



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE HEKİM
YÖNETİCİLERİN YÖNETSEL BECERİ VE ROLLERİNİN
İNCELENMESİ**

Mehtap ÇAKMAK BARSBAY

Doktora Tezi

Ankara, 2016

SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE HEKİM YÖNETİCİLERİN
YÖNETSEL BECERİ VE ROLLERİNİN İNCELENMESİ

Mehtap ÇAKMAK BARSBAY

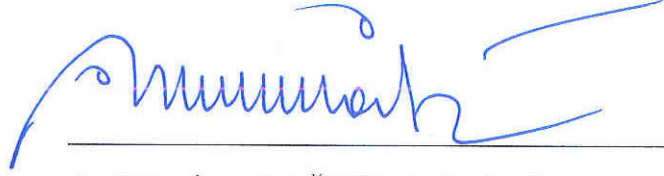
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2016

KABUL VE ONAY

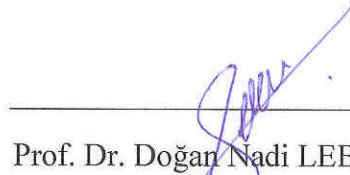
Mehtap ÇAKMAK BARSBAY tarafından hazırlanan “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Hekim Yöneticilerin Yönetmelik Beceri ve Rollerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 19/01/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ (Başkan)



Prof. Dr. M. Kemal ÖKTEM (Danışman)



Prof. Dr. Doğan Nadi LEBLEBİCİ



Prof. Dr. Mustafa KILIÇ



Doç. Dr. Yasemin AKBULUT

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ülkü ÇELİK ŞAVK

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

19.01.2016


Mehtap ÇAKMAK BARSBAY

TEŞEKKÜR

Doktora tezimin hazırlanmasında ilham kaynağım, danışman hocam sayın Prof. Dr. M. Kemal ÖKTEM olmuştur. Yüksek Lisans ve uzun soluklu bir süreç olan doktora programı boyunca, kamu sağlık sektörüne yönelik ilgisi ve heyecanıyla bu alanda çalışmama yönelik her daim motive olmamı sağlayarak beni desteklemiştir. Çalışmanın tüm evrelerinde rotamı bulmama yardımcı olan hocam sayın Doç. Dr. Yasemin AKBULUT'a, çalışmama eleştiri ve yönlendirmeleriyle katkı sağlayan hocam sayın Prof. Dr. Mustafa KILIÇ'a gönülden şükranlarımı sunuyorum.

Bu araştırmayı yapabilmem için gerekli bilişsel olgunluğa erişmemde emeği ve katkısı yadsınamaz olan, kendilerinden ders aldığım Hacettepe Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümünün tüm hocalarına ve Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünün tüm hocalarına en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayriyeten bana istatistiği öğreten ve sevdiren hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet Devrim AYDIN'a çok teşekkür ediyorum.

Her konuştuğumda araştırmaya yönelik ilgi ve isteğimi artıran arkadaşım Hüseyin ABUHANOĞLU'na, çok değerli katkıları için Salih HEKİM'e, Dr. İsmail Ercan BAL'a, Prof. Dr. Yavuz SANİSOĞLU'na, Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ'a, ve ayrıca anket geri dönüşlerindeki katkıları için Sayın hocam Prof. Dr. Yusuf ÇELİK ve Enstitü Sekreteri Özkan AY başta olmak üzere Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün tüm çalışanlarına, anketi cevapladıkları için genel sekreter ve hastane yöneticilerine, kaynakçada ismi yer alan herkese çok teşekkür ediyorum.

Ayrıca destekleri için TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı'na (BİDEB) teşekkür ederim.

ÖZET

ÇAKMAK BARSBAY, Mehtap. *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Hekim Yöneticilerin Yönelimsel Beceri Ve Rollerinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2016.

Bu çalışmanın amacı, hastane yöneticilerinin yönelimsel yetkinlik algılamalarını, yönelimsel yetkinliklerin önem derecelerini ve yönelimsel rollerin yerine getirilme sıklıklarını ortaya koymak ve hastane yöneticilerinin kendilerini değerlendirmelerinde kullanabilecekleri bir yönelimsel yetkinlik ölçme aracı oluşturmaktır. Hastane yöneticilerine yönelik hazırlanan ankette yer alan yönelimsel yetkinlikler, Rubin Pillay tarafından; yönelimsel roller, Henry Mintzberg tarafından geliştirilmiştir. Hiçten, oldukça iyi düzeye değişen şekilde 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. 6 yetkinlik boyutundan oluşan yetkinlik ölçme aracı oluşturulmuştur. Hastane yöneticilerinin kendilerini en yetkin gördükleri yönelimsel becerilerin özyönetim becerileri, en az yetkin gördükleri becerilerin ise bilişim becerileri olduğu; en önemli gördükleri becerilerin insan ilişkileri ve etik konular, en az önemli gördükleri becerilerin ise örgüt geliştirmeye ilişkin konular ile ilgili olduğu bulunmuştur. Araştırma, hastane yöneticilerinin %53,9'unun yönetim eğitimi almamış olduğunu ve yöneticilerin yönelimsel yetkinlik açıklarını kapatacak yönetim eğitime ihtiyaç duyduklarını ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır. Hekimlerin hastane yöneticiliğe giriş için yönetim alanında en az lisans düzeyinde eğitim almaları şartı getirilebilir.

Anahtar Sözcükler

Hastane, hekim yönetici, yetkinlikler, yönelimsel roller, yönelimsel beceriler.

ABSTRACT

ÇAKMAK BARSBAY, Mehtap. Identification of Physician Managers' Managerial Skills and Roles in Ministry of Health Hospitals, PhD Dissertation, Ankara, 2016.

This study aims to ascertain the perceived managerial competencies of hospital managers clarifying how they evaluate the importance of managerial competencies, how often they maintain the managerial roles and also to provide hospital managers useful assessment tool for managerial skills and roles. Managerial competencies in the survey for hospital managers were administered by Rubin Pillay; managerial roles were administered by Henry Mintzberg. Ratings were based on a five point Likert scale that is ranging from none to very high level. The six competencies identified were developed into an assessment tool for measuring hospital managers competency level. Managers feel most competent on self management skills, least on IT skills. Skills regarding human relations and ethical issues were perceived to be the most and skills on organizational development issues to be the least important ones. Research findings provide the evidence that 53.9% of hospital managers do not have health management education background. Also it provides the evidence that there is a great need for further health management education to fill the competency gap of physician hospital managers. Physicians should have sound management education preferably at university graduate level.

Key Words

Hospital, physician manager, competencies, managerial roles, managerial skills.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR LİSTESİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM	4
YÖNETİM KAVRAMI VE YÖNETİMİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	4
1.1. YÖNETİMİN TANIMI	4
1.2. YÖNETİMİN FONKSİYONLARI	5
1.3. YÖNETİMİN PROFESYONELLEŞMESİ	8
1.3.1. Mesleğin Tanımı ve Temel Özellikleri	8
1.3.2. Meslek Olarak Yöneticiliğin Değerlendirilmesi	10
2. BÖLÜM	15
YÖNETSEL ROLLER VE BECERİLER	15
2.1. YÖNETSEL ROLLER	15
2.1.1. Mintzberg Modeli.....	15
2.1.2. Zuckerman ve Dowling Modeli	20
2.1.3. Guo Modeli	21
2.1.4. Quinn Modeli	23
2.1.5. Nzinga Modeli.....	25

2.2. YÖNETSEL BECERİLER.....	25
2.2.1. Katz'ın Yönetmel Beceriler Modeli	27
2.2.2. Mumford'un Yönetmel Beceriler Modeli	28
2.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNE ÖZGÜ YÖNETSEL BECERİLER	31
2.4. YÖNETSEL YETKİNLİK	36
3. BÖLÜM.....	39
SAĞLIK KURUMLARI VE YÖNETİMİ.....	39
3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	39
3.2. PROFESYONELLERİN ÖRGÜTÜ OLARAK SAĞLIK KURUMLARI ..	42
3.3. SAĞLIK KURUMLARININ YÖNETİMİNDE HEKİMLERİN YERİ	45
3.4. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	54
3.5. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN YÖNETİMİ.....	57
3.6. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN GÖREVLERİ.....	59
3.7. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ.....	61
3.8. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN EĞİTİMİ	66
4. BÖLÜM.....	70
GEREÇ VE YÖNTEM.....	70
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	70
4.2. ARAŞTIRMANIN DİZAYNI.....	71
4.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	72
4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	73
4.4. VERİ TOPLAMA.....	73
4.5. VERİLERİN ANALİZİ	75
4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	77

