olarak görmeyi en yüksek oranda özel hastane yöneticileri görürken, genel olarak ise sağlık yöneticilerinin % 95,3' ü sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden farklı görmektedirler. Gruplar arasındaki fark istatistikî açıdan anlamlı bulunmamıştır (**Tablo 35**).

<b>Tablo 35. 1. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Farklı Görme Nedenlerinin Dağılımı (Birden Fazla Cevap Verilmiştir)</b>		
n:142	n	%
<b>Konusu İnsan Sağlığı</b>	119	83,8
<b>Hata Kabul Etmemesi</b>	74	52,1
<b>Aciliyetinin Olması</b>	65	45,8
<b>Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi</b>	63	44,3
<b>Sağlık Hizmeti Talebinin Dengesizliği</b>	26	18,3
<b>Kar Amacı Gütmemesi</b>	24	16,9
<b>Hepsi</b>	11	7,7
<b>Kar Amacı Gütmesi</b>	7	4,9

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine göre sağlık yönetiminin diğer yönetimlerden farklılıklarının doğuran nedenlerin dağılımına bakıldığında; sağlık hizmetleri yönetiminin diğer yönetimlerden ayıran en temel özellik “Konusunun İnsan Sağlığı Olması”dır. İkinci derecede farklılık ise “Hata Kabul etmemesi” 3. ve 4. derecede farklılık ise “Aciliyetinin Olması- Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi” olarak belirlenmiştir (**Tablo 35. 1.**).

**Tablo 36. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Hâlihazır da Buldukları Görevi Yerine Getirmede Yönetim Eğitimine İhtiyaç Duyma Durumlarının Dağılımı**

Göreviniz İçin Yönetim Eğitimine İhtiyaç Var mı	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	95	99	16	84,2	20	100	14	100	145	97,3
Hayır	1	1	3	15,8	0	,0	0	,0	4	2,7
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,002$   $\chi^2=14,420$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin şu anda ki buldukları görevi yerine getirmede yönetim eğitimine ihtiyaç duyma durumları sorulduğunda kurumlara göre istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Katılımcıların % 97,3' ü yönetim eğitimine ihtiyaç olduğunu, 2,7' si de yönetim eğitimine ihtiyaç olmadığını belirtmişlerdir. Görev gruplarına göre bakıldığında ise halk sağlığı il müdürlüğü ve bağlı birimlerin yöneticileri % 84,2 oranında yönetim eğitimine ihtiyacı olduğunu ancak diğer 3 görev grubunun tamamı bu eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 36.**).

**Tablo 37. Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerin Genel Yönetim Üzerine Eğitim Alma Durumları Dağılımı**

Genel Yönetim Üzerine Eğitim Aldınız mı?	Hekim Yöneticiler		Hekim Dışı Yöneticiler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	<b>17</b>	<b>28,8</b>	<b>49</b>	<b>54,4</b>	66	44,3
Hayır	42	71,2	41	45,6	83	55,7
Toplam	59	100	90	100	149	100

❖  $p=0,002$   $\chi^2=9,488$  Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri Hekim-Hekim Dışı yöneticilerinin genel yönetim üzerine eğitim alıp-almamalarına bakıldığında; gruplar

arasında istatistikî açıdan anlamlı fark oluşmuştur ki Hekim dışı yöneticiler hekim yöneticilere göre iki katı oranında yönetim eğitimi almışlardır (**Tablo 37**).

**Tablo 38. Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yönetim Eğitimi Alma-almama Durumlarının Dağılımı**

Sağlık Hizmetleri Yönetimi Üzerine Eğitim Alma	Hekim Yöneticiler		Hekim Dışı Yöneticiler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	<b>22</b>	<b>37,3</b>	<b>50</b>	<b>55,6</b>	72	48,3
Hayır	37	62,7	40	44,4	77	51,7
Toplam	59	100	90	100	149	100

❖  $p=0,029$   $\bar{x}=4,762$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri Hekim-Hekim Dışı yöneticilerinin sağlık hizmetleri yönetimi üzerine eğitim alıp-almamalarına bakıldığında; gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı fark oluşmuştur ki Hekim dışı yöneticiler hekim yöneticilere göre iki kata yakın oranında sağlık hizmetleri yönetimi eğitimi almışlardır (**Tablo 38**).

**Tablo 39. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitimi Veren Kurumlardan Haberdar Olma Durumlarının Dağılımı**

Sağlık Hizmetleri Alanında Bildiğiniz Eğitim Kurumları	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet, var	53	55,2	12	63,2	13	65	9	64,3	87	58,4
Hayır, yok	43	44,8	7	36,8	7	35	5	35,7	62	41,6
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,768$   $\bar{x}=1,138$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerine sağlık hizmeti yönetimi alanında bildikleri eğitim kurumları sorulmuş; sağlık yöneticilerinin % 58,4' ü sağlık hizmetleri yönetimi alanında eğitim veren kurumlardan haberdar olduklarını ancak kurumsal düzeyde grup karşılaştırılmasında istatistiki anlamda bir fark tespit edilememiştir (**Tablo 39**).

<b>Tablo 40. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Genel Yönetim Konusunda Süreli Yayın Okuma Durumlarının Dağılımı</b>										
Genel Yönetim Konusunda Süreli Yayın Okuma Durumları	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	56	58,3	11	57,9	11	55	8	57,1	86	57,7
Hayır	40	41,7	8	42,1	9	45	6	42,9	63	42,3
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,994$   $\chi^2=0,078$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin genel yönetim konusundaki okuma durumları karşılaştırıldığında; sağlık yöneticilerinin % 57,7' si yönetim konusunda süreli yayın okudukları ancak kurumsal düzeyde gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiştir (**Tablo 40**).



**Tablo 41. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Sağlık Yönetimi Konusunda Süreli Yayın Okuma Durumlarının Dağılımı**

Sağlık Yönetimi Konusunda Süreli Yayın Okuma Durumları	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	26	27,1	7	36,8	7	35	6	42,9	46
Hayır	70	72,9	12	63,2	13	65	8	57,1	103	69,1
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,559$   $\chi^2=2,065$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık yönetimi konusunda okuma durumları karşılaştırıldığında; % 30,9' u süreli yayın ve kitap okuduklarını, % 69,1' i ise okuma yapmadıklarını ifade etmiş olup en az okumayı genel sekreterlik ve bağlı birim yöneticilerinin yaptığı ancak kurumlara göre istatistikî açıdan da anlamlı bir fark tespit edilememiştir (**Tablo 41**).

**Tablo 42. Hekim-Hekim Dışı Yöneticilerinin Mezun Oldukları Okul Yılına Göre Yöneticilik Durumlarının Dağılımı**

Mezun Olunan Okul Yılı	Hekim Yöneticiler		Hekim Dışı Yöneticiler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2011 Öncesi	54	91,5	68	75,6	122	81,9
2011 Sonrası	5	8,5	22	24,4	27	18,1
Toplam	59	100	90	100	149	100

❖  $p=0,013$   $\chi^2=6,126$

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin hekim-hekim dışı yöneticiler karşılaştırmasında anlamlı fark tespit edilmiş olup 2011 öncesi mezun olan hekimlerin % 91,5' i yöneticilik yapmakta iken, hekim dışı yöneticilerin ise % 75,6' sı yöneticilik yapmaktadır. 2011 sonrası mezunların ancak % 18,1' i yönetici olarak tayin edilmişlerdir (**Tablo 42**).

**Tablo 43. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitiminin Nasıl Olması Gerektiği Durumlarının Dağılımı**

Yöneticilik Görevi İçin Yönetim Eğitimi Nasıl Olmalı	Genel Sekreterlik ve Bağlı Hastaneler		Halk Sağlığı ve Bağlı Birimler		İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler		Özel Hastaneler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İşbaşında deneme-yanılma yöntemiyle	9	9,4	2	10,5	2	10	6	42,9	19	12,8
Formel (Lisans/lisansüstü) eğitim olmalı	35	36,5	1	5,3	5	25	2	14,3	43	28,9
Görev öncesi özel eğitimle	52	54,2	16	84,2	13	65	6	42,9	87	58,4
Toplam	96	100	19	100	20	100	14	100	149	100

❖  $p=0,002$   $\chi^2=20,913$  Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin kurumlarına göre yöneticilik görevi için yönetim eğitimi nasıl olmalı karşılaştırılmasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiş olup; halk sağlığı il müdürlüğü yöneticilerinin % 84,2' si bu eğitimin görev öncesi özel eğitim ile yapılabileceğini, özel hastane yöneticilerinin ise % 42,9' u bu eğitimin iş başında deneme-yanılma yöntemiyle verilebileceğini ifade etmişlerdir (**Tablo 43**).

**Tablo 44. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yer ve Mezun Oldukları Okul yıllarına Göre Lisansüstü Eğitim Yapıp-Yapmama Durumları Dağılımı**

Mezun Olunan Okul Yılı	2011 Öncesi		2011 Sonrası		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lisansüstü Eğitim Var mı-Yok mu						
Yok	79	77,5	23	22,5	102	100
Y.Lisans	<b>26</b>	<b>86,7</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	30	100
Doktora	17	100	0	,0	17	100
Toplam	122	81,9	27	18,1	149	100

❖  $p=0,062$   $\chi^2=5,574$  Satır yüzdesi alınmıştır

Yöneticilerin % 87,3' ü ise yönetim eğitiminin lisans-lisansüstü eğitim ile yöneticilik öncesi özel eğitimle alınmalı şeklinde ifade de bulunurken, yöneticilerinin mezun oldukları okul yıllarına göre (2011 öncesi-sonrası) lisansüstü eğitim alıp almadıklarına bakıldığında yıllara göre okul mezuniyet yılları ile lisansüstü eğitim arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fak tespit edilememiş ve bu eğitimi alanların % 86,7' si 2011 öncesi mezun olup yüksek lisans eğitimi almışken, doktora eğitimi alanların tamamı da bu eğitimi 2011 öncesinde kendi branşında eğitim almış uzman hekim yöneticilerdir. 2011 sonrası okullarından mezun olup yüksek lisans eğitimi alanların oranı % 13,3 iken doktora eğitimi yapan yönetici yoktu. (Tablo 44.)

<b>Tablo 45. Sağlık Memuru/Hemşire Yöneticilerin Sağlık Yöneticiliği Üzerine Görüşleri</b>		
<b>Sağlık hizmetleri yöneticiliği profesyonel bir meslek midir?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, profesyonel bir meslektir	<b>46</b>	<b>82,1</b>
Hayır, asıl mesleği yerine getirirken ek bir görev	10	17,9
<b>Göreviniz için yönetim eğitimine ihtiyaç var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	<b>56</b>	<b>100</b>
Hayır	0	,0
<b>Görevinizi profesyonel sağlık yöneticisine devretmede gönüllü olur musunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	<b>42</b>	<b>75</b>
Hayır	14	25
<b>Genel Yönetim ve Sağlık Yönetimi Üzerine Eğitim Almama Nedenleri (Her İki Soruya Hayır Cevabı Verenler)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Haberdar değildim	8	29,6
Gereksinim duymadım	<b>11</b>	<b>40,7</b>
İşimin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadım	4	14,8
Mali olanaksızlıklar	0	,0
Kurum sağlamadı	4	14,8

Çalışmamıza katılan sağlık memuru/hemşire yöneticilerin sağlık yöneticiliği üzerine görüşlerine bakıldığında; yöneticilerin % 82,1' i sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüğünü, sağlık yönetimi ve genel

yönetim üzerine eğitimleri neden almadıkları sorulduğunda % 40,7' si gereksinim duymadığını, yöneticilerin tamamı görevleri için yöneticilik eğitimine ihtiyaç duyduklarını, % 75' i görevlerini profesyonel sağlık yöneticilerine devretmede gönüllü olduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 45**).

<b>Tablo 46. Hekim Yöneticilerin Genel Yönetim ve Sağlık Yönetimi Üzerine Eğitim Almama Nedenleri (Her İki Soruya Hayır Cevabı Verenler)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Haberdar değildim	11	29,7
Gereksinim duymadım	<b>10</b>	<b>27</b>
İşimin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadım	13	35,1
Mali olanaksızlıklar	0	,0
Kurum sağlamadı	3	8,1

Çalışmamıza katılan hekim yöneticilerin genel yönetim ve sağlık yönetimi eğitimlerini almama nedenlerine bakıldığında üzerine görüşlerine bakıldığında; yöneticilerin % 35' i işlerinin yoğunluğunu gerekçe gösterirken % 27' si bu eğitime ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir (**Tablo 46**).

## 5. TARTIŞMA

Kahyaoğlu ve arkadaşlarınca “Batı Akdeniz Bölgesinde Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Çalışmalarında”(75); Yöneticilerin % 55,8’ nin erkek olduğu belirlenirken, Akdaş A., ve arkadaşlarının (84) çalışmasında ise yöneticilerin “% 85,3’ü erkek, % 14,7’si kadındır”, çalışmamızda ise bu oran % 74,5’ tir (**Tablo 1. 1.**). Kamu sektöründe kadının istihdamı ve yöneticiliği açısından günümüzdeki durumuna bakıldığında, 2010 yılı “Başbakanlık Personel Dairesi Başkanlığı”nın verilerinden, devlette çeşitli pozisyonlarda yer alan yöneticilerin sadece % 16’ sının kadın olduğu görülmektedir (77).

Erkek yönetici oranının yüksek çıkması 1970’ li yıllarda ortaya konan cam-tavan sendromu ile açıklamak mümkündür ki bu sendromda yönetici kadınların, belirli bir aşamadan sonra pozisyonlarının yükseltilmesini engelleyen faktörlerin toplamına denir. Cam Tavan adından da anlaşılacağı gibi görünmez bir engeli tanımlamaktadır. Cam tavan, bir kadın yönetici olarak belirli bir noktaya kadar yükseldikten sonra önemli bir terfi beklediği anda adını tam olarak ortaya koyamadığı nedenlerden ötürü istediği terfiyi alamama durumu şeklinde de açıklanmaktadır. Cam tavana götüren nedenlere bakıldığında; çalışma yaşamındaki kadınların kısa süredir yönetici durumunda bulunmaları, işgücüne aralıklı olarak katılmaları, geleneksel olarak kadınların çalıştıkları belli alanların bulunması. örneğin; halkla ilişkiler, insan kaynakları yönetimi gibi yükselme olasılığının düşük olduğu alanlarda ve son olarak da üst yönetimin işe alma ve terfi politikalarında ayırım yapmaları gösterilmektedir (78). Daha önceki yapılmış olan veriler ışığında bizim çalışmamızda da erkek yönetici çokluğu cam tavan sendromu ile açıklanabilir.