5. BÖLÜM.....	78
BULGULAR VE TARTIŞMA	78
5.1. BULGULAR	78
5.1.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	78
5.1.2. Yönetmel Yetkinlik Düzeyi Bölümünün Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular	82
5.1.3. Yetkinliğin Önem Düzeyi Bölümünün Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular	88
5.1.4. Yetkinlik Skorlarına Ait Bulgular	95
5.1.5. Yönetmel Yetkinliğin Önem Derecesi Skorlarına Ait Bulgular	99
5.1.6. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetmel Yetkinlik Düzeylerine İlişkin Bulgular	103
5.1.7. Yöneticilerin Çalışma Süresine Gore Yönetim Eğitimi Alma İstemine İlişkin Bulgular	106
5.1.8. Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Yöneticilerin Günlük Mesai Saatlerine İlişkin Bulgular	107
5.1.9. Yönetimi Geliştirme İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular	109
5.1.10. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Yönelik Bulgular	118
5.1.11. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarına İlişkin Bulgular.....	128
5.1.12. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorlarına İlişkin Bulgular	139
5.1.13. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları	141
5.1.14. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları	143
5.2. TARTIŞMA	147
5.3. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	153
KAYNAKÇA.....	161
Ek 1: Gönüllü Katılım Formu	172

Ek 2: Anket Formu	173
Ek 3: Etik Kurul İzni.....	178
Ek 4: Orijinallik Raporu	179



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Yönetici Rollerini.....	16
Tablo 2. Yönetici Rollerini.....	20
Tablo 3. Yönetimsel Beceriler.....	22
Tablo 4. Quinn ve Diğerlerince Etkili Yöneticinin Rollerini ve Sahip Olması Gereken Yetkinlikler	24
Tablo 5. Mumford ve Diğerlerinin Yetkinlik Modeli	30
Tablo 6. Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sahip Olması Gereken Beceri Setleri	31
Tablo 7. Yönetimsel Beceriler.....	32
Tablo 8. Hastane Yöneticilerinin Yönetimsel Becerileri.....	34
Tablo 9. Yönetici Hekimlerin Algılanan Yönetimsel Yetkinlik Alanları.....	35
Tablo 10. Sağlık Bakanlığı, Bağlı Kuruluşları ve Taşra Teşkilatı	57
Tablo 11. Sözleşmeli Yöneticilerin Pozisyon Unvan ve Sayıları.....	58
Tablo 12. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Yöneticilerinin Görevleri.....	60
Tablo 13. Genel Sekreterin ve Hastane Yöneticisinin Görevleri	60
Tablo 15. Sağlık Tesisi ve Hastane Yöneticilerinin Karne Puanlarının Hesaplanmasında Dikkate Alınan Kriterler	64
Tablo 15. Hastane Yöneticilerinin Yetkinlikleri Anketi Alt Boyutları ve Cevap Skalaları.....	74
Tablo 16. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri	79
Tablo 17. Yöneticilerin Diğer Sosyo-Demografik Özellikleri	79
Tablo 18. Yönetimsel Yetkinliklerin Aritmetik Ortalama Değerleri.....	81
Tablo 19. Yönetimsel Yetkinliklerin Önem Düzeylerine Ait Aritmetik Ortalama Değerleri.....	82
Tablo 20. Yönetimsel Yetkinlik Faktör Analizi Grupları.....	84
Tablo 21. Yetkinlik Düzeyi İçin Elde Edilen İç Tutarlılıklar (Cronbach α)	87
Tablo 22. Yönetimsel Yetkinlik Ölçeği Faktör İsimleri.....	88

Tablo 23. Yetkinliğin Önem Derecesi Faktör Analizi Grupları	91
Tablo 24. Yetkinliğin Önem Derecesi Anketi İçin Elde Edilen İç Tutarlılıklar (Cronbach α)	93
Tablo 25. Yönetmel Yetkinliklerin Önem Düzeyi Faktör İsimleri	94
Tablo 26. Yetkinlik Düzeyi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistik Bulguları	95
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Temel Yönetim İşlevleri Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	96
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetleri Sektör Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	96
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Analitik Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	97
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Finansal Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	97
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özyönetim Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	98
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Bilişim Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	98
Tablo 33. Yönetmel Yetkinliğin Önem Derecesi Tanımlayıcı İstatistik Bulguları	100
Tablo 34. İnsan İlişkileri ve Etik Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	100
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Analitik Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)	101
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özyönetim ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%).....	102
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Finansman ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%).....	102
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Örgüt Geliştirme ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%).....	103
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Tıbbi Süreçler ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%).....	103
Tablo 40. Yöneticilerin Yaşa Göre Yönetmel Yetkinlik Düzeyleri	104

Tablo 41. Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Yönetmel Yetkinlik Düzeyleri.....	104
Tablo 42. Yöneticilerin Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Yönetmel Yetkinlik Düzeyleri.....	105
Tablo 43. Yöneticilerin Yönetim Alanında Lisansüstü Eğitim Alma İstemine Göre Yönetmel Yetkinlik Düzeyleri.....	106
Tablo 44. Eğitim Alma İsteği İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması	106
Tablo 45. Günlük Mesai Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	107
Tablo 46. Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Yöneticilik Faaliyetlerinin Dağılımı	107
Tablo 47. Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Hekimlik Faaliyetlerinin Dağılımı	108
Tablo 48. Eğitim Alma Durumu İle Mesai Saatlerinin Kullanım Durumunun Karşılaştırılması	109
Tablo 49. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Dağılımı	110
Tablo 50. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Yaşa Göre Dağılımı	111
Tablo 51. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Unvana Göre Dağılımı.....	113
Tablo 52. Yönetimi Geliştirme İhtiyaçlarının Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	115
Tablo 53. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	117
Tablo 54. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Dağılımı	119
Tablo 55. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yaşa Göre Dağılımı	120
Tablo 56. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Unvana Göre Dağılımı.....	122
Tablo 57. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Dağılımı	124
Tablo 58. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı	127
Tablo 59. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına İlişkin Aritmetik Ortalamaları ve Skorları (%).....	128
Tablo 60. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Dağılımı	130

Tablo 61. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yaşa Göre Dağılımı	132
Tablo 62. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Unvana Göre Dağılımı...	136
Tablo 63. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı	138
Tablo 64. Yönetmel Yetkinlik Skorlarının Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarına Göre Dağılımı	140
Tablo 65. Yönetmel Yetkinlik Skorlarının Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Göre Dağılımı	142
Tablo 66. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları.....	145



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Kurumlarındaki Üçlü Yapıyı Gösteren Alan Teorisi, Kouzes ve Mico (1979).....	48
Şekil 2. Araştırma Modeli.....	71
Şekil 3. Faktör Yapıları Dağılım Grafiği	83
Şekil 4. Faktör Yapıları Dağılım Grafiği	89
Şekil 5. Yönetmelik Yetkinlik Açığının (Managerial Competency Gap) Kapatılması: Tiramisu (Lifting managers up) Etkisi.....	99



GİRİŞ

1970'lerin sonlarından itibaren klasik ve geleneksel kamu hizmeti sunumu anlayışının değişmesiyle birlikte, hizmetlerin sunumuna esas teşkil edecek ve belirleyecek bazı ilkeler ve bakış açıları daha çok dikkat çekmeye başlamıştır. Bu değişimlere önyak olan, kamu harcamalarının artması ile hizmetlerin finansmanının, hizmet sunucular aleyhine sürdürülebilir olmaktan çıkmasıdır. Kamu hizmetlerinin sunumuna yönelik anlayış değişiklikleri beraberinde farklı uygulama ve teorileri ortaya çıkarmış ve tartışmaya açmıştır. Birçok ülkede kamu hizmeti sunan kuruluşların organizasyon yapılarında değişikliklere gidilmiş, bu kurumların hizmeti doğrudan sunma rolünü üstlenmeyi bir kenara bırakarak, hizmetin konu olduğu sektörü ve piyasayı düzenleyici, denetleyici ve hizmet sunumuna yönelik rehberlik edici roller üstlenmeye başladığı gözlemlenmiştir.

Yeni kamu yönetimi ve/veya kamu işletmeciliği gibi isimlerle anılan bu eğilimin ve kaliteyi, verimliliği, etkililiği, etkinliği, rekabeti, katılımcılığı, ekonomikliği, kullanıcı odaklılığı, kamu çalışanlarının yüksek performans ile hizmet sunmalarını temel alan yeni yaklaşımların benimsenmesinde, küreselleşmenin etkisinin olduğu söylenebilir. Şaylan (2003) tarafından belirtildiği üzere, yönetilenlere karşı hesap verme sorumluluğu bulunan, yönetilenlerin isteklerini, beklentilerini dikkate alan ve bu doğrultuda kamu politikalarını oluşturan, kamunun küçültülerek hizmetlerin sunumunda özel sektör ile sivil toplumun rol almasını öngören yeni kamu yönetimi/işletmeciliği yaklaşımının temelleri, “Yeni Sağ” ideolojisine dayanmaktadır. Ülkelerde farklı sektörler, bu değişimlerden farklı seviyelerde etkilenecek dönüşüme uğramaktadır. Faaliyet alanlarını sınırlandırmadan bu yönetim anlayışı, performans hedeflerine, hizmet üretimi sonucu elde edilen çıktılara, sunulan hizmetin hizmeti alanların talep, ihtiyaç ve beklentilerine uygunluğuna, hizmeti sunanlar arasında en iyiye ulaşmak için rekabet oluşturmaya vurgu yapmaktadır. Özel sektörde kullanılan yönetim ilkelerinin kamu sektöründe benimsenmesi ile kamu hizmeti sunan örgütlerin, profesyonel yöneticilerce yönetilmesi ihtiyacının olduğu dile getirilmektedir.

Bunun yanında yeni kamu yönetimi/işletmeciliği anlayışı, hesap verilebilirlik konusunda da bazı değişiklikleri içinde barındırmaktadır. Bilgiç (2003)'e göre geleneksel anlayışta kamu yönetiminin yalnızca siyasal iktidara karşı sorumlu olması yükümlülüğü yeni kamu yönetimi anlayışıyla birlikte genişletilerek halka karşı da sorumlu olmayı gerektirmektedir. Bu anlayışta bürokrasi ve kamu yönetimi, yaptıkları işlerin yanında işlerin sonuçlarından da sorumlu tutulmaya başlamıştır.

Kamu hizmetlerinin önemli bileşenlerinden olan sağlık hizmetleri ve sektörü, bahse konu anlayış değişikliklerinden etkilenmiştir. Dahası dünyada ve gelişmiş ülkelerde hâkim olan bu anlayış, Türkiye'de siyasal iktidarların ortaya koydukları politikalarda farklı derecelerde kendini göstermektedir. Bir siyasal iktidar döneminde benimsenen Yeni Kamu Yönetimi anlayışı çerçevesinde önemsenen ve vurgu yapılan özellikler, bürokrasinin farklı basamak ve faaliyet alanlarında aynı tarzda değişiklikler şeklinde ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörü içerisinde sunulan hizmetlerin finansmanı ve hizmete duyulan ihtiyaç konusunda uzlaşma bulunmamaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların, tedavi edici sağlık hizmetlerden ziyade koruyucu ve önleyici hizmetlere yönelik olması gerektiği malumun ilanı olarak ifade edilse de, Türkiye'de sağlığın bu iki alt hizmetinde var olan/olmayan güç dengesinin bu tartışmayı uzun yıllar sürdüreceği söylenebilir. Ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinin etkililiği ve kalitesi konusunda, sağlık hizmetlerinin doğası gereği önlenemeyen soru işaretleri bulunmaktadır. Çeşitli klinik uygulamaların ve hatta hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçların uygunluğunu sorgulayan çok sayıda araştırma yapılmaktadır.

Yeni kamu yönetimi anlayışının sağlık sektörüne etkisi çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe bu değişiklikten en çok payı alan tedavi edici sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin yürütüldüğü sağlık kurumları olmaktadır. Bu anlayış değişikliği, sağlık kurumları yönetiminde farklı ilkelerin ön planda tutulmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan örgütler, farklı mesleklerde uzmanlaşmış kişilerin ekip olarak çalışmalarının gerektiği, koordinasyona yüksek düzeyde ihtiyaç duyan kurumlardır. Kullanılan sağlık teknolojisinde ve tıp bilimindeki dinamizmin takip edilerek hizmetlere yansıtılması gerekmektedir. Bu durum maliyet artışını beraberinde getirmektedir.

Hizmet alanlar açısından ise sağlıkla ilgili uygulamalara duyulan ihtiyacın sınırsız olması, kaliteye ve hizmet çeşitliliğine yönelik artan beklenti ve talepler sektörü değişime istekli hale getiren faktörler olarak sıraya geçmektedir. Ulaşılabilecek amaçların artması ile birlikte farklı mesleklerde uzmanlaşmış kişileri bu ortak amaçlar etrafında bütünleştirebilecek bir kurumsal yapı ile yöneticiye ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda sunulan hizmetin kalitesinin sağlanabilmesi, daha çok hastanın hizmetten yararlanabilmesi için sağlık meslek mensuplarının performanslarının azamileştirilmesine yönelik yönetsel uygulamaların takip edilmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin sahip olduğu mesleki özerklik bu ve benzeri müdahalelerin yapılmasını zorlaştırmakta ve kurumlarda çatışma ortamını ortaya çıkarabilmektedir. Nitekim Gemlik, Çatar ve Manioğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada, kamu hastanelerinde hiyerarşinin ve prosedürlerin fazla olması, yüksek iş stresi, yöneticilerin risk almaktan ve belirsizlikten kaçınması, çalışanlara değer verilmemesi, yöneticilerin sorunlara doğru çözümler üretememesi, meslek gruplarının farklı beklentilere sahip olması, her grubun farklı kültürü benimsediği ve ortak bir kültürde birleşemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu ortam ve sorunlar içinde yeni kamu yönetimi/işletmeciliği yaklaşımını kendine kılavuz edinen sağlık kurumlarında değişim ve yeniden yapılanma, başarılı yönetim ve yöneticilerce sağlanabilecektir. Bu amaca hizmet etme yolunda sağlık kurumları yöneticilerinin sahip oldukları yönetsel rol ve becerilerine yönelik algılamalarını belirleyerek bu yolla yönetsel yetkinliklerini değerlendirmek bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır.

Birinci bölümde yönetim kavramının tanımı, işlevleri ve profesyonelleşmesi temelinde kavramsal çerçevesine, akabinde farklı perspektiflerden yönetsel rol ve beceriler açıklanarak yönetsel yetkinlik kavramına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde sağlık kurumları ve sağlık kurumlarının yönetimi konusu açıklanmış, dördüncü bölümde alan araştırmasına, izleyen bölümlerde ise bulgular ve tartışmaya yer verilmiştir.

1. BÖLÜM

YÖNETİM KAVRAMI VE YÖNETİMİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1. 1. YÖNETİMİN TANIMI

Bir kurumda çalışanlar, o kurumda geçirdikleri süre içinde ne iş yapacaklarını, ne tür bir işi yaklaşık ne kadar süre içinde üreteceklerini bilirler. Kurumda bulunan tüm çalışanların içsel denetim özelliğine sahip olduklarını varsayarsak kendilerine verilen işleri zamanında ve eksiksiz olarak yapmaları ve işi tamamlayıp sonuca ulaştırmaları beklenmektedir. Birden fazla çalışanın bulunması halinde ise kendi aralarında iletişim kurarak ve gerekli işbirliği faaliyetlerini sağlayarak işi sonuca ulaştırmaları beklenmektedir. Ancak kurumun ya da birimlerinin sorunlar karşısında yapacakları, değişen çevreye örgütün uyum sağlaması, bunlara yönelik her seviyede karar alınması zaman zaman çalışanların bireysel çabaları ile yerine getirilemeyecek düzeye ulaşabilir.

Amaçlara ulaşmak nadiren kişisel çabalarla başarılacağından, bir kurumda bu kişisel çabaları ve kurumun sahip olduğu kaynakları birleştirecek başka bir pozisyona ihtiyaç duyulacağı söylenebilir. Her kurumun bir varoluş ve kuruluş amacı bulunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda kurum çalışanları, kaynakları bir araya getirerek sonuç üretmeye, çıktı elde etmeye çalışırlar. İşte yönetim, bu çabaların ve örgütteki faaliyetlerin planlamasını, organizasyonunu, koordinasyonunu ve denetimini gerçekleştirecek bütüncül bir örgüt faaliyetidir.

Yönetimle ilgili literatürde, yönetimin farklı şekillerde tanımları yapılmaktadır. Yönetimin tanımına amaç temelinde yaklaşanlar olduğu gibi yönetim görevleri temelinde tanımların yapıldığı da görülmektedir.

Eren'e (2003) göre yönetim, belirli bir takım amaçlara ulaşmak için başta insanlar olmak üzere parasal kaynakları, donanımı, demirbaşları, hammaddeleri, yardımcı

malzemeleri ve zamanı birbiriyle uyumlu, verimli ve etkin kullanabilecek kararlar alma ve uygulama süreçlerinin toplamıdır.