Çatalca H.’ nin doktora tezinde (2); sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticiliğin öğrenilebilir bir kavram olup olmadığı sorusuna verdikleri cevapta % 89,7’ si öğrenilebilir bir kavram olduğu, çalışmamızda ise yöneticilerin % 73,2’ si evet öğrenilebilir olarak ifade etmişlerdir (**Tablo 3.**). Evet cevabına gerekçeleri arasında (**Tablo 3. 1.**);

- 1- Tecrübe ve yaşanan olay çeşitliliği yöneticiliği geliştirmekte-Eğitim ve tecrübe yöneticiliği geliştirmekte,
- 2- Yöneticilik sahada öğrenilir-Teori farklı pratik farklı,
- 3- Mevzuat bilgisi var ise sorun oluşmaz (Mevzuat Öğrenilebilir),
- 4- Lider doğulmaz lider olunur (Liderlik Öğrenilebilir) vb. cevaplar sıralamışlardır.

Yöneticilerin % 26,8' i de yöneticiliğin öğrenilebilecek bir kavram olmadığını ifade etmişlerdir ve bunun için gerekçelerini de şu şekilde sıralamışlardır (**Tablo 3. 2.**);

- 1- Lider olunmaz lider doğulur-Liderlik özellikleri olmalı,
- 2- Mevzuat bilgisi olmadan sahada çalışmak yöneticilik için yetersizdir,
- 3- Yöneticilik eğitimi almak gerek- Her öğrenmeye öğretici bir hoca lazım,
- 4- Profesyonel bir eğitimden geçmek gerekir cevaplarını sıralamışlardır.

Çalışmamızda ki yöneticilerin büyük çoğunluğu yöneticiliğin öğrenilebilir bir kavram olduğunu, bunun içinde ancak hem sahada olmanın ve hem de liderliğin öğrenilebilir olduğunu ve yöneticiliği geliştirebileceğini vurgulamışlardır.

Baltaş A.,' nin "Sağlık Hizmetlerinde Yöneticilik ve Liderlik" çalışmasında (84); yönetici için altın öneriler başlığında bir yöneticide olması gereken yetenek ve beceriler sıralandığında;

- 1- Olumlu ve yapıcı bakış açısı,
- 2- Cesaret,
- 3- Hazırlık,
- 4- Ekip çalışması,
- 5- Etkili iletişim şeklinde sıralamıştır.

Araştırmamızda sağlık hizmetleri yöneticilerine "yönetici adaylarının görevi yerine getirirken kendilerinde bulunmasını gerekli gördükleri yetenek ve becerilerin neler olabileceği" sorusuna verdikleri cevaplar sıralandığında ise; **1-İletişim-Empati-**

**Hosgörülü Yaklaşım** 2-Mevzuat Bilgisi **3-Cözüm Odaklı Bakış-Pratik Zeka** 4-Liderlik Vasfı 5-İstatistik Bilgi 6-İşi Sevme 7-Disiplin 8-Her Zaman Çalışmak 9-Dürüst Olmak 10-Tecrübe 11-Halk Sağlığı Eğitimi Yapmak Gerekir 12-Liyakata Sahip olmak **13-Ekip Çalışmasına Uyum** 14-Girişimci Olmak 15-Organizasyon Yeteneği 16-İli Tanımak 17-Bilgisayar Bilgisine Sahip Olmak 18-Dikkat-Konsantrasyon 19-Siyasilerle İyi Diyalog 20-Kararlılık 21-Sürekli Kendini Geliştirmek 22-Yenilikçi Olmak 23-Sağlık Yöneticiliğini Bilmek **24-Risk Alabilmek** 25-Gerek Yok 26-Sabır cevaplarını sıralamışlardır (**Tablo 5**). Bu durum bize yöneticilerimizin; yöneticilik konusunda en temel yetenek ve becerilerin neler olması gerektiği hususunda Baltaş A.,' nın çalışmasına paralel olarak daha ayrıntılı bir biçimde vermektedirler (81). Ancak Baltaş A.' nın çalışmasında sıralanan düzey, yöneticilerimiz tarafından verilen cevaplarla istenen düzeylerde yakalanamamış olup yöneticilerimizin şu an ki görevlerinde % 55,7' si 5 yıl ve üzeri yöneticilik deneyimine sahip olmalarına rağmen (**Tablo 2**) yöneticilik için gerekli yetenek ve becerilere tam anlamı ile sahip olmadıklarını göstermektedir.

Eğitim ihtiyacının saptanması için yöneticilerde kurum için gerekli bilgi-beceri ve yeteneklerin, mevcut yöneticiden elde edilen bilgi-beceri ve yeteneklerin farkının hesaplanmasıdır. Bu farktan elde edilen sonuca göre; fark olumsuz yönde ise çalışanın eğitime ihtiyacı olduğu, eşit ya da olumlu ise eğitim ihtiyacının olmadığına karar verilir. Farkın eğitim ihtiyacından doğduğuna karar verdikten sonra bu ihtiyacın nasıl ve hangi konularda ve kimlere dönük olarak gerçekleştirilecek eğitim programı ile politikalarının saptanmasına sıra gelecektir (67).

Eğitim Açığı= Bir iş ya da görevin - Bir iş ya da görevi yapan kişinin  
gerektirdiği bilgi ve yetenek sahip olduğu bilgi ve yetenek

Elde edilen veriler ışığında; yöneticilerimizin % 97.3' ü yönetim eğitimine ihtiyaç duyduklarını ve bunu ifade ederken de aynı yöneticilerin tamamına yakınının 10 yıla yakın yöneticilik deneyimine sahip oldukları da tespit edilmiştir.

Bununla beraber; Baltaş A.,' nin "Sağlık Hizmetlerinde Yöneticilik ve Liderlik" çalışmasında (81); yönetici için altın öneriler başlığında bir yöneticide olması gereken yetenek ve beceriler sıralandığında;

- 1- Olumlu ve yapıcı bakış açısı,
- 2- Cesaret,
- 3- Hazırlık,
- 4- Ekip çalışması,
- 5- Etkili iletişim şeklinde sıralamıştır.

Çalışmamızda ise yöneticilerimizde bulunmasını beklediğimiz bilgi-beceri ve yeteneklerin sırası ile belirtilmediği aksine yılların verdiği deneyim ve bu deneyime rağmen yönetim eğitime ihtiyaçlarının olduğu tespiti gibi nedenler; yöneticilerimizin yönetim eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir. Yöneticilerimizin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının olması gerektiğine dair diğer bir kanıtımız ise **Tablo 15'** de yöneticilerin "hangi eğitim konularını almış olmaları gerektiği" sorusuna Çatalca H.' nin sıralamasında olduğu gibi "mutlak gereklidir" cevabı örnek gösterilebilir.

Araştırmamız da sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik görevinin yerine getirilmesi için yöneticinin "Hangi eğitim konularını almış olması gerekir" diye sorulduğunda (**Tablo 15**) sırası ile;

- 1- İletişim,
- 2- Sağlık Kurumları Yönetimi,
- 3- Genel Yönetim Bilgileri,
- 4- İnsan Kaynakları Yönetimi,
- 5- Sağlık Hukuku,
- 6- Modern Yönetim Teknikleri,
- 7- Sağlık Ekonomisi üzerine eğitim almalarını "Mutlak Gerekli" olarak görmekte iken,



Çatalca H.,' nin çalışmasında bu sıralama;

- 1- Genel Yönetim bilgileri,
- 2- İletişim,
- 3- Sağlık Hukuku
- 4- Modern Yönetim Teknikleri,
- 5- Sağlık Yönetim Bilgisi
- 6- İnsan Kaynakları Bilgisi, sıralaması şeklinde olup;

Yöneticilerimizin sağlık hizmetleri görevinin yerine getirilebilmesi için gerekli gördükleri eğitim konuları Çatalca H.(2),' nin çalışmasına göre aradan geçen 16 yılda sağlık kurumları yönetimi ve genel yönetim bilgilerine sahip olmanın en üst sıralara taşındığını ve ayrıca yöneticilerin hangi eğitim konularına ihtiyaç duyduklarının da kanıtı niteliğindedir.

Çalışmamızda yöneticilere bağlı buldukları kurumlarının yönetici geliştirme ve eğitim yaklaşımının olup-olmaması sorulduğunda (**Tablo 16**); % 67,1' i bunun olmadığını ifade ederken, yönetici geliştirme ve eğitim yaklaşımının hangi kurumlar tarafından planlaması ve uygulanması gerektiği sorulduğunda (**Tablo 16. 1.-Tablo 16. 2.**) her iki soruda da ilk sırada Sağlık Bakanlığı ikinci sırada ise üniversitelerin olması gerektiği görüşündedirler. Bu durum yöneticilerin sağlık yöneticiliği geliştirme ve eğitimlerinin hem uygulanma hem de planlanmasının Sağlık bakanlığı tarafından sunulması gerektiğini ortaya koyar iken üniversitelerinde bu denklem içinde olmalarını önemsediklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadeyi destekler nitelikte **Tablo 14'** te de sağlık hizmetleri eğitimi alanında bildikleri eğitim kurumlarını olup-olmadığı sorulduğunda % 58,4' ü bildiklerini ve bununda üniversiteler tarafından verildiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık yönetimi, insan sağlığı konusunda eğitilmiş olmak kadar, insan kaynakları, iletişim, sosyoloji, psikoloji, hukuk, ekonomi, işletme, muhasebe, gibi dallarda da bilgi-beceri düzeylerine sahip olmayı zorunlu kılmaktadır (**1**). Dolayısı ile farklı alanlarda ki bilgiye ulaşım yöntemlerinden olan; internet-alanla ilgili süreli yayınlar-akademik makaleler-kitaplar ile bilgi daha kolay ve ulaşılabilir kılınmaktadır.

Araştırmamız da sağlık hizmetleri yöneticilerinin görevleri için tercih ettikleri öğrenme yöntemlerinin neler olduğu önem sırasına 1- Seminer, 2- Görev başında eğitim, 3- Tartışmalı toplantılar, 4- Konferans, 5- Bir uzmanla beraber çalışmak, 6- Kongreler, 7-Formel Kurslar, 8- Umumi Ders, **9- İnternet, 10- Kitap ve Makaleler,** 11- Eğitici filmler ve videokasetler, 12- Prezantasyon, **13- Perivodik yayınlar,** göre sıralamışlardır (**Tablo 17**). Sağlık yöneticiliğinin profesyonelleştirilmesi için günümüz bilgi çağında İnternet-Kitap-Makaleler olmazsa olmaz öğrenme yöntemlerinden olmasına rağmen çalışmamızda en son sıralarda yer almış olmaları sağlık yöneticileri açısından düşündürücüdür.

Araştırmaya katılan sağlık hizmetleri yöneticilerine “Görevinize gelecek kişilerde hangi eğitim düzeyini” aradıkları sorulduğunda (**Tablo 18**); % 56,8’ i doktora eğitilmiş olmayı göreve gelecek kişide 1. sırada olması gereken eğitim düzeyi olarak belirtirken, % 81,5’ i yüksek lisans eğitilmiş olmayı 2. sırada belirtmişlerdir. Ayrıca yöneticilere “Görevinize gelecek kişide hangi eğitim bilgilerinizi aradınız” şeklinde sorulduğunda (**Tablo 18. 1.**); hepsinin (Genel Yönetim Bilgileri-İletişim-Sağlık Yönetimi-Sağlık Hukuku-Modern Yönetim Teknikleri-İnsan Kaynakları Yönetimi-Sağlık Ekonomisi) 1. derecede olmasını düşünenler % 40,9 iken, genel yönetim ve iletişim bilgilerinizi birincil önceliğe koyanlar % 64,8 idi. % 28,4’ ü ise sağlık yönetimi bilgisini 3. önceliğe koyarken, sağlık hukukunu 4., modern yönetim tekniklerini 5. önceliğe koymuşlardır. Yöneticilerin Tablo 1. 1.’ de ki eğitim düzeylerine bakıldığında % 68,5’ inin herhangi bir yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip olmadıkları halde yöneticilik görevine gelecek kişilerde yüksek oranlarda doktora ve yüksek lisans eğitilmiş olanların olmalarını tercih etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yöneticilere il düzeyinde “Sağlık hizmetleri yöneticiliği eğitimi” hangi kurum ve kuruluşlar işbirliği içinde yapmalı şeklinde sorulduğunda (**Tablo 21.**); İlk 4 sırada “Sağlık Bakanlığı-Üniversiteler-Hastaneler-Meslek Odaları” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Bir ülkede toplumun sağlığının geliştirilip dönüştürülebilmesi için o ülkenin sağlık sisteminin dönüşümden geçirilmesi gerekir. Sağlığı dönüştürmek için de o ülkenin sağlık sistemi elemanlarından olan “örgüte-insan gücüne-paraya ve finansmana” faktörlere müdahale edilmesi gerekir (82).

Yöneticilerimize kendi illerinin toplum sağlığı düzeylerinin yükseltilebilmesi için hangi sorunların önemli olduğu sorulduğunda; her 5 yöneticiden 4’ ü veya üzeri “İlin Bina ve malzeme durumu-Personel niteliği-Personel motivasyonu-Personel sayısı-Yöneticilerin niteliği” gibi konuların her zaman önemli olduğunu ifade ederken, her 5 yöneticiden 2’ si veya 3’ ü “Halkın sağlık bilgi düzeyi- Bürokratik engeller-Yönetime siyasilere karışması-Sevk zinciri” gibi konularında her zaman önemli olduğunu beyan etmişlerdir (**Tablo 22**). Yöneticilerimiz ilin sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için nelere müdahale edilmesi hususunda gerekli bilgilere sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Tabak ve Ark.’nın çalışmasında (83); yöneticilerin “% 69,3’ ü yöneticilik görevlerini asaleten, % 30,7’si ise bu görevlerini vekâleten” icra etmektedirler.