Can, Tuncer ve Ayhan'a (1995) göre yönetim evrensel bir kavramdır ve çeşitli bilim dallarınca farklı şekillerde tanımlanmaktadır. İktisat literatüründe yönetim toprak, sermaye ve emekle birlikte üretim fonksiyonlarından biri olarak ele alınmaktadır. Sosyal bilimlerde ise yönetim, bir otorite sistemi olarak kabul edilmektedir. Klasik yönetim düşünürleri yönetimi para, makine, insan, araç, gereç ve yöntemin uyumlaştırılması olarak tanımlarken davranış bilimciler, kararların alınması ve uygulamaya aktarılması olarak belirlemektedirler. Genellikle yönetim denildiğinde akla hiyerarşik olarak üst düzey gelmektedir.

Drucker (1996), çalışanları ortak performansı yapabilir duruma getirmek, onların güçlü yanlarını ortaya çıkarmak, zayıflıklarını da önemli olmaktan çıkarmaktır şeklinde yönetimi tanımlamaktadır. Faaliyet gösterdiği sektörden ve kurumun yapısından bağımsız olarak yönetim faaliyetleri birbirine benzemektedir.

Yönetimi, örgütte ya da bir birimde çalışanları daha verimli çalıştırma, çalışma kapasitelerini izleme ve artırma bilim ve sanatı olarak tanımlamak mümkündür. Bir yönetici, yönetim sanatını icra ederken bilimsel olarak planlama, organize etme, koordine etme ve kontrol etme işlevlerini yerine getirmektedir. Sanat boyutu ise, uygulamayı ifade etmektedir. Uygulama alanı bulunmayan bilim dallarının sanatsal yönünden bahsetmek doğru olmayacaktır. Yönetim alanında geliştirilen kavram, ilke, faaliyet ve teknikleri herkes belli ölçüde öğrenebilir ve uygulayabilir ancak bunları aynı maharetle uygulamaya geçiremeyebilir. Artan rekabet koşulları içinde öne geçebilmenin formülünün, bilgi ve tutum düzeyindeki birikimlerin, zamanın, ortamın ve kurumun şartlarına göre şahsa özgü bir maharetle uygulanabilmesi olduğu söylenebilir. Yönetim alanının sanat yönü, bu özelliklerden kaynaklanmaktadır.

1.2. YÖNETİMİN FONKSİYONLARI

Yönetim, kurumlarda bulunan yöneticiler tarafından yerine getirilen faaliyetler, fonksiyonlar veya işlevlerdir. Bu faaliyetlerin bütünü, yöneticilerin görevlerinin neler

olduğunu göstermektedir. Klasik yönetim düşüncesinin öncülerinden Fayol (2005), yöneticiyi planlayan, örgütleyen, yönelten, koordine eden ve kontrol eden kişi olarak tanımlamıştır.

Örgüt içindeki düzeylerine bakılmaksızın yöneticilerin planlama, organize etme, koordinasyon sağlama, karar verme, sorun çözme ve kontrol etme gibi işlevleri yerine getirmekte oldukları söylenebilir. Bu işlevlerin yerine getirilmesi sürecinde yöneticilerin bazı yönetsel rolleri oynaması ve bazı yetkinliklere sahip olması gerekmektedir.

Yönetim, diğerlerini etkileyerek iş yaptırma ile ilgili bir kavram olup planlama, karar verme, sorun çözme, performans belirleme gibi birçok stratejik ve stratejik olmayan yani rutin nitelik gösteren işlevlerden oluşmaktadır. Yönetsel işleri tanımlamada en sık kullanılan terminolojinin kontrol etme, koordine etme ve emir verme olduğu söylenebilir. Yönetsel işlerin, mevzuatın yürütülmesi ile eş tutulduğu ifade edilebilir.

Kurumların başarılı olmasında temel faktör yöneticidir. Yönetici kavramı yerine Koçel (2007), lider, koç, kolaylaştırıcı, koruyucu, mümkün kılıcı ve destekleyici kavramlarının tercih edildiğini ifade etmektedir. Söz konusu bakış açısının, yönetimin kapsamındaki değişikliklerin bir tezahürü olduğu söylenebilir.

Yöneticilerin ne yaptıkları, çeşitli roller temelinde tanımlanmaktadır. Yöneticilerin ne iş yaptıkları, Henri Fayol'un yönetim alanında 1916 yılındaki "Administration Industrielle et Generale" adlı çalışmasından bu yana süregelen bir tartışma konusu olmuştur.

Bu nedenle, herkesin üzerinde birleştiği bir yönetici tanımı yapmak güçtür. Ancak, yöneticinin yerine getirdiği görevlerin ve aldığı kararların niteliğine, hiyerarşide bulunduğu yere ve sahip olması gereken kişisel özelliklere göre farklı şekillerde yönetici tanımı yapılabilir. Yöneticilerin yaptıkları işler, yönetici tanımına dayanarak birbirinden farklılaşabilir.

Yöneticiler görev yaptıkları örgütün türüne, faaliyet alanlarına, sektörün gereklerine, kurumsal amaç, hedef ve stratejilere göre yönetsel işlevlere değişen oranlarda ağırlık verebilirler. Bu durumda yönetici, planlama uzmanı, kurumsal öncü, ilham veren,

değişim başlatan, ikna eden ve yönlendiren, her tür bilgiye erişen ve yöneten, girişimci, izleme ve değerlendirme uzmanı, denetim uzmanı olarak görülebilir.

Yöneticinin iyi bir takım oyuncusu, aynı zamanda iyi bir takım lideri olması gerekir. Yönetici, aynı zamanda analitik düşünme becerisine sahip olan iyi ve hızlı bir problem çözücü olmalıdır. Çalışanlarla iletişim içinde olduğundan yöneticinin iyi bir iletişimci olması gerekir. Yöneticinin, birlikte çalıştığı bireyleri işletmenin amaçları doğrultusunda bir araya getirmesi ve çalışmalarını konusunda cesaretlendirmesi ve işbölümü yapması gerekir. Aynı zamanda yöneticinin, örgüt kaynaklarını etkin ve verimli kullanması gerekir. Yönetici bu işlevleri yerine getirirken yönetsel bilgi ve becerilerini kullanarak kurumunun başarısını artırmalıdır. Yöneticinin kurumun başarısını sağlamadaki önemli rollerinden bir diğeri, çalışanlar tarafından paylaşılan bir kurumsal kimlik ve olumlu bir kurum kültürü oluşturabilmesidir.

Yöneticilerin ne iş yaptıklarını geleneksel alışkanlık ve inançları ile mevcut gerçekler bağlamında inceleyen ve çalışmasını gözlemlerine ve 5 üst düzey yönetici ile yaptığı mülakata dayandıran Mintzberg (1975), yöneticilerin düşündüklerinden farklı işler yerine getirdiklerini ortaya koymaktadır. Mintzberg, yöneticilerin gerçekte ne iş yaptıklarını çoğunlukla bilmediklerinin altını çizmektedir.

Mintzberg (1975), “Yöneticilerin Görevi: Efsane ve Gerçek” adlı çalışmasında, yöneticilere geleneksel olarak yüklenmiş görevler ve inançlar olduğunu ancak mevcut durumdaki gerçeklerin bunlardan farklı olabileceklerini bazı örneklerle açıklamaktadır. Çalışmasında, yöneticilerin işlevlerine yönelik genel algılamaların aksini oluşturacak bir takım saptamalar ortaya koymaktadır.

1.3. YÖNETİMİN PROFESYONELLEŞMESİ

Türk Dil Kurumu profesyoneli, bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan kimse olarak tanımlamaktadır. Gökçora'ya (2005) göre toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile sürdüren kişiye profesyonel denir. Bir etkinliği yetkin biçimde uygulamak ya da herhangi bir işlemi, en mükemmel biçimde yapmak profesyonellere özgüdür. Eğitimi ve deneyimiyle işini gerçekleştirerek karşılığında hak ettiği maddi kazancı sağlayabilen kişi profesyoneldir. Bir işin profesyoneli olmak, onu en ince ayrıntılarına kadar kavramış olmayı ve uygulayabilmeyi gerektirir. Profesyonelliğin en önemli ölçütü, işinin gereklerini mükemmel şekilde gerçekleştirebilmektir. İşin ve konunun püf noktaları profesyonelce bilinir. Yeryüzünde insanın var oluşuyla birlikte, her geçen gün artan nüfus ve gelişen toplumun beklentileri, çeşitli uzmanlık dallarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ancak, profesyonellik, toplumda iş yapan herkesin benimsemesi gereken bir düşünce ve davranış biçimidir. Nasıl görüldüğünüz, konuştuğunuz, yazdığınız, hareketleriniz ve nasıl iş yaptığınız toplumca sürekli değerlendirilerek profesyonel olup olmadığınıza karar verilmektedir. Profesyonellik, yalnız yönetici, teknisyen, öğretmen, siyasetçi, sporcu, yazar ya da sanatkâra uygun görülen bir sıfat olmayıp tüm çalışanları kapsayan bir yaklaşımdır.

Yönetimin, kazanç sağlamak amacıyla yapılan bir iş olarak kabulü ile yöneticiliğin bir meslek olarak kabulü tartışmalarının literatürde aynı doğrultuda yürümediği gözlenmektedir. Bu nedenle öncelikle mesleğin tanımı ve mesleklerin özelliklerine yer verilerek ardından meslek olarak yöneticiliğin değerlendirilmesi tartışmalarına yer verilmiştir.

1.3.1. Mesleğin Tanımı ve Temel Özellikleri

Türk Dil Kurumu sözlüğünde meslek, belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş olarak tanımlanmaktadır.

Meslek, yasal olarak tanınan ve belirli bir alanda bilgi ve uzmanlığa sahip olan gruba verilen genel isim olarak tanımlanabilir. Bir işe yönelik özel roller, bilgi ve beceriler o

işe profesyonel nitelik kazandırabilir. Meslekleşme konusundaki araştırmalar genellikle sosyologlar tarafından yürütülmektedir.

Mesleğin tanımı, özellikleri, meslek olabilmenin şartları, sosyoloji biliminin ilgisi dâhilinde literatürde yer bulmaktadır. Allen (1964), mesleği, yasal bir kurum tarafından oluşturulmuş etik kodlara, kendine özgü terminolojiye, ortak uygulama standartlarına, sınıflandırılmış bilgiye dayalı uygulama alanına sahip olan uzmanlaşmış bir iş olarak tanımlamaktadır. Allen'e göre meslek olabilmek için bir işin, sistematik bilgiye, yasal bilgi edinme yöntemlerine, performansa dayalı statüye, etik kodlara, bağlılık ve adanmışlığa sahip olması gerekmektedir.

Hopkins, Solomon ve Abelson (1996)'a göre mesleğin iki temel özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler, uzmanlaşmış bilgiye sahip olmak ve meslekten faydalanacak olanlara tarafsız hizmet sunmaktır. Uzmanlaşmış bilgiyi edinebilmek için uzun bir çıraklık dönemi geçirmek ve mesleğe giriş için edinilen bilginin uygunluğunun kontrol sürecinden geçirildiği bir mekanizmanın var olması gerekmektedir. Bu mekanizmanın varlığı, mesleğin kendi kendini kontrol etmesi sürecini işaret etmektedir. Meslekten faydalanacaklara tarafsız hizmet sunmak ise, meslek mensupları arasında paylaşılan ortak değerlerin ve etik normların olmasını ifade etmektedir. Bu varsayım da yine mesleğin kendi kendini kontrol sürecinin varlığını göstermektedir.

Khurana, Nohria ve Penrice (2005), bir faaliyetin meslek olabilmesi için dört kriteri karşılaması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Bu dört ölçüt aşağıda sıralanmıştır.

- i. Kabul görmüş geniş ve gelişmiş bir teorik temele dayanan bilgi kümesinin varlığı,
- ii. Mesleğin yürütülmesi için mesleğe gireceklerin bu bilgi kümesine sahip olduklarını belgeleyen bir sistemin varlığı,
- iii. Bu bilgi kümesinin kamu yararı için kullanılacağına dair beyanatın varlığı, bir diğer ifadeyle güç ve mesleki özerklik elde edebilme karşılığında kişisel kar maksimizasyonu amacından feragat etme,
- iv. Etik kodların varlığı ile bu kodlara uyulup uyulmadığını izleyen ve uyulması için yaptırımları olan bir sistemin varlığı.

Mesleklerin sınırları ve içeriği konusunda araştırmalar yürüten sosyologlar arasında çok sayıda tartışmanın olduğu görölmektedir. Hekimliğin, meslek olarak kabul edilmesine yönelik literatürde uzlaşma bulunmakta olup yöneticiliğin ise meslek olup olmadığı tartışmaları halen devam etmektedir.

1.3.2. Meslek Olarak Yöneticiliğin Değerlendirilmesi

Yönetimin net bir tanımının bulunmaması, yöneticiliğin meslek olarak kabulüyle ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründe yeni eğilim olarak profesyonel yöneticiliğin gereğine giderek artan şekilde vurgu yapılıyor olsa da, yönetim literatüründe yöneticiliğin ayrı bir meslek olarak kabulü (Barker, 2010) konusunda uzlaşma olmadığını ifade etmek yerinde olacaktır.

Yöneticiliğin meslek olarak anılmaya başlamasında Frederick Taylor’ın bilimsel yönetim ilkelerini ortaya koyması etkili olmuştur. Önceleri aile işletmelerinde, mülkiyet ile yöneticilik aynı kişide toplanmışken ilerleyen zamanda işletme ve kuruluşların büyük ölçekli hale gelmesiyle beraber mülkiyet ve yöneticiliğin ayrı değerlendirilmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Khuran ve diğerleri (2005), yöneticiliğin meslek olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğine yönelik özelliklerini ortaya koymaktadırlar. Yöneticiliğin, meslek olabilmenin dört kriterinden birincisi olan, “kabul görmüş geniş ve gelişmiş bir teorik temele dayanan bilgi kümesinin varlığı” kriterini tam olarak karşılamadığını belirtmektedirler. Meslek mensuplarının, bu bilgi kümesinde temel düzeyde uzmanlığa sahip olduklarını belgelendirecek kuruluşların bulunmaması nedeniyle yöneticiliğin avukatlık, mühendislik, muhasebecilik ve tıp gibi mesleklerden farklı yönleri bulunduğunu ortaya koymaktadırlar.

Spender (2005) farklı bir bakış açısı olarak yöneticiliğe sadece bir sanat biçimi olarak yaklaşmanın daha iyi olabileceğini söylemektedir. Günümüz karmaşık toplumunda belki de en önemli sanat dalı olarak yönetimin yer aldığını ifade etmektedir. Tıp ve mühendislik mesleklerindeki değişmez ve katı bilgi ile bilimin önemine dikkat çeken çalışmasında Spender, yöneticiliğin ve liderliğin farklı bir yerde durduğunu

savunmaktadır. Yöneticilerin çoğunlukla bürokratik kuralların takipçileri olduklarını, daha yaratıcı, yenilikçi ve girişimci olmaları gerektiğinin altını çizmektedir. Meslekle ilgili katı ve değişmez bilginin bulunmadığı ile bilimsellikten uzak yakıştırmalarına cevaben yönetim eğitiminin gereğinden fazla abartılı şekilde fazla profesyonelleştirilmeye çalışıldığını savunmaktadır.

Raelin (1990), “Sanki Meslekmiş Gibi Yönetimi Bir De Okullarda Öğretmeyin” başlıklı çalışmasında, yöneticilerin profesyonel olmadığını bu nedenle yönetimi öğretmeye çalışmanın çok az işe yarayacağını ortaya koymaktadır.

Yöneticiliğin meslek olarak reddedilmesinin, yöneticiliğin sosyal rolünden kaynaklandığını belirten çalışmalar bulunmaktadır. Yöneticiler kendi hesaplarına çalışan bireysel profesyoneller olmayıp, bir birim ya da kuruluştaki iştirakçiler ya da hükümet adına çalışan ajanlardır (Mbabane, 2008). Bu sosyal rolü, yöneticilere ilave sorumluluklar, beceriler ve yetkinlikler gerektirmektedir. Yöneticiliğin meslek olarak değerlendirmesini yaparken bu sosyal rolünün göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Yöneticiliğin sosyal rolünün bulunmasının, örgüt kuramına iktisadi açıdan yaklaşan teorilerden biri olan asil-vekil teorisine göre değerlendirmesi yapılabilir. Bu teorinin temel varsayımlarına göre asil-vekil ilişkisi, bir veya birden fazla kişinin veya örgütün yani asilin, diğer bir bireyi ya da bireyleri veya bir örgütü yani vekili, kendi adına bazı işleri yapması, söz konusu örgütte ihtiyaç olan düzenlemeleri gerçekleştirmesi, örgüte öncülük etmesi, oyunu oynayan değil kuralları koyan olması, uyuşmazlıkları çözmesi gibi faaliyetler için yetkilendirmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu eleştirinin, yönetimin bilim ya da sanat veya her ikisinin bir bileşimi olduğunu gösterdiğini ifade etmek yerinde olacaktır.