Araştırmamızda sağlık hizmetleri yöneticilerinin görev yaptıkları yer ve göreve atanma durumuna bakıldığında (**Tablo 1**); yöneticilerin % 69,1’ i görevini asaleten, % 30,9’ u ise görevlerini vekaleten sürdürmektedirler. Genel sekreterlik ve bağlı birim yöneticileri ile halk sağlığı ve bağlı birim yöneticileri ve özel hastane yöneticileri kendilerini asaleten görür iken il sağlık müdürlüğü yöneticilerinin büyük bir kısmı kendilerini görevlerinde vekâleten görmektedirler Kurumlar arasında istatistikî açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir (**Tablo 23**). Özel hastanelerde göreve gelenler hastane sahipleri ya da hastane yönetim kurulları tarafından işletme yönetimi deneyimine sahip sağlık yöneticilerinden atanmaları yöneticilerin kendilerini asaleten atanmış fikrine sahip kılmaktadır. Sağlık bakanlığının 2011 sonrası sağlık kurumlarının yapılandırılmasında ki 663 sayılı KHK’ sine göre 2 yıldan 4 yıla kadar sözleşmeli yöneticilik nedenlerinden dolayı; yönetici atamalarının bağlı buldukları merkezi kurumları tarafından yapılması siyasi tasarruf olarak görülmektedir. Ayrıca yasal gereklilik olarak sağlık bakanlığına bağlı kurum yöneticiliklerinde tıbbi hizmetler başkanlıkları ile hastane başhekimliklerinde sağlık

yönetimi-genel yönetim alanlarında veya kendi mesleki alanlarında yüksek öğrenim görme şartına rağmen kendilerini asaleten gören 42 hekimin ancak 8' inin genel yönetim ya da sağlık yönetimi alanlarından yüksek lisans düzeylerinde eğitilmiş olmaları ve aynı alanlardan doktora eğitilmiş olmamış olmalarına rağmen atamalarda nelere dikkat edildiği sorusunu akla getirmektedir.

“Organizasyonel değişim işle ilgili yeni yöntem ve uygulamaların oluşturulmasını, çalışanların yeniden ve sürekli eğitimlerinin sağlanmasını gerektirmektedir. Bu durum özellikle 40 yaş üzerindeki yöneticiler için kolay olmayabilmektedir. Bu nedenle bu yaş grubundaki yöneticiler değişime karşı “tutucu” davranışlar göstermektedirler. Nitekim organizasyonda doğabilecek stres etmenleri arasında en çok üzerinde durulan faktörlerin başında “değişimin” geldiği saptanmıştır. Zaleznik'e göre, 45 yaş üzerindeki yöneticilerde strese bağlı rahatsızlıklar daha çabuk ortaya çıkmakta, bu nedenle davranışlarında daha temkinli ve tutucu davranmaktadırlar. Yöneticilerin liderlik davranışlarında yaşın etkisini saptayan araştırmalarda, yaşları 25 ve 35 arasında olan yöneticilerin organizasyona yönelik kişisel gelişimlere daha fazla önem verdikleri, yaratıcı oldukları ve değişimlere açık oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Ayrıca rekabete önem verdikleri, yüksek ödüller karşılığında risk almaya istekli oldukları da saptanmıştır” (79).

Çalışmamızda yöneticilerimizin % 68,5' i 36 yaş ve üzeri iken % 31,5' i 35 yaş ve altıdır (**Tablo 1. 1.**). Çalışmamızla beraber yukarıda ifade edilen hususlara paralel olarak 36 yaş üstü yönetici sayısı daha yüksek seviyelerde bulunmuş olup SDP için belirtilen dinamik profesyonel yönetici ihtiyacının genellikle yeni mezun genç yaş sağlık yöneticiliği adaylarından olması SDP' nin değişim ve dönüşümü önünde ki yaş engelini kaldıracağı görüşündeyiz.

Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin görev yaptıkları yer ve yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında ise; en genç yönetici grubu il sağlık müdürlüğü ile genel sekreterlik ve bağlı birim ve hastanelerinde iken, çalışmamızda özel hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu 36 yaş ve üzeridir. Genel toplamda ise yöneticilerin % 68,5' i 36 yaş ve üzeri gruptadır. Kurumlar arasında yöneticilerin yaş grupları açısından istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Ayrıca

kurum yönetici yaş ortalamaları  $39,85 \pm 6,78$  olup birbirlerine yakın değerlerdedir (**Tablo 25**). Genel sekreterliğe bağlı ilçe hastane yönetici hekimleri ile sağlık müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık hizmetleri yönetici hekimlerinin çoğunun yeni mezun tıp fakültesi pratisyenlerinden olması iki kurumda ki genç yönetici dinamizmine katkı sağlar iken yeni mezun hekimlerin eğitim gördükleri alan dışında yöneticilik alanına kaydırılması düşündürücüdür (**Tablo 24**).

**Tablo 26'** da yöneticilerin mezun oldukları okul durumlarına göre verilen cevaplara paralel olarak **Tablo 27'** de aynı yöneticilerin kendilerini hangi meslek grubunda tanımladıkları sorulduğunda; sağlık hizmetleri yöneticileri olmaları nedeni ile beklenen cevaplar (sağlık yöneticisi, sağlık işletmecisi, vb.) iken verilen cevaplar da kendilerini hala pratisyen hekim, uzman hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru olarak tanımlamış olmaları düşündürücüdür. Özellikle hekim-sağlık memuru-hemşirelere kendilerini hangi meslek grubunda tanımladıkları sorulduğunda çoğunluğunun yönetici grubu yerine hâlâ hekim-sağlık memuru-hemşire olarak tanımlamaları sağlık yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak görmelerine rağmen kendilerini profesyonel yönetici olarak görmediklerinin kanıtı niteliğindedir.

Çatalca H.' nin çalışmasında (2); sağlık yöneticilerin % 68,7' si sağlık yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak görürken, % 31,3' ü görmemektedir. Çalışmamızda ise sağlık hizmetleri yöneticilerinin sağlık yöneticiliği mesleğine profesyonellik yönünden bakışları karşılaştırılmış ve katılımcıların % 81,9' u sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (**Tablo 6.**). Yöneticilerin % 18,1 i yöneticiliği asıl mesleği yerine getirirken belli bir dönem için yapılan ek bir iş olarak görmektedir. Kurumlar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark yoktur (**Tablo 28**). Özellikle hekim-sağlık memuru-hemşirelere kendilerini hangi meslek grubunda tanımladıkları sorulduğunda yönetici grubu yerine kendilerini hâlâ hekim-sağlık memuru-hemşire olarak tanımlamaları (**Tablo 27**) sağlık yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak görmelerine rağmen kendilerini profesyonel yönetici olarak görmediklerinin kanıtı niteliğindedir.

Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik dışında başka görevlerinin olup-olmaması durumlarına bakıldığında; yöneticilerin % 14,8' inin yöneticilik dışında görevleri varken, % 85,2' sinin yöneticilik dışında görevleri yoktur (**Tablo 1.**). İstatistikî açıdan kurumlar arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (**Tablo 29**). Ancak genel sekreterliğe bağlı ilçe hastane hekim yöneticileri ile hastane yönetici hemşirelerinin ayrıca hekimlik-hemşirelik görevlerini icra etmekte olduklarından aynı anda yöneticilik ve hekimlik-hemşirelik yapma hususları hastane yöneticiliğinde yönetsel sorunlar (Hizmet alımları, insan kaynakları yönetimi, döner sermaye yönetimi vb.) doğurabilmektedir. Genel sekreterliğe bağlı ilçe hastaneleri ile il sağlık müdürlüğü 112 komutaya bağlı yönetici hekimler ve yönetici hemşireler, yöneticilik görevleri yanında bir üst ifadelerimiz de belirtilen hekim azlığı nedeni ile ayrıca hekimlik-hemşirelik görevlerini yerine getirmeleri düşündürücüdür. Bunun yanında SDP' nin en önemli dönüşümlerinden bir olan aile hekimliği sağlık hizmetlerinin gereği, 2. ve 3. basamak hastanelerde var olan pratisyen hekimlerin ve de tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin büyük çoğunluğunun aile hekimliklerine geçmiş olması 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinde hekim açığının çıkmasına yol açmaktadır.

“Sağlık yönetimi içinde özel bir önem taşıyan hastanelerde yönetim rollerinin dağıtılmasına ve hekimlerin yeni yapılanmada rollerinin ne olması gerektiğine ilişkin görüş birliğine ulaşılmadan hastanelerde uyumlu ve verimli bir çalışma ortamını sağlamak zor görünmektedir. Bir yandan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığı karşısında maliyetlerin kontrolü için gerekli olan profesyonel yöneticilik bilgi ve becerileri, diğer yandan kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda hekimin başrolde olması ve hekimlik mesleğinin özerkliği, sağlık hizmetlerinin yönetiminde yeni bir yönetici tipini veya mevcut yönetici-hekim işbirliğinin yeniden düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır” (84).

“SDP’ nin amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını beraberinde getirmekte, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir” (85).

Çatalca H.’ nin çalışmasında (2); yöneticilerin % 54’ ü tıp eğitimi almış kişileri kaynak israfı olarak görmektedir.

Diyarbakır ili sağlık hizmetleri hekim-hekim dışı yöneticilerinin tıp eğitimi almış hekimleri kaynak israfı olarak görüp-görmemelerine göre karşılaştırma yapıldığında; hekim yöneticilerin % 27,1’ i kendilerinin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görürken, hekim dışı yöneticilerin ise % 76,7’ si hekimlerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görürken, İki grup arasındaki fark istatistikî açıdan anlamlıdır (**Tablo 30.**) ve ayrıca tüm sağlık yöneticilerinde % 57’ si hekimleri kaynak israfı olarak görmektedirler (**Tablo 20**). Ayrıca sağlık yönetimi eğitimi almadığını ifade eden 37 hekime neden eğitim almadıkları sorulduğunda; % 35’ i işlerinin yoğunluğunu gerekçe gösterirken % 27’ si bu eğitime ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir (**Tablo 46**). Hekimleri kaynak israfı olarak görenlerin gerekçeleri arasında ilk 3 sırada (**Tablo 20. 1.-20. 2.**);

- 1- Kendi İşlerini Yapmalılar-Hekim Kendi Alanında Yükselmeli
- 2- Hekim Azlığı Var-Tek Doktor Bazen Tüm Bölgenin Tek Hekimi Olabiliyor
- 3- Yöneticilik ve Hekimlik Ayrı Şeyler-Ayrı Alanlar”

Hekimleri kaynak israfı olarak görmeyenlerin cevapları sıralandığında;

- 1- Sağlık konusunda bilgi ve birikimleri daha fazla
- 2- Sahayı daha iyi bilmekteler-Hekim çalıştırılan yerde yöneticilerden biri hekim olmalı

- 3- Sağlık yöneticiliği tıp eğitimi olmadan yapılamaz-Alanı hasta ve hastalık olduğu için, şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Eğitilme gayeleri hekimlik olan bireylerin hekimlik görevleri yerine yöneticilik görevlerine getiriliyor olması ve hatta çalışmamızdan çıkan sonuca göre de hekim yöneticilerin sadece % 29' unun genel yönetim üzerine ve sadece % 37' sinin de sağlık yönetimi üzerine eğitim almış olmalarına rağmen (**Tablo 37-Tablo 38**), 663 sayılı KHK' de belirtilen "Tabip Yönetici" olmazsa olmazının diretilmiş olması kutsal hekimlik anlayışına ters düşmektedir. Bununla beraber "2007' de ülkemizde 10.000 kişi başına düşen hekim sayısı 15.5 iken, bu oran 2012' de 17.3'e çıkmıştır. Artışa rağmen Ülkemiz kişi başı hekim sayısı bakımından 2012 AB ortalaması olan 32,1' in çok gerisindedir (86). Durum ortada iken basit bir hesap ile ülkemizin tek bir ilinde ortalama yönetici hekim sayısı 100' e yakın ve üzeri iken (bizim çalışmamızda ulaşılabilen ve ankete katılmayı kabul eden 59 hekim yönetici); yönetici hekimlerin hekimler ordusuna katılması bir anda kişi başına düşecek hekim oranımızı birçok Avrupa ülkesinin de üzerine taşıyacağı kanaatindeyim. Hâlihazır da ülkemizde 51 lisans düzeyinde sağlık yöneticiliği bölümü ile 53 yüksek lisans ve 12 doktora programına ait mezun yönetici adaylarının sağlık sistemine katılması SDP' nin başarıya ulaştırılması için anahtar rol olarak atıl durumda durmaktadır. Ki Sağlık Bakanlığı' nın 2003 yılı SDP raporun da hekimliğin işletme yöneticiliğinden ayrı bir alan olarak sağlanması gerekir ifadesine rağmen yönetici hekimliğe devam edilmesi SDP' nin belirlenen ilkesine "Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü" ters düşüldüğünün kanıtı niteliğindedir.

"Yöneticilerin işgal ettikleri makamın yüksekliği oranında yönetsel yeteneğe sahip olmak durumunda" olduklarını vurgulayan Henry Fayol (2005: 17-20) teknik konularda eğitim almış olan kişilerin, yönetsel bilgilerle donatılmamış olmalarına karşın, uzmanlık alanlarındaki yönetsel işlerle uğraştıklarını belirterek, yönetim yeteneğinin de "teknik yetenek gibi öncelikle okullarda, sonra da işyerinde öğretilmesi" gerektiğini ifade etmektedir. Bununla beraber, "hekimlerin yönetimi bir bilim dalı olarak kabul etmedikleri ve sağlık idaresinde görev alanların da yönetim bilimini öğrenme isteklerinin olmadığı" ileri sürülmektedir" (87).



Çatalca H.' nin doktora tezinde (2); yöneticilerin hali hazırda ki görevlerine gelmeden önce yöneticilik yapma durumları sorulduğunda % 34' ü bu deneyime sahip olup yöneticilik yaptıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamız da ise yöneticilerin % 89,3' ü (**Tablo 4.**) gibi büyük bir çoğunluğu görevlerine gelmeden önce bilgi ve deneyime sahip olduklarını, bu deneyime paralel olarak ta tüm çalışma gruplarında (Genel sekreterlik ve bağlı birim yöneticileri-Halk Sağlığı müdürlüğü ve bağlı birim yöneticileri-İl Sağlık müdürlüğü ve bağlı birim yöneticileri-Özel hastane yöneticilerinin) yöneticilerin % 90' nın üzerinde şu an ki görevlerine gelmeden (2012 yılı öncesi) önce yöneticilik yaptıklarını, yöneticilik deneyimine sahip olduklarını (**Tablo 31**) hâlâ da yöneticilik görevlerine devam ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum bize eski yöneticilerin 2011 yılı 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki" KHK' sin de sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılması sonrasında bile yöneticiliğe devam ettiklerini ve bunun da profesyonel yöneticiliğin önünü açmakta sıkıntı yaratacağı izlenimi doğurmaktadır. Eski yöneticiler yöneticiliğe devam etmektedirler. SDP ye bağlı olarak 2011 de sağlık bakanlığının kurumsal yapısının yeniden dizaynı çerçevesinde "Kurumlarının yönetsel dönüşümünde gerekli görülen eğitimli profesyonel sağlık yöneticilerinin olması" ve ayrıca SDP' nin 2003' te belirlenen "Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü" ilkesine rağmen eski kurum yöneticileri yeni kurumun yöneticileri olmaya devam etmekte olup, kurum yöneticilerinin istenen düzeyin çok altında genel/sağlık yöneticiliği yüksek lisans eğitimlerinden yoksun oldukları ve bununda sağlık hizmetlerinin yönetilmesine dair profesyonelliği hızlandırma noktasında akıllarda soru işaretleri bırakmaya devam ettiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin şimdiki görevlerinde ki yöneticilik süreleri ile karşılaştırıldığında; tüm görev gruplarının % 82,6' sı 1-4 yıl arasında , % 10,7' si 5-9 yıl arasında, % 6,7' si ise 10 yıl ve üzeri sürelerde bağlı buldukları kurumlarda yöneticilik görevlerini sürdürmektedirler. Gruplar arasındaki fark istatistikî açıdan anlamsız bulunmuştur (**Tablo 32**).

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin var olan görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretme konusunda gönüllülükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup yöneticilerin % 72,5' i görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretmede gönüllü olduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 19**). Gönüllülük konusunda görev grupları arasında çok büyük farklılıklar görülmemekle beraber en fazla gönüllü olanlar % 76,0 ile Genel Sekreterlik ve bağlı birimlerde ki yöneticiler, en az gönüllü olanlar ise % 57,1 ile özel hastane yöneticileridir (**Tablo 33**).

Sağlık hizmetleri yöneticilerine "Size doğrudan bağlı kaç eleman çalışmaktadır" sorularak yöneticilerin, kendi kurumlarındaki denetim alanlarını bilip-bilmediklerinin kontrolü amaçlanmıştır. Yönetim biliminde "Denetim alanı" yöneticinin kendisine direkt bağlı eleman sayısı ile tanımlanır. Verilen yanıtlarda yöneticinin bulunduğu yönetim kademesi konumuna göre (Üst-Orta-Alt) 3'den 300'e kadar kendisine direkt bağlı eleman sayısı verildiğinden, bu soruya verilen yanıtlar da denetim alanının bilinmediği sonucunu desteklemiştir. Yukarıdaki ifadeye uygun yanıt veren yöneticilerin denetim alanlarını bildikleri kabul edilmiştir (88).

Yöneticilerin % 57' si denetim alanlarını bilmez iken (**Tablo 7**) kurumlara arası karşılaştırmalarda istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Sağlık Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanları denetim alanlarını yüksek oranda bilmekte iken özel hastane yöneticilerinin tamamına yakını denetim alanlarını bilmemektedirler. (**Tablo 34**). Bu durum bize özel hastane yöneticilerinin kendilerini hastane yöneticiliğinde daha fazla sorumluluk sahibi olduklarının izlenimini doğrultmaktadır. Çalışma yapılırken özel hastane yöneticilerinin kamu kurumlarında var olan 8-5 mesai kavramının dışında bir değerlendirme ile yöneticiliğe yaklaştıkları izlenimi tespit edilmiş olması düşüncemizi doğrular niteliktedir.

Çatalca H.' nin doktora tezinde (2); yöneticiler sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden % 81.2 oranında farklı görmektedirler, farklılığın nedenleri sıralamasında ise; Konusu İnsan Sağlığı- Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi-Aciliyetinin Olması-Hata Kabul Etmemesi şeklinde ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda ise yöneticilerinin sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden farklı olarak görmeyi en yüksek oranda özel hastane yöneticileri görürken, genel olarak ise sağlık yöneticilerinin % 95,3' ü sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden farklı görmektedirler (**Tablo 8.**). Gruplar arasındaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır (**Tablo 35**). Bununla beraber sağlık hizmetlerinin diğer yönetim türlerinden farklı gördüğünü ifade eden yöneticilerin farklılığı doğurduğunu ifade eden nedenlerini sıralar iken; sağlık hizmetleri yönetiminin diğer yönetimlerden ayıran en temel özellik “Konusunun İnsan Sağlığı Olması-Hata Kabul etmemesi-Aciliyetinin Olması-Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi” olarak belirlenmiştir (**Tablo 35. 1.**). Sağlık yöneticilerinin sağlık yönetimini diğer yönetim türlerinden farklı gördükleri tespit edilmiştir.

Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin şu anda buldukları görevi yerine getirmede yönetim eğitimine ihtiyaç duyma durumları sorulduğunda görev gruplarına göre dağılımında kurumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların % 97,3' ü yönetim eğitimine ihtiyaç olduğunu (**Tablo 9.**) ifade ederken görev gruplarına göre bakıldığında ise halk sağlığı il müdürlüğü ve bağlı birimlerin yöneticileri % 15,8 oranında yönetim eğitimine ihtiyacı olmadığını ancak diğer 3 görev grubunun tamamı bu eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 36.**). Halk sağlığı müdürlüğü yöneticilerine anket çalışması yapılırken, buldukları görevi yerine getirirken sahada olmayı daha çok önemsediklerini ve bunun kanıtı olarak ta anket uygulayıcısı olarak her yöneticinin kapısına gidildiğinde büyük bir kısmının sahaya çıkmış olmalarından ötürü 4 haftayı aşan sürede yöneticilere anketi uygulamada sıkıntılar çekmiş olmayı kanıt olarak gösterebiliriz. Ayrıca 19 halk sağlığı yöneticisinden 13' ü yöneticiliğin öğrenilebilir bir kavram olduğunu ve bu duruma sebep olarak ta **Tablo 3. 1.**' deki sahada çalışmayı işaret eden cevapları sıralamışlardır. Bunun yanında 1. Basamaklar da ekip hizmeti söz konusu olduğundan yöneticiler yönetim eğitimlerinden ziyade pratik işlevler görmektedirler, saha çalışmalarında aktiftirler, yöneticilikten çok ekip liderliği rolü üstlenmektedirler. Kampanyada hekim ekip başı olarak koordinasyonu sağlarken aynı zamanda hasta muayeneleri için görev almaktadır buna karşın kamu ya da özel hastanelerde hekimler profesyonel

yöneticilik yapmaktadırlar. Anketler uygulanırken halk sağlığı ve TSM sorumlu hekimlerinin sürekli sahada olmaları bunun kanıtı niteliğinde idi.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin hem genel yönetim üzerine ve hem de sağlık hizmetleri yönetimi üzerine eğitim alıp-alınmalarına bakıldığında; Hekim-Hekim dışı yönetici gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı fark tespit edilmiş olup hem genel hem de sağlık yönetimi eğitimleri konusunda hekim dışı yöneticiler hekim yöneticilere göre iki katı oranında eğitim almışlardır (**Tablo 37-Tablo 38**). Hem genel yönetim üzerine ve hem de sağlık yönetimi üzerine hekim dışı yöneticiler hekim yöneticilere göre daha yüksek oranlarda eğitim almışlardır. Bu duruma gerekçe ise 663 sayılı KHK' ye göre yöneticilere getirilen yöneticilik alanlarından yüksek lisans-doktora şartlarının getirilmiş olması ile beraber STK (Sivil Toplum Kuruluşları)' lar ve Özel Üniversiteler arasında yapılan anlaşmalar ile yöneticilere genel ve sağlık yönetimi alanlarında yüksek lisans eğitimleri sağlanmıştır. Yöneticilere genel yönetim ve sağlık hizmetleri yönetimi eğitimlerini hangi kurumdan aldıkları sorulduğunda (**Tablo 10.-Tablo 11.**); her iki eğitim türü içinde eğitimlerini özel üniversitelerden almış oldukları daha yüksek oranlarda bulunmuştur (Genel Yönetim; % 92,4-Sağlık Yönetimi; % 95,8) (**Tablo 10. 1.-Tablo 11. 1.**). Yöneticilerin Sağlık bakanlığından bu tip eğitimleri sunmadığına dair itirazlarını anketlere yazılı olarak ifadelendirdikleri söz konusu idi ve bu eğitimler konusunda en büyük beklentilerinin de sağlık bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile sağlanması gerektiği noktasında hemfikir idiler. Bununla beraber yöneticilerin genel yönetim ve sağlık yönetimi üzerine eğitim almama nedenleri sıralandığında; 1- Gereksinim duymadım, 2- Haberdar değildim, 3- İşimin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadım, 4- Kurum Sağlamadı, 5- Mali olanaksızlıklar nedeniyle katılmam mümkün olmadı (**Tablo 12.**)

Ülkemizde sağlık yöneticiliği alanında var olan eğitim düzeylerine göre okul durumlarına bakıldığında; Ön lisans düzeyinde 42, Lisans düzeyinde 51 (117 bölümde), yüksek Lisans düzeyinde 24 ve doktora düzeyinde 12 programa sahip olup bu sayılar artış eğilimindedir.

Araştırmamızda ise yöneticilerin sağlık hizmeti yönetimi alanında bildikleri eğitim kurumları sorulmuş; sağlık yöneticilerinin ancak % 58,4' ü sağlık hizmetleri yönetimi alanında eğitim veren kurumlardan haberdar olduklarını ancak kurumsal düzeyde grup karşılaştırılmasında da istatistikî açıdan anlamlı bir farkın tespit edilmediği ortaya çıkmıştır (**Tablo 39**). Kurumsal düzeyde eğitim programlarının ülkemizde yaygınlığına rağmen her iki yöneticiden birinin bu programlardan haberdar olmaması düşündürücüdür.

Çatalca H.' nin doktora tezinde (2); sağlık yöneticilerinin % 57,7' si genel yönetim üzerine okumalar yaparlarken, % 38,4' ünün de sağlık yönetimi üzerine okumalar yaptıkları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin genel yönetim konusunda okuma (sürelî yayın-makale-kitap) durumları karşılaştırıldığında; sağlık yöneticilerinin ancak % 42,3' ü yönetim konusunda sürelî yayın okudukları tespit edilmiştir (**Tablo 40**). Ancak yöneticilerin okunan sürelî yayınlardan kast ettikleri de kurumlarının merkezi ve taşra teşkilatlarından gelen kurum dergileri, broşürleri idi, yani akademik tarzda bir sürelî yayın takibi yok idi.

Bununla beraber yöneticilerin sağlık yönetimi konusunda okuma durumları karşılaştırıldığında; ancak % 30,9' u (46 kişi) sürelî yayın ve kitap okuduklarını ifade etmiş olup en az okumayı genel sekreterlik ve bağlı birim yöneticilerinin yaptığı tespit edilmiştir (**Tablo 41**). Okunan kitaplar ise;

- 1- Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sağlığın sosyal Belirleyicileri, Sağlık Turizmi
- 2- İletişimce, Sağlık Bakanlığı Yayınları (ÜSVS)
- 3- Sağlık Kurumları İşletmeciliği
- 4- Yataklı Kurumlar Tedavi Yönetmeliği
- 5- Sağlık Bakanlığı Yayınları
- 6- Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş sistemler ve Yaklaşımlar)
- 7- Yönetim ve Organizasyon (Yöneticilere Tavsiyeler)
- 8- Sağlık Bakanlığı Yayınları, Maliye Bakanlığı Yayınları
- 9- İş Sağlığı ve Güvenliği

- 10- İşletme Yöneticileri İçin Rehber
- 11- Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık İşletmeleri Yönetimi
- 12- Markalaşma
- 13- Sağlıkta Kalite Standartları
- 14- Sağlık İşletmeleri Yönetimi

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin mezun oldukları okul yıllarına göre yöneticilik yapıyor olma durumları karşılaştırıldığında, kurumlar arası karşılaştırmada istatistikî açıdan anlamlı bir fark çıkmayıp yöneticilerin büyük çoğunluğunu 2011 öncesi mezunlar oluşturmaktadır (**Tablo 42**). Bu durum bize SDP' nin ana hedefinin yetişmiş profesyonel sağlık yöneticiliği olmasına rağmen eski yöneticilerin tekrardan yöneticiliğe getirilmiş olmalarının ve bu yöneticilerinde ayrıca gerekli sağlık ve genel yönetim eğitimlerinden geçirilmemiş olmalarının da SDP' nin istenen düzeylere ulaşmasının önünde ki engellerden biri olacağını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin kurumlarına göre yöneticilik görevi için yönetim eğitimi nasıl olmalı karşılaştırılmasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiş olup (**Tablo 43**) halk sağlığı il müdürlüğü yöneticilerinin % 84,2' si bu eğitimin görev öncesi özel eğitim ile yapılabileceğini, özel hastane yöneticilerinin ise % 42,9' u ise bu eğitimin iş başında deneme-yanılma yöntemiyle verilebileceğini ifade etmişlerdir.

Kahyaoğlu ve ark.' nin çalışmasında (75); yöneticilerin lisansüstü eğitimlerinin olup olmaması durumlarına bakıldığında ise yöneticilerin; % 25,6' sı yüksek lisans, % 9,3' ü doktora mezunu olduğu görülmektedir. Çelik C. ve Yurdakul M.,' nin (80) yapmış oldukları Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Alan Araştırması çalışmalarında yöneticilerin lisansüstü eğitimlerinin olup olmaması durumlarına bakıldığında ise yöneticilerin; % 26,3' ü Yüksek lisans ve Doktora eğitimine sahiptiler.

Çalışmamızda ise yöneticilerin % 20,1' i yüksek lisans, % 11,4' ü doktora eğitimine sahiptir (**Tablo 1. 1.**). Doktora eğitimine sahip yöneticilerin tamamı hekimler olup doktora eğimleri hekimliklerine yönelik uzmanlık doktora eğitimleridir. Sağlık yönetimi ya da genel yönetim üzerine lisansüstü eğitimi alan yöneticilerin ancak % 20,1' i yüksek lisans eğitimine sahiptirler. 2011 yılı KHK' de belirtilen; tıbbi hizmetler başkanları ve hastane başhekim ve başhekim yardımcılarında getirilen doktora ve/veya yüksek lisans yapmış olma şartına (5 yıllık geçmişe) rağmen (2 Kasım, 28103 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete-2011) sağlık yöneticilerinin yüksek lisans ve doktora eğitimlerinde istenen düzeyde bir artış görülmemiştir. Bizim çalışmamızda da sağlık yönetimi üzerine doktora ve yüksek lisans eğitimi almış olmak düşük çıkmıştır. Bununla beraber yöneticilerin mezun oldukları okul yıllarına göre lisansüstü eğitim alıp almadıklarına bakıldığında ise; yıllara göre okul mezuniyet yılları ile lisansüstü eğitim arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiş ve bu eğitimi alanların % 86,7' si 2011 yılı öncesi mezun olan yöneticiler olup doktora eğitimi alanlarında 2011 öncesi mezun olanlar olduğu tespit edilmiştir. Yöneticilerin büyük çoğunluğu yüksek lisans eğitimlerini 2011 yılı 663 sayılı KHK' si sonrası almaya çalışmışlardır. Bunun içinde özel üniversitelerin STK' lar la işbirliği neticesinde bu eğitimler verilmeye başlanmıştır. 2011 sonrası mezun olan yöneticilerin ancak % 13,3' ü yüksek lisans eğitimlerine sahip iken doktora eğitimleri yoktu (**Tablo 44**). 2011 sonrası 663 sayılı KHK' ye göre sağlık kurumlarının yapılandırılması ve ayrıca SDP' nin 2003' te belirlenen ilkesinde ki yöneticilerin ve çalışanların “Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü” ‘ne rağmen yeterliliğin çok altında bir profesyonel yöneticinin görevlendirildiği tespit edilmiştir.