Mintzberg ve Gosling’in 2002 yılında yayınladıkları “Sınırların Ötesindeki Eğitim Yöneticileri” başlıklı çalışmalarında, yönetimin bir sınıfta öğretilmeyeceği, ancak yöneticiliğin uygulama yoluyla yetkinliklerinin geliştirilebileceği belirtilmektedir. Bu ifadenin, yönetimin büyük oranda bir sanat ancak bir dereceye kadar da bilimden oluşan bir faaliyet (Elmuti, 2004) olarak görülmesiyle bağlantılı olduğu söylenebilir.

Mintzberg ve Gosling (2002), aynı çalışmalarında uygulama tecrübesi olmayan kişilere yönetim eğitimi verilmesinin çok fazla katkısının olmayacağını belirtmektedirler. Karşıt görüş olarak Elmuti (2004) ise çoğu akademisyenin, yönetimin öğretilerle olduğunda birleştiğini ancak yönetimin bazı boyutlarının öğrenilmesinin zor olduğunun göz önünde bulundurulması gerektiğinin altını çizmektedir.

“Managers, not MBAs” adlı kitabında Mintzberg (2004), üst yönetim pozisyonuna işletme alanında uzmanlık eğitimi (MBA) almış profesyonellerin öncelikle getirilmesinin, modern örgütler için ciddi bir tehlike oluşturduğunu belirtmektedir. Pfeffer ve Fong (2002), MBA eğitiminin, son 20 yılda cazip halde olmasında rağmen, yönetici olmak için gerekliliklerden biri olarak görülmediğini ifade ederken Khurana ve diğerleri (2005) ise, MBA eğitiminin pratikte var olan bir gereklilik olarak özellikle yatırım bankacılığı ve danışmanlık alanlarında kullanıldığını ifade etmektedir. Glouberman ve Mintzberg’e (1997) göre yöneticilik, bir meslek değildir ve hiçbir zaman olmamıştır.

McConnell (2002), sağlık profesyonellerinin, gerekli akademik programları tamamlayıp mesleğe giriş koşullarını kazandıkları ve mesleki yeterliliklere sahip olarak çalışma hayatına girdikleri ancak aynı kişilerin yönetici olarak sadece seçilip atandıklarına vurgu yapmaktadır. Bu aşamada bazı çalışanların ve kurumların, yöneticiliğe atanan ve gerekli yönetici unvanını alan, hak eden değil, bu kişileri hemen gerçek anlamda yönetici olarak görmeye başladıkları şeklinde klasik bir hataya düştüklerini vurgulamakta ve yöneticiliğin meslek olarak görülmediği eleştirisini ortaya koymaktadır.

Yönetime ve yöneticilere verilen önem ile yöneticiliğin meslek olarak değerlendirilmesi, sektörler bazında farklılık gösterebilmektedir. Litvak ve Long’ a (2000) göre sağlık hizmetlerinde yöneticiler, profesyonel sağlık hizmet sunucuları ve araştırmacılarının yanında “maliyet etkililik analizinin fakir kuzenleri” (poor cousin of costeffectiveness analysis) olarak görülmektedir. Bunun nedeni olarak ise, yöneticilerin sağlık sistemi içindeki rollerinin yeterince anlaşılmadığını ve diğer sağlık çalışanlarınca takdire şayan bulunmadığını göstermektedir.

Yöneticilik görevine getirilen hekimler, McConnell (2002)'in ifadesiyle ikili rollerine uyum sağlayamadıklarında, yönetsel rollerinde yeterince rahat olamayacaklar, yönetim konusunda güçlü yanlarını abartıp zayıf yanlarının önemini ise küçümseme eğiliminde olacaklardır.

Örgütler, yeterli eğitim almamış ve yönetim konusunda yeterli oryantasyona sahip olmayan bir kişiyi yönetici olarak belirlememelidir. Nasıl ki yeterli eğitim almamış birine hemşire, muhasebeci, biyomedikal mühendisi, biyolog unvanı verilemeyeceği gibi yönetim eğitimi almamış kişilere de yönetici unvanının verilmemesi daha yerinde olacaktır.

Yönetimin bilim mi sanat mı veya her ikisinin bir bileşimi mi olduğu sorusunun cevabı, yönetim alanındaki bilgi birikiminin artmasıyla doğru orantılı olarak değişiyor görünmektedir. Şu halde yönetim, uzmanlaşmış bilgiye sahip olmak gerekmesi bakımından sanat yanı azalan, yetenek, karizma, kişilik özellikleri, ilham, yaratıcılık, iletişime açıklık gibi özelliklerin, yönetimde etkilerinin olduğunun düşünülmesiyle birlikte bilimsel yönü sanatsal yönüyle denge bulan bir bilimdir olarak tanımlanabilir.

Yöneticilik, bir takım kişilik özellikleri ile çeşitli bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirmektedir. Kişilik özelliklerinin öğretilmesi oldukça zor görünmekle birlikte, beceri ve bilgilerin öğretilmesi olduğu dolayısıyla, uygulamada yönetimin bilim ve sanat olarak her iki yönünün uzlaşmakta olduğu söylenebilir.

Türkiye’de yönetim genellikle ikincil bir kariyer fırsatı olarak görülmektedir. Ayrıca kültürel olarak yöneticilik görevine, herkesin yapabileceği hatta daha ziyade akıllı, cesur, politik özellikler taşıyan ve çalışma yılı bakımından tecrübeli kişilerin kolaylıkla kotarabileceği bir iş olarak bakıldığı ifade edilebilir.

Yönetime yönelik sıralanan eleştiriler, yönetimin geleneksel bir bilim olarak meslek sayıldığını göstermektedir. Yönetimin bir bilim mi yoksa sanat mı yoksa her ikisinin bir bileşimi mi olduğuna yönelik farklı perspektifteki sorular halen varlığını korumaktadır. Yönetimin bu üç kategoriden hangisi kapsamında değerlendirileceği, yöneticilerin sahip olması gereken becerileri etkileyip değiştirecektir. Bu nedenle, öncelikle yöneticiliğin

meslek olup olmadığı tartışılmış izleyen bölümlerde ise yöneticilerin rolleri ve becerileri konusuna yer verilmiştir.



2. BÖLÜM

YÖNETSEL ROLLER VE BECERİLER

Çalışmanın bu bölümünde yöneticilerin yerine getirdikleri rollere ve sahip olmaları gereken becerilere ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

2. 1. YÖNETSEL ROLLER

Yöneticileri diğer kurum çalışanlarından ayıran en önemli ölçünün yetki olduğu söylenebilir. Yöneticiler bu yetkinin seviyesine göre, örgüt hiyerarşisindeki yerine ya da düzeyine göre çeşitli faaliyetleri yürütmektedirler. Yöneticinin bulunduğu kademeler değiştikçe, yöneticinin sahip olması gereken rol ve beceriler değişmektedir.

Yönetim pozisyonunda bulunmaktan kaynaklanan ve yerine getirilmesi gereken ortak standart davranışlar bütünü bulunmaktadır. Bunlar yönetsel roller olarak tanımlanabilir.

2.1.1. Mintzberg Modeli

Mintzberg'e (1975) göre rol, bir örgütte belirli bir pozisyonla özdeşleşmiş örgütlenmiş davranış seti olarak tanımlanmaktadır. Bu rolleri yerine getirebilmek için belirli pozisyondaki kişilerin çeşitli becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Bu beceriler sayesinde kişiler, rollerini yürütürken etkili yani sonuca odaklı bir iş performansı yerine getirmektedirler.

Mintzberg (1975) statünün, formal otoriteden geldiğini, kişilerarası ilişkilere neden olduğunu, kişilerarası ilişkilerin de beraberinde bilgiyi getirdiğini ifade etmektedir. Yöneticinin görevlerinin, bir takım roller temelinde tanımlanabileceğini söylemektedir. Yöneticinin on farklı rol yerine getirdiğini belirtmektedir. Formal otoritenin, 3 farklı kişilerarası role neden olduğunu, bunun da üç farklı bilgi ile ilgili rolü beraberinde getirdiğini, bu iki rol setinin de yöneticinin karar verme ile ilgili rollerini oynamasını sağladığını ortaya koymaktadır. Bu on rol, Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Yönetici Roller

Kişilerarası Roller
Gerçek bir gücü olmadan bir örgütte öncülük etme rolü (Figurehead)
Liderlik etme rolü (Leader)
Örgüt içi ve dışı arasında iletişim ve bağlantı kurma yani irtibat sağlama rolü (Liaison)
Bilgi ile ilgili roller
İzleme ve fark etme rolü (Monitor)
Bilgi yayma rolü (Disseminator)
Örgütün resmi sözcülüğünü yapma rolü (Spokesperson)
Karar verme ile ilgili Roller
Fırsatları değerlendirme ve girişimcilik rolü (Entrepreneur)
Karışıklıkları ve sorunları giderme rolü (Disturbance handler)
Kaynak ayırma ve dağıtma rolü (Resource allocator)
Ara buluculuk etme ve müzakerecilik rolü (Negotiator)

Kaynak: Mintzberg (1975).