Ve yine ayrıca (**Tablo 13. 1.-Tablo 13. 1.**)’ de yöneticilerin “Yönetim Eğitimi Nasıl Olmalı” sorusuna verdikleri “Görev Öncesi Özel Eğitim” ile olmalı diyenlerin (% 58,4) bu eğitim nasıl olmalıdır diye sıralandığında; Genel Yönetim veya Sağlık Yönetimine Yönelik Lisans/Lisansüstü Eğitimi Olmalı-Çalışılan Kurumun İşleyişine Yönelik Mevzuat Eğitimi-Görev Öncesi ve Sonrası Eğitim-Hizmet İçi Eğitim-Teorik eğitim ve sonra bir yönetici yanında staj-Sahadan gelmek yeterli olabilir-Özel Eğitim Kursları Açılmalı-Kabiliyetli Bireyler Eğitilmeli-Kurumsal Düzeyde Bir Yöneticilik Eğitim Organizasyonu Olmalı-Hekim Yetişirken Genel

Yönetim Üzerine Ders Almalı-Halk Sağlığı Doktorası Yapmak Gerek şeklinde cevaplamaları sağlık yöneticiliği için yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin elzem olduğunu kanıtlar niteliktedir.

“2000-2013 yılları arasında 1.000 kişi başına düşen hemşire sayılarına bakıldığında OECD ortalamasının yaklaşık 8 hemşireden, 9 hemşireye yükseldiği, İsviçre-Norveç-Danimarka-İzlanda-Finlandiya gibi ülkelerde bu oranın 14’ ün üzerinde olduğu Türkiye-Brezilya-Hindistan-Güney Afrika-Endonezya-Kolombiya da ise 1.000 kişi başına 2’ den az hemşire düştüğü görülmektedir” (89). 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında eski yapıda başhemşire ve başhemşire yardımcıları olarak adlandırılıp yeni yapıda sağlık bakım hizmetleri müdür ve müdür yardımcıları olarak adlandırılan yöneticilerin sadece ilimiz merkezi 2. ve 3. Basamak hastanelerinde; poliklinik sorumlusu, acil sorumlusu, poliklinik doktor hemşiresi (Tıbbi Sekreter Olarak Çalıştırılan), kat klinik sorumluları ve sağlık bakım hizmetleri müdür ve müdür yardımcıları unvanları ile faaliyet gösteren (İlimiz merkez hastanelerinde ortalama her hastanemiz de 12 ile 17 hemşire yöneticilik görevine sahiptirler ki bu durum tüm ülke hastanelerinde geçerli bir durumdur) ancak asıl meslekleri hemşirelik olan çalışanların OECD 2003-2013 karşılaştırılmasında da değinildiği üzere ülkemiz kişi başı hemşire sayısının arttırılması yönünde ki hekim yöneticilerinden önce en büyük atıl durumda ki yönetici hacmini kapsamaktadır. Yukarıda elde edilen veriler ışığında gözlemlerimize dayalı olarak hastanelerin 25 yataklı kliniklerin de günlük 2 veya 3 hemşirenin çalışıyor olması gibi kişi başına düşmesi gereken hemşire sayısının çok altında hemşirenin çalışıyor olması kaliteli hizmet sunumu noktasında sorunların ortaya çıkmasını gözler önüne sermektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık memuru/hemşire yöneticilerin sağlık yöneticiliği üzerine görüşlerine bakıldığında; yöneticilerin % 82,1’ i sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüğünü, sağlık yönetimi ve genel yönetim üzerine eğitimleri neden almadıkları sorulduğunda % 40,7’ si gereksinim duymadığını, yöneticilerin tamamı görevleri için yöneticilik eğitimine ihtiyaç duyduklarını, % 75’ i görevlerini profesyonel sağlık yöneticilerine devretmede gönüllü olduklarını ifade etmişlerdir (**Tablo 45**).



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR:

Çalışmamız, Kasım 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında Diyarbakır ili sağlık hizmetleri yöneticilerinin gerek niteliklerinin belirlenmesi ve gerekse de yönetim eğitim ihtiyaçlarının saptanması amacı ile hedeflenen 180 yöneticiden, 149' una anketin uygulanması ile tamamlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar sıralandığında;

- 1- Yöneticilerin %25' i kadın yönetici iken, % 73,2' si yöneticiliği öğrenilebilir bir kavram olarak görmekteydiler.
- 2- Yöneticilerin % 97,3' ü yönetim eğitimine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.
- 3- Yöneticilerin % 89,3' ü yöneticilik deneyimlerine sahip olduklarını bununla beraber % 55,7' si 2012 öncesi yöneticilik yapmışlardır.
- 4- Araştırmamız da sağlık hizmetleri yöneticilerinin yöneticilik görevinin yerine getirilmesi için sırası ile aşağıdaki hususlarda;
  - 1- İletişim,
  - 2- Sağlık Kurumları Yönetimi,
  - 3- Genel Yönetim Bilgileri,
  - 4- İnsan Kaynakları Yönetimi,
  - 5- Sağlık Hukuku,
  - 6- Modern Yönetim Teknikleri,
  - 7- Sağlık Ekonomisi üzerine eğitim almalarını “Mutlak Gerekli” olarak görmektedirler.

- 5- Yöneticiler doktora eğitilmiş olmayı göreve gelecek kişide 1. sırada olması gereken eğitim düzeyi olarak belirtirken, yüksek lisans eğitilmiş olmayı 2. sırada belirtmişlerdir. Ayrıca yöneticiler “göreve gelecek kişide hangi eğitim bilgilerini aradınız” şeklinde sorulduğunda hepsini (Genel Yönetim Bilgileri-İletişim-

Sağlık Yönetimi-Sağlık Hukuku-Modern Yönetim Teknikleri-İnsan Kaynakları Yönetimi-Sağlık Ekonomisi) 1. Önceliğe koymuşlardır.

- 6- Yöneticiler il düzeyinde “Sağlık hizmetleri yöneticiliği eğitimini hangi kurumlar verilmelidir” İlk 4 sırada “Sağlık Bakanlığı-Üniversiteler-Hastaneler-Meslek Odaları” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.
- 7- Yöneticiler ilin toplum sağlığı düzeyinin yükseltilebilmesi için; her 5 yöneticiden 4’ ü “İlin Bina ve malzeme durumu-Personel niteliği-Personel motivasyonu-Personel sayısı-Yöneticilerin niteliği” gibi konuların her zaman önemli olduğunu ifade ederken, her 5 yöneticiden 2’ si veya 3’ ü “Halkın sağlık bilgi düzeyi- Bürokratik engeller-Yönetime siyasilerin karışması-Sevk zinciri” gibi konularında her zaman önemli olduğunu beyan etmişlerdir.
- 8- Yöneticilerin görev yaptıkları yer ve göreve atanma durumlarına bakıldığında yöneticilerin yaklaşık 4’ te 3’ ü görevlerini asaleten sürdürmektedirler.
- 9- Yöneticilerimizin yaklaşık 4’ te 3’ ü 36 yaş ve üzeridir.
- 10- Yöneticilerin 5’ te 4’ ü sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Yöneticilere kendilerini hangi meslek grubunda tanımladıkları sorulduğunda çoğunluğunun kendilerini yönetici grubu yerine hala hekim-hemşire grubunda görmekteydiler.
- 11- Yöneticilerin % 14,8’ inin yöneticilik dışında görevleri olduğu.
- 12- Çalışmamızda hekim-hekim dışı yöneticileri tıp eğitimi almış hekimlerin yönetici olarak görev almalarını % 27,1 ile kaynak israfı olarak görürken, hekim dışı yöneticilerin ise % 76,7’ si hekimlerin yönetici olmalarını kaynak israfı olarak görmekteydiler ve ayrıca tüm sağlık yöneticilerinin de % 57’ si hekimleri kaynak israfı olarak görmekteydiler. Bu verilerin paralelinde ayrıca sağlık

yönetimi eğitimi almadığını ifade eden 37 hekime neden eğitim almadıkları sorulduğunda; % 35' i işlerinin yoğunluğunu gerekçe gösterirken % 27' si bu eğitime ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir.

**13-** Çalışmamız da yöneticilerin her 10' da 9' u gibi büyük bir çoğunluğu görevlerine gelmeden önce bilgi ve deneyime sahip olduklarını, bu deneyime paralel olarak ta tüm çalışma gruplarında şu an ki görevlerine gelmeden (2011 yılı öncesi) önce yöneticilik yaptıklarını, yöneticilik deneyimine sahip olduklarını ve hâlâ da yöneticilik görevlerine devam ettiklerini ifade etmişlerdir.

**14-** Yöneticilerimizin % 72,5' i var olan görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretme konusunda gönüllü olduklarını ifade etmişlerdi. Yöneticilerin % 57' si denetim alanlarını bilmemekte iken gruplara göre özel hastane yöneticilerinin tamamına yakını denetim alanlarını bilmemektedirler.

**15-** Yöneticilerin % 95,3' ü sağlık hizmetleri yöneticiliğini diğer yönetimlerden farklı görmektedirler. Bununla beraber sağlık hizmetlerinin diğer yönetim türlerinden farklı gördüğünü ifade eden yöneticilerin farklılığı doğurduğunu ifade eden nedenlerini sıralar iken; sağlık hizmetleri yönetiminin diğer yönetimlerden ayıran en temel özelliklerden olan “Konusunun İnsan Sağlığı Olması-Hata Kabul etmemesi-Aciliyetinin Olması-Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi” hususları belirtmeleri önemlidir.

**16-** Yöneticilerin hem genel yönetim üzerine ve hem de sağlık hizmetleri yönetimi üzerine eğitim alıp-almamalarına bakıldığında hekim dışı yöneticiler hekim yöneticilere göre iki katı oranında eğitim almışlardır (**Tablo 37-Tablo 38**).

**17-** Yöneticilerimizin % 58,4' ü sağlık hizmeti yönetimi alanında eğitim veren kurumlardan haberdar olduklarını ifade etmişlerdir.

**18-** Yöneticilerin % 42,3' ü *genel yönetim* konusunda süreli yayın okudukları (süreli yayın-makale-kitap) tespit edilmiştir. Ancak yöneticilerin okunan süreli yayınlardan kast ettikleri de kurumlarının merkezi ve taşra teşkilatlarından gelen kurum dergileri, broşürleri idi, yani akademik tarzda bir süreli yayın takibi yok idi. Bununla beraber yöneticilerin ancak % 30,9' u (46 kişi) *sağlık yönetimi* konusunda süreli yayın okuduklarını ifade etmişlerdir.

**19-** Yöneticilerin kurumlarına göre yönetim eğitimi nasıl olmalı şeklindeki karşılaştırılmasında halk sağlığı il müdürlüğü yöneticilerinin % 84,2' si bu eğitimin görev öncesi özel eğitim ile yapılabileceğini, özel hastane yöneticilerinin ise % 42,9' u ise bu eğitimin iş başında deneme-yanılma yöntemiyle verilebileceğini ifade etmişlerdir.

**20-** Yöneticilerin % 20,1' i yüksek lisans (sağlık yönetimi-genel yönetim), % 11,4' ü doktora eğitimine sahiptir. Doktora eğitimine sahip yöneticilerin tamamı hekimler olup doktora eğimleri hekimliklerine yönelik uzmanlık doktora eğitimleridir.. Bununla beraber yöneticilerin mezun oldukları okul yıllarına göre lisansüstü eğitim alıp almadıklarına bakıldığında yöneticilerden bu eğitimi alanların % 86,7' si 2011 yılı öncesi mezun olan yöneticiler olduğu tespit edilmiştir. 2011 sonrası mezun olan yöneticilerin ancak % 13,3' ü yüksek lisans eğitimlerine sahip iken doktora eğitimleri yoktur.

**21-** Sağlık memuru/hemşire yöneticilerin sağlık yöneticiliği üzerine görüşlerine bakıldığında; yöneticilerin % 82,1' i sağlık hizmetleri yöneticiliğini profesyonel bir meslek olarak gördüğünü, sağlık yönetimi ve genel yönetim üzerine eğitimleri neden almadıkları sorulduğunda ise % 40,7' si gereksinim duymadığını, yöneticilerin tamamı görevleri için yöneticilik eğitime ihtiyaç duyduklarını, % 75' i görevlerini profesyonel sağlık yöneticilerine devretmede gönüllü olduklarını ifade etmişlerdir.

## ÖNERİLER:

- 1- Sağlık bakanlığı tarafından kadın yöneticilerin daha fazla istihdamı noktasında pozitif ayrımcılığa gidilmelidir.
- 2- SDP için en fazla dikkatleri çeken konulardan biride, sektörde profesyonel sağlık yöneticisi eksikliğidir. Dolayısı ile sağlık yönetimi ve genel yönetim alanlarından Lisans/Lisansüstü/Doktora eğitilmiş yönetici adaylarına sağlık hizmetleri yönetimi kademelerinde yer verilmeye başlanması kurumların dönüşümü, başarısı ve dolayısı ile SDP' nin istenen düzeylere erişmesi için büyük önem arz etmektedir.
- 3- 4 yıl lisans devamında 2 yıl yüksek lisans ve bununda devamında 4 yıl doktora eğitilmiş sağlık yönetimi eğitilmiş bir yönetici ile sadece hemşirelik veya tıp eğitilmiş yöneticiler (!) arasında yönetim mesleği açısından tartışmasız önemli farklılıklar vardır (76). Tamda bu sebeple gelişmiş ülkelerde profesyonel sağlık yönetimi mesleği ileri bakış açısı ile hastane yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimi, çevre sağlığı yönetimi, sağlık planlaması, sağlık finansmanı vb. branşlara ayrılmış olup, ülkemizin sağlık düzeyinin bir an önce gelişmiş ülkelerdeki düzeye yaklaşabilmesi için, 50 yılı aşkın süredir ülkemizde yerleşik durumda bulunan sağlık yönetimi bölümlerinden mezun olan bireylerin kaliteli, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sisteminin oluşmasında görev almalarını sağlayacak düzenlemelerin yapılması kaçınılmaz görülmelidir.
- 4- 2011 yılı 663 sayılı KHK' sine göre yeniden yapılandırılmış olmasına rağmen sağlık sektöründe kurum ve kuruluşların başındaki yöneticiler genellikle hekim ve hemşirelerdir. Tıp ve hemşirelik eğitimi müfredatında yönetim-işletme-hukuk gibi konular yoktur. Bu nedenle hekimlerin ve hemşirelerin yönettiği sağlık kuruluşlarında genellikle yönetsel sorunlar yaşanabilmekte, hastane kaynakları israf edilmekte, özellikle çalışanların tatmini sağlanamamakta, büyük bir kargaşa ve verimsizlik yaşanmaktadır. Dolayısı ile hekimlerin ve hemşirelerin eğitilme amaçları olan mesleklerine geri dönmeleri elzem olup yönetici hekimlerin 2. ve 3. basamaklarda hekimlik mesleklerine dönüşünün sağlanması sağlık hizmetlerinin sunumunda rahatlamayı beraberinde getirecektir.

- 5- Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği içinde çalışması sağlık yöneticiliği mesleğini iyileştirme yönünde etkili olacaktır. SDP' nin bileşenlerinden olan "Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları" başlığında ifade edilen "Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır" (90). İfadelerine koşut olarak ülkemizde son 10 yıldır hızla mezunlar veren sağlık yönetimi adaylarının sağlık sektöründe istihdamları ile sisteme entegre edilmesi programın başarısı için göz önünde tutulmalıdır.
- 6- 2011 sonrası 663 sayılı KHK' ye göre sağlık kurumların yapılandırılması ve ayrıca SDP' nin 2003' te belirlenen ilkesinde ki yöneticilerin ve çalışanların "Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü" 'ne rağmen yeterliliğin çok altında bir profesyonel yöneticinin görevlendirildiği tespit edilmiştir. Ayrıca yöneticilerin "Yönetim Eğitimi Nasıl Olmalı" sorusuna verdikleri "Görev Öncesi Özel Eğitim" ile olmalı diyenlerin (% 58,4) bu eğitim nasıl olmalıdır diye sıralandıklarında; İlk sırada Genel Yönetim veya Sağlık Yönetimine Yönelik Lisans/Lisansüstü Eğitimi Olmalı şeklinde cevaplamaları sağlık yöneticiliği için yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin elzem olduğunu kanıtlar niteliktedir.
- 7- Sağlık yönetimi eğitiminin yaşam boyu sürdürülmesi için üniversitelerin sağlık bakanlığı ile yapacakları bir protokol ile akademik olarak yapılan yönetsel çalışmaların (yayın ve makalelerin) paylaşımı ve mevcut yöneticilerin erişimi için (internet portalları-akademik dergiler vb.) çalışmalar yürütülmelidir.
- 8- Sağlık yöneticiliğinin tanınabilmesi için kurum ve kuruluşlarla (Sağlık bakanlığı-üniversiteler-meslek odaları) işbirliğine gidilerek kongre, konferans, sempozyum tarzı toplantılar düzenlenerek kurumlar arası bilgi alışverişi sağlanabilir.

- 9-** İlin sağlık kuruluşları ile üniversiteler arasında yapılacak protokollerle mevcut sağlık yöneticilerine, multidisipliner bakış aadı ile “sağlık yöneticiliği eğitimleri” verilebilir. Buda bize yöneticilerin taşra teşkilatından bu tip eğitimler için “haberdar değildik” ve “eğitimlerin yapıldığı yerlere ulaşamamaktayız” şikayetlerini bitireceği kanısındayız.
- 10-** Yönetime aday olarak gösterilen personel öncelikle bu göreve getirilmeden önce mutlak surette bir yönetim eğitiminden geçirilmeli ve sonrada görev başında iken hizmet içi eğitimler tarzında kısa sürelerle kurs ve seminerlerden geçirilmelidir.
- 11-** Eğer hekim ve hemşirelik yöneticilerinin Amerika ve birçok Avrupa ülkelerindekinin tersine yöneticilik kademelerine getirilmesine devam edilecekse; tıp ve hemşirelik müfredat programlarına güçlü ve yoğun bir şekilde şu an var olan sağlık yöneticiliği ders müfredatlarından eklemelerin yapılması gerekir (ya da lisans eğitimlerinin akabinde genel ve sağlık yönetimi üzerine yüksek lisans eğitimleri sağlanmalıdır). Bu eğitim başlıkları da yine yöneticilerin “yönetim kademelerinde olmak için bir yöneticinin hangi konularda eğitim alması gerekir” sorusuna verdikleri cevaplar olan; genel yönetim bilgileri, iletişim, sağlık hukuku ve etiği, modern yönetim teknikleri, sağlık kurumları yönetimi, insan kaynakları yönetimi, sağlık ekonomisi müfredat dersleri iken ayrıca sağlık politikası ve planlaması, genel muhasebe-iktisat-işletme dersleri, örgütsel davranış, medeni hukuk, yönetim bilimleri, sağlık kurumlarında finansal yönetim, hastane mimarisi, kamu yönetimi, sağlık kurumlarında halkla ilişkiler ve iletişim, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, iş ve sosyal güvenlik hukuku, insan kaynakları yönetimi, sağlık sigortacılığı, sağlık kurumlarında afet ve kriz yönetimi, sağlık iletmelerinde diyetetik, kamu maliyesi, sağlık kurumlarında pazarlama, sağlık kurumlarında bilgi sistemleri ve teknoloji yönetimi, sağlık sektöründe girişimcilik, sağlık kurumlarında mali analiz ve kalite yönetimi, sağlık kurumlarında stratejik yönetim, sağlık turizmi, ilk yardım ve acil sağlık hizmetleri yönetimi vb. adlarını sayamadığımız onlarca dersin müfredatlara eklenmesi gerekir görüşündeyiz ki ülke için tasarlanan ve hala uygulanılmasına

devam edilen SDP' nin geleceği emin ellere teslim edilebilsin. Ya da mevcut sağlık yönetimi mezunlarından bu eksikliğin giderilmesi gerektiği görüşündeyiz.

**12-** Ayrıca tıp fakültesi ve hemşirelik okulları müfredat programlarında yukarıda sayılan konuların pek çoğu ders olarak bulunmadığından var olan sağlık hizmetleri yöneticilerine halk sağlığı ve sağlık yöneticiliği (sayılan konuların ders müfredatlarında olması) gibi alanlarda lisansüstü eğitim almaları için gerekli planlama ve uygulamaların taraflar tarafından (Sağlık Bakanlığı-Üniversiteler) sağlanması ya da bu bölümlerden mezun yönetici adayların istihdamına yönelik iyileştirilmelerin sağlanması ülke sağlık sektörünün başarılı bir düzeye gelmesine zemin hazırlayacaktır.

**13-** Unutulmaması gereken bir diğer önemli hususta sadece yönetim eğitiminin verilmiş olması var olan tüm yönetsel sorunların giderileceği anlamına gelmemelidir. Eğitimin nicelik ve niteliğinin önemi kadar yönetici motivasyonlarını etkileyen tüm faktörler (iş yeri şartları, sağlık insan gücü, ücret vb. ) iş yeri verimliliği için önemle ele alınmalıdır. SDP' nin başarısı için oluşturulan yeni yönetim yapılarının, ülkenin sağlık hizmetleri alanında başarıya ulaşabilmesi-sağlanan başarının devamı içinde gerekli olan sağlık yöneticiliğinin aktif bir biçimde sektörde kullanılabilmesi için yapılan bu çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara yön vereceği inancını taşımaktayım.

**14-** Eğer 663 sayılı KHK' ye göre tabip dışı yönetici atamalarında gerekli olanı 4 yıllık bir yükseköğretim mezunu olma şartına ve alanda 5-8 yıllık iş tecrübesine bağlı kılıyorsak bu durum sağlık hizmetlerinin profesyonelleştirilmesi ilkesine ters düşmektedir. Ülkemizde sağlık yöneticiliği alanında 53 lisans, 24 yüksek lisans-12 doktora düzeyinde eğitim programından mezun yönetici adaylarının sağlık teşkilatlarında istihdamı ülke sağlık düzeyini istenen seviyelere çıkaracağı kanısındayız. Sonuç olarak Tablo 31' i destekler nitelikte eski yöneticilerin pek çoğu yöneticilik eğitimi bağlamında herhangi bir genel/sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimlerinden geçirilmeden yönetici olarak atanmalarına devam



edilmektedir. Ki buna karşılık hâlâ bakanlığa bağlı kuruluşların taşra yapılarında tabip dışı yönetici tayinlerinde “sadece 4 yıllık yükseköğretim mezunu olmalarının” yeterli oluru ile bakılması sağlık hizmetlerinin profesyonelleştirilmesi ilkesine ters düşmektedir.

**15-** Verilen yanıtlara göre yöneticilerin sağlık ve genel yönetim eğitimlerine “gereksinim duymamış olmaları” gibi % 36,1’ lik oran ile ilk sırada gelen cevabından ötürü daha çok bu alanlardan eğitim görmüş (Sağlık yönetimi-sağlık kurumları işletmeciliği vb.) yönetici adaylarının sektörün profesyonelleştirilmesi için istihdamları noktasında gerekli adımların atılması gerektiği görüşündeyiz.

**16-** Hemşirelikte yönetim yüksek lisansı alanlarından mezunların sağlık yönetim kademelerinde olmaları ele alınabilirken özellikle ülke hemşire ihtiyacının kısa ve orta vadede karşılanması için var olan yönetici hemşire yöneticilerinin asıl mesleki görevlerine geri dönüşlerinin sağlanması ve bu yönetici kadrolarına ise sağlık yönetimi bölümü mezunlarının istihdamları SDP için istenen profesyonelleştirilmeyi karşılayabileceği düşüncesindeyiz.

## 7. KAYNAKLAR

- 1- **Çimen M., Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 3, Temmuz 2010
- 2- **Çatalca H., Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi; Kocaeli Örneği**, Doktora Tezi, İstanbul 2000
- 3- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, Haziran 2003.**
- 4- Hayran O., Bölüm II. **Sağlık ve Hastalık**, Editörler: Sur H., Palteki T, **“Hastane Yönetimi”** içinden, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi-2013
- 5- Tengilimoğlu D., Akbolat M., Işık O., **Bölüm III; Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, sınıflandırılması ve Fonksiyonları**, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi” içinden, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık-2011
- 6- Tekin A., Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri-Burdur Örneği, sayfa; 30-31, Yüksek Lisans Tezi-Isparta 2007
- 7- Öztekin Z., Üner S., Eren N., **20. Bölüm Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi**, Editörler: **Güler Ç., Akın L.**,“Halk Sağlığı Temel Bilgiler III.Cilt” içinden, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları- 2012
- 8- Tekin G., **“Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti’ in den Sağlık Bakanlığı’ na (1920-2000)”** Doktora Tezi, Ankara-2011
- 9- Cevahir E. **“Türkiye’ de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri”**, İstanbul, Kibele Yayınları-2016, sayfa; 25
- 10- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/epidemioloji.pdf>. Alıntı Tarihi: 12/05/2016

- 11- ODABAŞI Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. Yayını, Eskişehir-2001
- 12- Tengilimoğlu D., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, II. Bölüm, Siyasal Kitapevi- Ankara 2014, Sayfa:55
- 13- [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&id=240](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240). Alıntı Tarihi; 13 /05 / 2016
- 14- Hayran O., “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Editörler: Osman HAYRAN, Haydar SUR, İstanbul, Yüce Yayın-1998
- 15- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, “Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi-Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri”, Ankara -2008
- 16- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler; İlkeler ve Bakış Açıları”, Ankara-2011
- 17- <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75293/h/ytyp.pdf> Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara-2012
- 18- [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767\\_yatakli-tedavi-kurum](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/1767_yatakli-tedavi-kurum). Alıntı Tarihi; 08/06/2016
- 19- Kavuncubaşı Ş., Hastane Organizasyonu-Bölüm 5, Editörler: Sur H., Palteki T. “Hastane Yönetimi” içinden, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi-2013

**20-** Kaptanoğlu A.Y., **Sağlık Yönetimi**, İstanbul, Beşir Kitapevi-2011

**21-** Sur H., “Yönetim Etiği, Sağlık Yönetiminde Gelecek”, Sağlık Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Diyarbakır-Kasım 2012

**22- ÖzteK Z., Üner S., Eren N., Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi-20. Bölüm, Editörler: Güler Ç., Akın L., Halk Sağlığı Temel Bilgiler III.Cilt, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları-2012**

**23-ŞAHMAN İ.,TENGİLİMOĞLU D.,IŞIK O.,Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10 / 2, 1-23. 2008**

**24-** <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Hastane-Y%C3%B6netimi-ve-Organizasyonu5.pdf>. Alıntı Tarihi; 01/06/2016

**25-** Can A., İbicioğlu H.,**Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi**, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.13, S.3 s.253-275. 2008

**26-** WHO, Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy For Health For All. Denmark. 1985-WHO. The world Health Report-Bridging The Gaps. Genova-1995

- 27- Altay A., "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", Sayıştay Dergisi, Sayı: 64 , Ocak-Mart 2007
- 28- Demiral, Y., A. Ergör, S. Şemin, "Küreselleşme ve Sağlık İşkolunda Yeni Çalışma Yaşamı Sorunları", Toplum ve Hekim, 14(6)-1999
- 29- Belek İ., "Sağlıkta iç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı" Toplum ve Hekim. Cilt 12. Sayı 81, s.s. 31-32, Eylül-Ekim 1997
- 30- Aydın S., Mollahaliloğlu S., Bölüm 71; Uluslar arası sağlık Kuruluşları ve Türkiye İlişkileri, Editörler; Sur H., Palteki T., "**Hastane Yönetimi**" içinden, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi-2013
- 31- Atabey S., "Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası", Gazi Kitapevi, Ankara, Ekim-2012
- 32- Normand, C. and Thomas S. "health care financing and the health system" Helath Systems Policy, Finasnce and Organization içinde Ed: Carrın G., Gennova-2009
- 33- Oral İ., "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", Sosyal Bilimler Dergisi, 2002-2003
- 34- Sargutan, A. E. 84 ÜLKE VE TÜRKİYE'NİN KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ – Kavram Metot Ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem Ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Özellikleri, 84 Ülkenin Sağlık Sektörleri Sağlık Sistemleri Ve Mali Yapıları, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Sistemi Ve Mali Yapıları-2010 [www.sargutan.com](http://www.sargutan.com) (araştırma, 3,350 sayfa kitap) Alıntı Tarihi; 05/05/2016