Yöneticilerin yerine getirdiği yönetsel rollere yönelik olarak Mintzberg'in 10 rol tipolojisi literatürde en kapsamlı çalışma olarak bilinmektedir (Guo, 2003). Mintzberg (1975)'in bu çalışması tüm sektörleri içine alan geniş bir çalışma olmakla birlikte, bazı sektörlerin kendine has özelliklerinden dolayı bu sektörlerdeki yöneticilere bu rollerin genellenmesi sırasında ihtiyatlı olunması yerinde olacaktır.

Orta ve alt kademe yöneticiler göz önünde bulundurulduğunda Mintzberg (1975)'in yöneticinin rolleri arasında ast rolünün yer almadığı görülmektedir. Yönetsel rollerle ilgili literatürde çok fazla yer bulmayan bu rolün, üstün yönetim tarzının, değer ve bakışının farkına varma ve kendisinden beklenen işlevleri en iyi performans dâhilinde yerine getirme olarak tanımlanması mümkündür. Yönetsel roller kapsamında sayılabilecek diğer roller ise rehberlikçi ve denetleyici rolüdür. Mintzberg (1975)'in 3 temel rol üzerinden temellendirdiği 10 rol aşağıda açıklanmaktadır.

2.1.1.1 Kişilerarası Roller

Kişilerarası roller, temsilci rolü, lider rolü ve irtibat sağlama rolüdür.

Gerçek bir gücü olmadan bir örgütte öncülük etme rolü (Figurehead):

Bir örgütsel birimin başı olarak her yöneticinin yürütmek zorunda olduğu törensel ya da resmi görevleri bulunmaktadır. Mintzberg (1975), yöneticilerin iletişim içinde oldukları zamanın %12'sini bu tür görevlere ayırdığını söylemektedir. Ayrıca yöneticilerin kendilerine gelen elektronik postaların, %17'sinin rica ve teyit etme amacı taşıdığını, kişilerarası rollerin içerdiği görevlerin bazen rutin işler olabileceğini, çok fazla ehemmiyet içeren konular olmadığını ve karar verme ile ilgili önemli konular içermediğini belirtmektedir. Yine de örgütün düzgün işler halde olması için bu tür görevlerin ihmal edilmemesi gerektiğinin altını çizmektedir.

Liderlik etme rolü (Leader):

Mintzberg (1975)'in liderlik etme rolü kapsamında yürüttüğü işler olarak, motive etme ve çalışanları cesaretlendirme yanında çalışanların bireysel ihtiyaçları ile örgütün amaçları arasında denge kurma sayılmaktadır. Hemen hemen yönetici ile kurdukları her iletişimde astların, yaptığını takdir edecek mi şeklinde liderlik ipuçları aradıklarını ortaya koymaktadır. Yönetici etkisinin en açık ve net olarak liderlik etme rolünde görüldüğünün altını çizmektedir. Başka bir çalışmasında Mintzberg (1998), liderliğin üç seviyede uygulanabilir olduğunu, bireysel seviyede yapılan liderliğin koçluk yapma, önderlik etme ve motive etmeyi kapsadığını, grup seviyesinde yapılan liderliğin, takımların oluşturulması ve çatışmaların çözülmesini kapsadığını, örgütsel seviyede yapılan liderliğin ise örgüt kültürü oluşturmayı kapsadığını belirtmektedir.

Örgüt içi ve dışı arasında iletişim ve bağlantı kurma yani irtibat sağlama rolü (Liaison):

Mintzberg (1975), yönetim literatüründe liderlik rolünün her zaman açıklanmakta ve vurgulanmakta olduğunu ancak son dönemlere kadar yöneticinin dikey hiyerarşi dışında kurduğu iletişimin literatürde çok fazla yer bulmamış olduğu eleştirisine yer

vermektedir. Mintzberg (1975) yöneticilerin, kendi asları ve hatta kendi üstleri ile kurdukları iletişime ayırdıkları zamandan daha çok, diğer gruplara ve kendi birimi dışındaki birimlere zaman ayırmakta olduklarını söylemektedir.

Stewart (1965) tarafından günlüklerin, yöneticilerin çalışmalarında kullanılmaları üzerine yapılan çalışmada, Birleşik Krallıkta 160 orta ve üst düzey yöneticinin zamanlarının %47'sini eş statüdekilere ayırdığını, %41'ini kendi birimi içindeki kişilere ayırdığını ve %12'sini üstlerine ayırdığını göstermektedir. Mintzberg (1975) tarafından yapılan çalışmada ise 5 CEO'nun, zamanlarının yaklaşık %44'ünü kendi birimleri dışındaki kişilere ayırdığını, %48'ini aslarına ayırdığını ve %7'sini ise üstlerine ayırdığını ortaya koymaktadır.

Kindig ve Lastiri-Quiros (1989) tarafından ABD'de yapılan bir çalışma, yaşlı hekimlerin zamanlarının önemli bir kısmını yönetsel konulara ayırdıklarını, üst yönetici olan hekimlerin ise zamanlarının en fazla %10'unu klinik faaliyetlere ayırdıklarını ortaya koymaktadır.

2.1.1.2. Bilgi ile İlgili Roller

Bilgi ile ilgili roller, izleme ve fark etme rolü, bilgi yayma rolü ve resmi sözcü rolüdür.

İzleme ve fark etme rolü (Monitor):

Mintzberg (1975), yöneticinin asları, üstleri ve diğer iletişim kurdukları kişilerle sağladığı bağlantılar nedeniyle bulunduğu örgütün ya da örgütsel birimin sinir merkezi olduğunu belirtmektedir. Yöneticinin, her şeyi bilemediğini ancak genellikle aslarının bildiğinden daha çok şey bildiğini, bilgiyi işlemenin yöneticinin önemli işlerinden biri olduğunu, çalışması kapsamında yer alan 5 CEO'nun, zamanlarının %40'ını bilgiyi dönüştürmek için harcadıklarını, kendilerine gönderilen elektronik postaların %70'inin sadece bilgi amaçlı gönderildiğini bulmuştur. İzleme rolü kapsamında bilgi aramak için bir yöneticinin sürekli çevresini taradığını, bu kapsamda elde ettiği bilgilerin çoğunu,

sözel olarak spekülasyonlar, dedikodular, kulaktan kulağa bilgiler şeklinde elde ettiğini dile getirmektedir.

Bilgi yayma rolü (Disseminator):

Mintzberg, yöneticilerin bazı özellikli bilgileri astlarına ilettiğini, aksi durumda astlarının bu bilgiye erişimden yoksun kalacaklarını, astların birbirleriyle zor bağlantı kurdukları durumlarda da yöneticinin bu bilgiyi birinden diğerlerine aktardıklarını belirtmektedir.

Örgütün resmi sözcülüğünü yapma rolü (Spokesperson):

Yöneticilerin görev yaptıkları birim dışındaki kişilere bilgi aktarma rolüne sahip olduğunu ayrıca örgütü etkileme gücü olan kişileri de bilgilendirmek ve memnun etmek durumunda olduklarını ifade etmektedir.

2.1.1.3. Karar Verme ile İlgili Roller

Mintzberg (1975), bilginin bir son olmadığını, bu nedenle sadece bilgiye ulaşmak gerektiğinde onu dağıtmanın bir işe yaramayabileceğini, ancak bilginin, karar verme için önemli bir girdi olduğunu söylemektedir. Yönetimsel çalışmalarda çok açık olan husus, örgütün karar verme sisteminde yöneticinin önemli bir rol oynadığıdır. Formal otoriteye sahip olduğu için yöneticinin, örgütü önemli bir gidişata doğru yönlendirebileceğini ve bulunduğu örgütün sinir merkezi olduğundan, başında olduğu birimin stratejisine karar verecek ve kararların alınmasını sağlayacak gerçek, tam ve geçerli bilgiyi elinde bulundurduğunu söylemektedir. Bu kapsamda yöneticinin fırsatları değerlendirme ve girişimcilik yapma, karışıklıkları ve sorunları giderme, kaynak ayırma ve dağıtma, ara buluculuk etme ve müzakerecilik rollerini yerine getirdiğini ifade etmektedir.