- 35-** T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri. (<http://www.saglik.gov.tr>. Alıntı Tarihi; 21/05/2016)
- 36-** Hayran O., Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü, (<http://www.merih.net/m1/wosmhay14.htm> Alıntı Tarihi; 11/05/2016)
- 37-** AYTEKİN H., “Türkiye’ de birinci basamak sağlık örgütlenmesi”, Ed: Pala K., “Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı” içinden Ankara, Palme Yayıncılık-2015
- 38-** TENGİLİMOĞLU D. AKBOLAT M. IŞIK O., **Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Bölüm 6; Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri: Gelişimi ve Örgütlenmesi**, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık-2011
- 39-** **Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu**, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara-2007
- 40-** **Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu-Ana Rapor**, Dünya Bankası Dokümanı Rapor No:24358-TU, Mart-2003
- 41-** LAMBA ve ARK., **Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme**, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 47, Sayı 1, , s. 53-78, Mart-2014

- 42- <http://www.saglik.gov.tr> **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2011)**. Sağlık Bakanlığı Yayını. Aralık-2012. Alıntı Tarihi: 17/05/2016
- 43- <http://www.saglik.gov.tr>. **İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ağustos-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara, Alıntı Tarihi: 17/05/2016
- 44- Şerefoğlu Ö.,”Kahramanmaraşın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye İle Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş-Eylül 2007
- 45- Hülür Ü.,”Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları”, Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Mayıs-2008
- 46- Yıldırım H.H., Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu., Sağlık-Sen Yayınları-21, Kasım-2013
- 47- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>. Alıntı Tarihi: 05/06/2016
- 48- Yıldırım HH and Yıldırım T.,”Health Care Financing Reform in Turkey: Context and Salient Features”, , 21 (2): 178-193, **Journal of European Social Policy-2011**

- 49- Hayran O., Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü, <http://www.merih.net/m1/wosmhay14.htm> Alıntı Tarihi: 20/05/2016
- 50- Tengilimoğlu D. Akbolat M. Işık O., **Bölüm 7; Hastanelerin Tanımı, Özellikleri, İşlevleri ve Sınıflandırılması, "Sağlık İşletmeleri Yönetimi"** içinden, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık-2011
- 51- Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S., **Kısım II. Yönetim, "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi" içinden**, Siyasal Kitapevi, Gözden Geçirilmiş 4. Baskı, Eylül-2015
- 52- Balcı ve Ark. "Kayseri ili' n de Görev Yapan Sağlık Yöneticilerinin Genel Özellikleri ve Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar", Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 20(3) 174-183, 2011
- 53- Tengilimoğlu D. Akbolat M. Işık O., **Bölüm 20; Dünya' da ve Türkiye' de Sağlık Yönetimi Eğitimi, "Sağlık İşletmeleri Yönetimi"** içinden, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık-2011
- 54- Bulut D., İşman Ç., "Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 2004
- 55- Sarvan F., "Hastane Yönetim Eğitimi", **Toplum ve Hekim**, TTB Yayın Organı, Cilt 10, Sayı 69-70, Aralık-1995



- 56-** Karagöz S., “Türkiye’ de Sağlık Yöneticisi Yetiştiren Bölümlerin Etkililiği”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiri Kitapçığı, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara-2005
- 57-** TTB, **Kamu Sağlık Kurumlarında İşletme Sorunları Çalışma Grubu Raporu**, TTB Merkez Konseyi, Ankara-1993
- 58-** Ersoy K., Kavuncubaşı Ş., “Hastane Yönetimi Nereden Başlamalı”, Toplum ve Hekim, TTB yayın organı, Cilt 10, Sayı 69-70, Ankara-1995
- 59-** Ak B., Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaası, Ankara-1990
- 60-** Sarvan F., Seçim H., Hastane İşletmeciliği, “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir-1995
- 61-** AK B., **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, İstanbul-1990
- 62-** Çamcı M., “Sağlık Yönetimi”, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD, Yüksek lisans Tezi, Mersin-2007
- 63-** Türkiye’ de Sağlık-Eğitim ve Sağlık İnsan-gücü Durum Raporu”, Editör; Solak M., YÖK Yayın No: 2014/1, Eskişehir-2014

- 64- Şimşek Ş., Öge S., **Bölüm 8; Eğitim ve Geliştirme, “İnsan Kaynakları Yönetimi”** içinden Eğitim Yayınevi, 7. Baskı, Konya-2015
- 65- Topçu İ., Şen H., Özcan D.A., Sağlık Çalışanlarının Eğitimi ve Yetiştirilmesi- Bölüm 14, Ed; Sur H., Palteki T., **“Hastane Yönetimi”** içinden, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi-2013
- 66- Çınaroğlu S., **“Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı”**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, Ankara-2012
- 67- Örucü E., **Modern İşletmecilik**, Gazi Kitapevi, 3. Baskı, Ankara-2003
- 68- Bingöl D., **“İnsan Kaynakları Yönetimi” s.196-237**, Beta-Basım A.Ş. İstanbul-2003
- 69- <http://sem.kocaeli.edu.tr/wp-content/uploads/2014/02/1-MeslekiE%C4%9Fitim.ppt>. Alıntı Tarihi; 21/06/2016
- 70- Şimşek Ş., Öge S., **“İnsan Kaynakları Yönetimi” Bölüm 8 “Eğitim ve Geliştirme”**, Eğitim Yayınevi, 4. Baskı, Konya-2015
- 71- Bingöl D., **Personel Yönetimi-s.39**, Beta-Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul-1996

- 72- <http://www.ekutuphane.sagem.gov.tr>. Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı-  
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara-1993, Alıntı Tarihi; 01/06/2016
- 73- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15510/il-ve-ilce-saglik-mudurlugu.html>  
Alıntı Tarihi; 01/06/2016
- 74- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi-.html> Alıntı Tarihi; 01/06/2016
- 75- Kahyaoğlu F., Yanık A., Tengilimoğlu D., **Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma**, Electronic Journal of Vocational Colleges-May/Mayıs-2013
- 76- <http://www.sdplatform.com/Dergi/157/Idari-gorevi-bulunan-hekimlerin-saglik-yonetimine-bakis-acilari.aspx> Alıntı Tarihi; 22/06/2016
- 77- Negiz N., Yemen A., Kamu Örgütlerinde Kadın Yöneticiler: Yönetici ve Çalışan Açısından Yönetimde Kadın Sorunsalı, SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:24, Aralık-2011
- 78- Örucü E., Kılıç R., Kılıç T., **Cam Tavan Sendromu ve Kadınların Üst Düzey Yönetici Pozisyonuna Yükselmelerindeki Engeller: Balıkesir İli Örneği**, Yönetim ve Ekonomi, Cilt:14 Sayı:2 Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. MANİSA-2007

- 79-** Arıcı A.E.D., Yönetici Yaşının Liderlik Davranışları Üzerindeki Etkileri: Bankacılık Sektöründen Bir Grup Yönetici Üzerine Bir Araştırma, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (3) 2002, 1-20
- 80-** Çelik C., Yurdakul M., Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 18, Sayı 1, 2009, s.95–108.
- 81-** Baltaş A., Sağlık Hizmetlerinde Yöneticilik ve Liderlik-Bölüm 6, Ed; Sur H., Palteki T., “**Hastane Yönetimi**” içinden, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi-2013
- 82-** Akdur R.: **Sağlıkta Nereye “Sağlıkta Dönüşüm”** 7.Ulusal sosyal Hizmet Kongresi 15-17, Ankara-2011
- 83-** Tabak ve Ark.’nın Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma, Ankara Örneği, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası-2002, Cilt 55, Sayı 4, 271-282
- 84-** Akdaş A., ve ark., <http://www.sdplatform.com/Dergi/157/Idari-gorevi-bulunan-hekimlerin-saglik-yonetimine-bakis-acilari.aspx> Alıntı Tarihi; 18/06/2016
- 85-** <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>  
Alıntı Tarihi; 18/06/2016
- 86-** <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf>  
Alıntı Tarihi; 18/06/2016
- 87-** Demir H. Ve Ark., Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi - Cilt:13 Sayı:3 (Eylül 2015) - Doi: <http://dx.doi.org/10.11611/JMER660> Yönetici Adayı

Hekimleri Hangi Güdü Motive Eder? Başarma ve Gç İhtiyaçları İle Mesleki Performans İlişkisi zerine Bir Araştırma Alıntı Tarihi; 19/06/2016

**88-** <https://www.xing.com/communities/posts/toplam-kalite-yonetiminde-yoeticinin-rolue-1003533623>, Alıntı Tarihi; 19.06.2016

**89-** <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf>, OECD lkelerinde Hemşire Sayısı, 2000-2013, Alıntı Tarihi; 20/06/2016

**90-** <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> Alıntı Tarihi; 22/06/2016

## 8. EKLER

## Ek 1: Etik Kurul Onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
385					
<b>KARAR</b>					
Prof. Dr. Ali CEYLAN, Öğr. Gör. Mehmet Emin KURT araştırmacılar tarafından planlanan "Sağlık hizmetleri yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi; Diyarbakır örneği" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
<b>DECISION</b>					
The project titled as "Specify deficiencies of the management education of health services managers; Diyarbakir version" planned Ali CEYLAN, Mehmet Emin KURT has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
<b>Oturum No ( Meeting number) :</b>		Tarih (Date): 23.10.2015		Saat (Hour): 13:00-15:00	
<b>KURUL BAŞKANI (CHIEF)</b>		Prof. Dr. Aydın ECE			
<b>KURUL ÜYELERİ / MEMBERS</b>					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hst.	
2	Yrd. Doç. Dr.	Ibrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	A. Çetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hast.	
6	Doç. Dr.	Abdullah BÖYÜK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	Ismail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahhanım KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

## Ek 2: Diyarbakır İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Çalışma İzin Yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Diyarbakır İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

DIYARBAKIR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - DIYARBAKIR İLİ KHBGS ARGE BİRİMİ  
12/10/2015 16:30 - 29743098 / 799 - 4479



Sayı : 29743098/799  
Konu : M.Emin KURT

DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Not: İlgili: 28/09/2015 tarihli ve 51035907/11471 sayılı yazısında;

Mehmet Emin KURT'un tez konusuna binaen tasarlanmış olduğu "SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) sonrası Diyarbakır'da çalışan sağlık yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi" konulu anketini Genel Sekreterliğimize bağlı hastanelerimizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Eşref ARAÇ  
İdari Hizmetler Başkanı

Eğitim ar-ge birimi  
Huseyin.Sulhan@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 47373978-e7d5-494c-a9a3-7687ad5f80a7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### Ek 3: Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Çalışma İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
DİYARBAKIR VALİLİğİ  
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

DİYARBAKIR HALK SAğLIğI M¼D¼RL¼ę¼ - AİLE  
HEKİMLİğİ UYGULAMA BİRİMİ  
12/11/2015 09:09 - 73148353 - 663.08 - E 444



00015141195

Sayı : 73148353/663.08  
Konu : Mehmet Emin KURT

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRL¼ę¼**  
(Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼rl¼ę¼)

**DİYARBAKIR**

İlgi : a) 01.10.2015 tarih ve 7358 sayılı yazımız;  
b) 15.10.2015 tarih ve 395 sayılı yazımız;  
c) 11.11.2015 tarih ve 8458 sayılı yazımız;

İlgi (a) tarih ve sayılı yazımızda belirtilen anket çalışmasının yapılabilmesi için ilgi (b) tarih ve sayılı yazımız ile etik kurul kararı alınması gerektiği belirtilmişti. İlgi (b) tarih ve sayılı yazımıza istinaden ilgi (c) tarih ve sayılı yazı ile etik kurul kararı tarafımıza bildirilmiştir. İlgi (c) tarih ve sayılı yazımız eki M¼d¼rl¼ę¼m¼zce incelenmiş olup, Mehmet Emin KURT'un anket çalışması yapması tarafımızca uygun g¼r¼lm¼řt¼r. Konu ile ilgili bahse konu kişiye bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Fatih Mehmet ASLAN  
Halk Sağlığı M¼d¼r¼

Elazığ Yolu Üzeri Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Aile Hekimliği Uygulama şube M¼d¼rl¼ę¼ DİYARBAKIR  
S.şİMşEK Tel:0412 262 47 50  
0412 262 47 50

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d1658671-7c2b-453b-9996-7400cf58cf83 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna g¼re güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



**Ek 4: İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzin Yazısı**

T.C.  
DİYARBAKIR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
DİYARBAKIR ARAŞTIRMA VE SAĞLIĞIN  
GELİŞTİRİLMESİ ŞİBESİ

14.10.2013 14:08 - 71672736 - 663.08 - 177



00014260803

Sayı : 71672736/663.08  
Konu : M. Emin KURT

Sn: M. Emin KURT

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

DİYARBAKIR

"Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yeniden Yapılandırılmaya Gidilen 3 Kurum Sağlık Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi ile Etkin Sağlık Yönetiminin Gerçekleştirilmesi" hakkındaki anket çalışmasının müdürlüğümüz ve bağlı birimlerinde görev yapan sağlık yöneticilerinin isteklerine bağlı olmak kaydıyla yapılması uygun görülmektedir.

Bilginize rica ederim.

Dr. Mehmet Sait AVAR  
İl Sağlık Müdürü

Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır.

...15./10./2015

İmza

Adı Soyadı :

Mehmet TURAN

ŞİBESİ

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7f5859b1-5681-468d-b7ce-ee22a3de11f3 kodu ile erişebilirsiniz.

**Ek 5: Tez Anketi****Anket No:****DIYARBAKIR' DA ÇALIŞAN SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİCİLERİNİN  
YÖNETİM EĞİTİMİ İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ ANKETİ****TANITIM BİLGİLERİ**

## 1. Göreviniz

İl Sağlık Md. Yrd	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Halk Sağlığı İl Md. Yrd.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
İlçe Sağlık Md.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Sağlık Grup Başkanı	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Şube Md.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Mali Hizmetler Başkan	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
İdari Hizmetler Başkan	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Tıbbi Hizmetler Başkan	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Hastane Yöneticisi	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Başhekim	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Başhekim Yrd	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Hastane Md.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Hastane Md. Yrd.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
İdari ve Mali Hizmetler Md.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
İdari ve Mali Hizmetler Md. Yrd.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Sağlık Bakım Hizmetleri	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Sağlık Bakım Hizmetleri Md. Yrd.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Md.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Md.Yrd.	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Şef	( ) Asaleten	( ) Vekaleten
Diğer (Belirtiniz.....)	( ) Asaleten	( ) Vekaleten

2. Yöneticilik göreviniz dışında başka görevleriniz var mı? (Belirtiniz)

.....  
 .....

3. Medeni Durumunuz : ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul

4. Yaşınız :

5. Cinsiyetiniz : ( ) Kadın ( ) Erkek

6. Mesleğiniz : ( ) Pratisyen Hekim ( ) Diş Hekimi ( ) Eczacı ( ) Sağlık  
 Memur ( ) Hemşire ( ) İşletmeci ( ) Yönetici ( ) Uzman Hekim  
 (Dalı:.....) ( ) Diğer (Belirtiniz).....

7. Mezun olduğunuz okul ve yılı:

...../.....

8. Lisansüstü eğitiminiz var ise:

Okul/Yıl/Alanı:

( ) Y.Lisans

( ) Doktora

( ) Yrd. Doç.

( ) Doçent

9. Vekil iseniz asıl kadronuzun bulunduğu kurum:

( ) Kamu Hastaneler Birliği İl Genel Sekreterliği ( ) Devlet Hastanesi

( ) İl Sağlık Müdürlüğü ( ) Halk Sağlığı İl Müdürlüğü

( ) Üniversite Hastanesi ( ) Verem Savaş Dispanseri

( ) Eğitim Araştırma Hastanesi ( ) ASM

( ) TSM ( ) Diğer(Belirtiniz).....

### **YÖNETİCİLİK DENEYİMİ VE İŞ KOSULLARI İLE İLGİLİ BİLGİLER**

10. Kaç yıllık memursunuz?

.....

11. Kaç yıl yöneticilik yaptınız?

.....

12. Şu andaki göreviniz de toplam ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

.....

13. Şu an çalışmakta olduğunuz işi saymazsanız, bugüne değin kaç ayrı kurumda yönetici ya da çalışan olarak çalıştınız?

İLİ KURUMU GÖREVİ  
SÜRE (Yıl/Ay)

.....  
 .....  
 .....

14. Sizce yöneticilik öğrenilebilir bir kavram mıdır?  
 Evet, çünkü.....  
 .....
- Hayır, çünkü.....  
 .....
15. Bulduğunuz göreve başladığınızda görevinizi gerçekleştirmek için yeterli bilgi ve deneyime sahip miydiniz?  
 Her Zaman  Genellikle  Bazen  Hiçbir Zaman  Fikrim Yok
16. Şu anda bulduğunuz göreviniz mesleki eğitiminize uygun mu?  
 Her Zaman  Genellikle  Bazen  Hiçbir Zaman  Mesleki eğitim gerektirmiyor
17. **Mesleki bilgi yönünden**, şu andaki görevinize ilk başladığımız gün ile bugünü karşılaştığımızda aşağıdaki görüşlerden hangisine katılırsınız?  
 İlk başladığım noktadan geride olduğumu düşünüyorum.  
 Herhangi bir ilerleme ya da gerileme olmadı  
 Başladığım güne oranla biraz ilerdeyim.  
 Başladığım noktadan çok ilerideyim.
18. **Yönetim becerileri yönünden**, şu andaki görevinize başladığımız gün ile bugünü karşılaştığımızda aşağıdaki görüşlerden hangisine katılırsınız?  
 İlk başladığım noktadan geride olduğumu düşünüyorum  Herhangi bir ilerleme ya da gerileme olmadı  
 Başladığım güne oranla biraz ilerdeyim.  Başladığım noktadan çok ilerideyim.
19. Sizce şu anda bulduğunuz görevi yerine getirmek için gereken temel beceri ve yetenekler nelerdir?  
 .....
20. Sizce “Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği” profesyonel bir meslek midir? Yoksa asıl mesleği yerine getirirken belli bir zaman diliminde asıl mesleğe ilaveten yapılan ek bir görev midir?  
 Evet, profesyonel bir meslektir  
 Hayır, asıl mesleği yerine getirirken belli bir dönem için yapılan ek görev dir
21. Şu andaki görevinizi yerine getirirken mesainizin yüzde kaçını yöneticilik faaliyetlerine harcıyorsunuz?  
 % 10  %20  %30  %40  %50  
 % 60  % 70  % 80  %90  %100
22. Şu andaki görevinizde size doğrudan bağlı kaç eleman çalışmaktadır?  
 .....
23. İstatistik tekniklerini en fazla hangi yönetim fonksiyonlarını icra ederken kullanıyorsunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)  
 Planlama  Organizasyon  Koordinasyon  Yönelme  Denetim

24. Görevinizi yerine getirirken hangi bilimsel karar verme yöntemlerini kullanıyorsunuz?  
 Amaç veya Sorunları Belirleme  Amaç veya Sorunları İrdeleme, Analiz etme  
 Alternatifleri Belirleme  Alternatifleri İrdeleme, Analiz etme  
 Seçim Kriterini Belirleme ve Seçim Yapma
25. Genel olarak şu andaki görevinizden ne ölçüde memnunsunuz?  
 Çok memnunum  Memnunum  Biraz memnunum  Memnun değilim  Hiç memnun değilim.
26. Tüm hayatınızda işiniz ne derecede bir öneme sahiptir? (Eğer işiniz hayatınızın en önemli parçası ise "1" seçeneğini, en önemsiz ise "7" seçeneğini işaretleyiniz. İkisinin ortasında hissedişler için ise hangi uca daha yakın olduğunuzu düşünerek bir seçim yapınız.)  
 1  2  3  4  5  6  7
27. Bilgisayar kullanıyor musunuz?  
 Her Zaman  Genellikle  Bazen  Hiçbir Zaman
28. "İnternet" in görevinizde ne gibi faydaları olabileceğini düşünüyorsunuz? (Önemine binaen 1' den 4' e sıralayın.)  
 Sağlık alanında gelişme ve yeniliklere kolayca ulaşabilme  Diğer sağlık kuruluşları ile bilgi alışverişi  
 İstatistiki bilgi ve veri toplam  Literatür tarama
29. Sizce "Sağlık Hizmetleri Yönetimi" nin diğer yönetimlerden farklılığı var mı?  
 Evet, var.  Hayır, yok.
30. Yanıtınız "EVET" ise, bu farklılıklar nelerdir? (Sizin İçin Önem Arz Eden İlk Üçü İşaretleyin.)  
 Konusu İnsan Sağlığı  Sektörün Özelliği Nedeniyle Pek Çok Konu İçermesi  Aciliyetinin Olması  Hata Kabul Etmemesi  Sağlık Hizmeti Talebinin Dengesizliği  Kar Amacı Gütmemesi

### **YÖNETİM EĞİTİMİ**

31. Sizce şu anda bulunduğunuz görevin gerekliliklerini yerine getirebilmek için yönetim eğitimine ihtiyaç var mı?  
 Evet  Hayır
32. Bugüne değin "**genel yönetim**" üzerine hiç eğitim aldınız mı? (Kurum içi hizmet içi eğitim dahil)  
 Hayır  Evet Lisans  Evet Yüksek Lisans  Evet Doktora
33. Bugüne değin "**sağlık hizmetleri yönetimi**" üzerine hiç eğitim aldınız mı? (Kurum içi hizmet içi eğitim dahil)  
 Hayır  Evet Lisans  Evet Yüksek Lisans  Evet Doktora
34. (32. Ve 33. Soruya Cevaplarınız) HAYIR ise; Neden?  
 Haberdar değildim  Gereksinim duymadım  İşimin yoğunluğu sebebiyle zaman bulamadım  
 Mali olanaksızlıklar nedeniyle katılmam mümkün olmadı  Diğer (açıklayınız)

35. Şu anda yapmakta olduğunuz yöneticilik görevinde yöneticilik eğitiminin “deneme-yanılma, işbaşında öğrenim” yoluyla mı gerçekleştirilmeli, yoksa görevi almadan önce konuya özel eğitimlerden mi geçmeli? Nasıl olmalı?

- ( ) İşbaşında deneme-yanılma yöntemiyle ( ) Formel (Lisans/lisansüstü) eğitim olmalı  
( ) Görev öncesi özel eğitimle ( ) Diğer.....

36. Önceki Soruyu “Görev öncesi özel eğitim” olarak işaretlediyseniz; sizce bu eğitim nasıl bir eğitim olmalı, tanımlar mısınız?

.....  
.....  
.....

37. Sağlık hizmetleri yönetimi alanında bildiğiniz eğitim kurumları var mı?

- ( ) Hayır, yok ( ) Evet, var

38. Yönetimle ilgili kitap, makale, süreli yayın okuyor musunuz? (Evet yanıtında uygun seçenekleri işaretleyiniz)

- ( ) Evet : ( ) Kitap  
( ) Makale  
( ) Süreli Yayın  
( ) Hayır

39. Okumakta olduğunuz “Yönetim/organizasyon veya sağlık hizmetleri yönetimi” yayınlar var mı?

- ( ) Evet, isimleri.....  
( ) Hayır

40. Size göre şu andaki görevinizi yerine getirmek için aşağıdaki eğitim konularından hangileri ne kadar gereklidir?

	Mutlaka Gerekli	Alınırsa İyi Olur	Gereksiz	Konu hakkında bilgi yok
Genel Yönetim Bilgileri				
İletişim				
Sağlık Hukuku				
Modern Yönetim Teknikleri				
Sağlık Kurumları Yönetimi				
İnsan Kaynakları Yönetimi				
Sağlık Ekonomisi				

41. Çalıştığınız kurumun yönetici geliştirme ve eğitim için sistematik yaklaşımları ve planları var mı?

- ( ) Yok ( ) Var ( ) Çok İyi ( ) İyi ( ) Kötü

42. Bu eğitimleri hangi kurumlar **PLANLAMALI**dır?

- ( ) Sağlık Bakanlığı ( ) Gönüllü Kuruluşlar  
( ) Hastaneler ( ) Üniversiteler  
( ) Meslek Odaları ( ) Yabancı Kuruluşlar (WHO, UNICEF, vs.)  
( ) YÖK ( ) Diğer (belirtiniz).....

43. Bu eğitimleri hangi kurumlar **UYGULAMALI** dır?  
 Sağlık Bakanlığı  Gönüllü Kuruluşlar  Hastaneler  Üniversiteler  
 Meslek Odaları  Yabancı Kuruluşlar (WHO, UNICEF, vs.)  YÖK  
 Diğer (belirtiniz).....
44. Sizin tercih ettiğiniz öğrenme yöntem ya da yöntemleri nelerdir? Önem sırasına göre numaralandırınız.  
 Umumi Ders (eğitmen denetiminde grup öğrenimi)  Seminer  
 Konferans  Prezantasyon  
 Formel kurslar  Periyodik yayınlar  
 Eğitici filmler ve video kasetler  Bir uzmanla beraber çalışmak  
 Görev başında eğitim (deneme-yanılma metodu)  Kongreler  
 Kitap ve makaleler  Tartışmalı toplantılar  İnternet  Diğer(belirtiniz).....
45. Şu andaki görevinizden ayrılırken yerinize gelecek kişiyi tayin etme yetkisi sizde olsaydı o kişide hangi eğitim düzeyi ve eğitim bilgilerini arardınız?

<b>Eğitim Bilgileri</b>	Önem sırasını 1-7 arası sıralayın	<b>Eğitim Düzeyi</b>	Önem Sırasını 1-4 arası sıralayınız
Genel Yönetim Bilgileri		Önlisans	
İletişim		Lisans	
Sağlık Yönetimi		Yüksek lisans	
Sağlık Hukuku		Doktora	
Modern Yönetim Teknikleri			
İnsan Kaynakları Yönetimi			
Sağlık Ekonomisi			
Hepsi			

46. Şu andaki görevinizi profesyonel sağlık yönetimi eğitimi almış birine devretmede gönüllü olur musunuz?  
 Evet  Hayır
47. Tıp eğitimi almış kişilerin yöneticilik yapmalarını **kaynak israfı** olarak değerlendiriyor musunuz?  
 Evet, çünkü: .....  
 Hayır, çünkü: .....
48. İl düzeyinde “sağlık hizmetleri yöneticiliği eğitimi” verilecek olsa hangi kurum ve kuruluşlar işbirliği yapmalıdır?  
 Sağlık Bakanlığı  Gönüllü Kuruluşlar  Hastaneler  
 Üniversiteler  Meslek Odaları  Yabancı Kuruluşlar (WHO, UNICEF, vs.)  YÖK  Diğer (belirtiniz).....

49. Sizce ilinizde toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmeniz için aşağıdaki sorunların çözümlenmesi ne derecede önemlidir? (sizce en önemli 3 nedeni yanlarına 1, 2, 3 şeklinde belirtiniz)

	Her Zaman Önemli	Genellikle Önemli	Bazen Önemli	Önemsiz	Fikrim Yok
Bina ve malzeme durumu					
Personelin motivasyonu					
Personel sayısı					
Personel niteliği					
Personelin coğrafi dağılımı					
Bürokratik engeller					
Yöneticilerin niteliği					
Sevk zincirinin işlerliği					
Halkın sağlık bilgi düzeyi					
Yönetime siyasilere karışması					
Diğer (varsa belirtiniz)					

#### ANKETE KATILDIğINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Öğr. Gör. Mehmet Emin KURT

D.Ü.İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü

D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı A.B. D./Doktora Öğrencisi



**ÖZGEÇMİŞİM**

**Adı-Soyadı:** Mehmet Emin KURT

**Doğum Tarihi:** 21.07.1981

**Doğum Yeri:** Merkez/Diyarbakır

**Medeni Hali:** Evli-3 Çocuk

**Eğitimi:**

**Lisans:** 2000-2004 D.Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü

**Yüksek Lisans:** 2005-2007 D.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D.

**Doktora:** 2013-..... D.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D.

**Çalıştığı Kurumlar:**

2004-2007 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi “Uyku Bozuklukları Merkezi” n de  
Uyku Teknisyenliği

2007-2008 Diyarbakır Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Sağlık Memurluğu

2008-2010 Diyarbakır Devlet Hastanesi “Acil Cerrahi-Genel Cerrahi-Üroloji”  
Bölmelerinde Sağlık Memurluğu

2010-2012 Diyarbakır Devlet Hastanesi” Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde” Sağlık  
Memurluğu

2012- Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi  
Bölmünde Öğretim Görevlisi

## ORJİNALLİK RAPORU



### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: **Emin Kurt**  
 Ödev başlığı: **halk sağlığı**  
 Gönderi Başlığı: **yönetici**  
 Dosya adı: **y\_netici.txt**  
 Dosya boyutu: **374.89K**

GÖNDERİLDİĞİ ZAMAN	27-EKI-2016 10:31AM	KELİME SAYISI	41537
GÖNDERİM NUMARASI	727527200	KARAKTER SAYISI	280081

### ORJİNALLİK RAPORU