2.1.2. Zuckerman ve Dowling Modeli

Sağlık sektörüne özgü yönetsel rolleri tanımlamaya dönük bir çalışma, 1997 yılında Zuckerman ve Dowling tarafından yapılmıştır. Üçlü yönetsel rol modeli kapsamında yöneticilerin rollerini tasarımcı (designer), stratejist ve lider rolü olarak sıralamaktadırlar.

Tablo 2. Yönetici Roller

1. Tasarımcı rolü
a. Üretim fonksiyonları
b. Bilgi sistemleri
c. Sürekli kalite iyileştirme
d. İnsan kaynakları
e. Profesyonellerle olan ilişkiler
f. Katılımcı yönetim
2. Stratejist rolü
a. Çevreyi etkileme ve çevreye verilen tepkiler
b. Değişen piyasa koşullarına uyum sağlama
3. Lider rolü
a. Örgütün değerlerinin koruyucusu
b. Örgütün misyonunu belirlemek ve yerine getirmek

Kaynak: Zuckerman ve Dowling, 1997.

Zuckerman ve Dowling (1997) tarafından ortaya konulan üçlü yönetsel rol modeli, sağlık sektörü yöneticilerine özgü olmasına rağmen kamu ve özel olmak üzere tüm sektöre genellemesinin yapılamayacağı ortaya konulmalıdır. Bir diğer nokta ise modellerin zamana ve ortaya çıkış yerine özgü olma özelliklerinin bulunabilmesidir. Birçok değişkenin fonksiyonu olarak ortaya konan modeller, koşul bağımlılık özelliği taşıyabilmektedir.

2.1.3. Guo Modeli

Guo tarafından 2002 yılında akademik tıp merkezlerinde görevli CEO'ları kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Guo tarafından ortaya konulan modelin, Zuckerman ve Dowling (1997) tarafından ortaya konulan üçlü yönetsel rol modeli ile benzer yönleri bulunmaktadır. Bu modelde yöneticilerin stratejist, iletişimci ve yetki devredici rollerini tanımlamaktadır. Bu roller, akademik tıp merkezlerindeki yöneticilerin sorumluluklarını tanımlamasına rağmen rollerin performansı ile ilişkili olan yönetsel becerileri tanımlamakta eksik kalmaktadır. Çünkü yöneticilerin, yönetsel becerileri sayesinde rollerini yürütürken etkili bir iş performansına sahip olmaları beklenmektedir.

Guo (2003) tarafından yönetsel rol ve becerilere yönelik yapılan bir diğer çalışmada Mintzberg (1975)'in 10 rolünden altısının üst düzey yöneticilerce önemli görüldüğü vurgulanmaktadır. Bu 6 rolün liderlik etme rolü (Leader), örgüt içi ve dışı arasında iletişim ve bağlantı kurma yani irtibat sağlama rolü (Liaison), izleme ve fark etme rolü (Monitor), fırsatları değerlendirerek girişimcilik yapma ve stratejist rolü (Entrepreneurial strategist), karışıklıkları ve sorunları giderme rolü (Disturbance handler), kaynak ayırma ve dağıtma rolü (Resource allocator) olduğunu belirtmektedir.

Tablo 3. Yönetmel Beceriler

I. Kişilerarası Roller: (Aşağıdaki becerileri gerektirmektedir.)
A. Güdüleme (Etkileme, ikna)
B. Grup ve Takım Davranışı (Eşleşme, koçluk, ikna)
C. Dinleme
1. <i>Lider</i> - Örgütün yönünü ve amacını belirler
2. <i>Birleştirici</i> - Örgütün doğasını geliştirmeye yarayan bilgiyi sağlayabilecek pozisyonda olan kişilerle iletişim ağı kurar.
II. Bilgilendirici Rolü: (Aşağıdaki becerileri gerektirmektedir.)
C. Dinleme
D. İletişim
E. Bilgi Paylaşımı
3. <i>İzleyici</i> - Bilgi toplar ve sorun alanlarını belirlemeye çalışır.
III. Karar Verme Roller: (Aşağıdaki becerileri gerektirmektedir.)
D. İletişim
F. İhtilaf çözümü
G. Operasyon Yönetimi
H. Bilgi Sistemleri Yönetimi
I. Teknik bilgi
J. Koordinasyon
K. Tasarım/Yeniden Tasarım
L. Stratejik Planlama
M. Değişim Yönetimi
4. <i>Sorun Çözücü</i> - Tüm ana sorunları çözer ve örgütte istikrarı sağlar.
5. <i>Kaynak Dağıtıcısı</i> - Uygun kaynakları farklı projeler arasında dağıtır.
6. <i>Girişimci Stratejist</i> - Tasarlar, yeniler ve risk alır ve örgütü geliştirme fırsatlarını araştırır.

Kaynak: Guo, 2003.

2.1.4. Quinn Modeli

Quinn, Faerman, Thompson, McGrath (1990), etkili olmak isteyen yöneticilerin sergilemeleri gereken 8 yönetsel rolün bulunduğunu vurgulamaktadırlar. Bu roller mentörlük rolü, kolaylaştırıcılık (facilitator) rolü, izleme (monitor) rolü, koordinatör (coordinator) rolü, direktörlük (director) rolü, üreticilik (producer) rolü, brokerlik (broker) rolü ve yenilikçilik (innovator) rolüdür. Bu roller kapsamında yerine getirilmesi gereken yetkinlikleri de sıralamaktadırlar. Her rol kapsamında en az 3 farklı yetkinliğe sahip olunması gerektiğini ortaya koymaktadırlar. Bu model, Tablo 4'te gösterilmektedir.



Tablo 4. Quinn ve Diğerlerince Etkili Yöneticinin Roller ve Sahip Olması Gereken Yetkinlikler

Mentör rolü	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kendini ve diğerlerini anlayabilmek 2. Etkili bir şekilde iletişim kurabilmek 3. Astlarının gelişmesini sağlayabilmek
Kolaylaştırıcılık rolü	<ol style="list-style-type: none"> 4. Takım ve ekip oluşturabilme 5. Katılımcı karar verme yöntemlerini kullanabilme 6. Çatışmaları önleyebilme
İzleme rolü	<ol style="list-style-type: none"> 7. Bireylerin performansını izleyebilmek 8. Birimlerin topluca performansını izleyebilmek 9. Örgütün tümünün performansını izleyebilmek
Koordinatör rolü	<ol style="list-style-type: none"> 10. Projeleri yönetebilme 11. İşleri ve süreçleri tasarlayabilme 12. Faaliyetleri yönetebilme
Direktörlük rolü	<ol style="list-style-type: none"> 13. Vizyon oluşturma 14. Planlama yapabilme 15. Amaçları belirleme 16. Tasarım ve örgütlenme 17. Yetki devri yapabilme
Üretici rolü	<ol style="list-style-type: none"> 18. Verimli çalışabilme 19. Üretken bir iş atmosferi oluşturabilme zamanı ve stresi yönetebilme
Brokerlik rolü	<ol style="list-style-type: none"> 20. Otorite kurma ve devam ettirebilme 21. Yeni fikirler ortaya koyabilme 22. İkna edebilme 23. Örgütsel bağlılığı oluşturabilme,
Yenilikçilik rolü	<ol style="list-style-type: none"> 24. Değişim fikrine her daim sıcak bakma 25. Yaratıcı düşünebilme 26. Değişim yaratabilme

Kaynak: Quinn ve diğerleri (1990).

Quinn ve diğerkleri (1990), çalışmalarında yönetsel rollere ilişkin durumsal farklılıkların önemine değinmektedirler. Benimsenen tek bir yönetsel rolün karmaşık durumlarda yöneticiler için yeterli gelmeyeceğini bu nedenle, yöneticilerin karmaşık durumları farklı perspektiflerden değerlendirmelerini sağlayacak çoklu rolleri yerine getirmesi gerektiğini işaret etmektedir.

2.1.5. Nzinga Modeli

Nzinga ve diğerkleri (2013) tarafından Kenya'da yapılan başka bir araştırmada, yöneticilerin mentor ve koçluk, amaç belirleme ve hedefleri biraraya getirme, terapist ve güdüleyici, stratejist ve görüşmeci, karar verici ve sorun çözücü, bilgi yöneticisi ve iletişimci rollerine sahip olduklarını ayrıca kişilerarası becerilere sahip olmaları gerektiğini, taşımaları gereken diğer özelliklerin ise dürüstlük, yetki devri yapabilme ve hesapverebilir olma olduğunu belirtmektedirler.

2.2. YÖNETSEL BECERİLER

Yöneticilerin yaptıkları işlerin, çeşitli roller temelinde tanımlandığı, yönetsel rolleri yerine getirebilmek için de yöneticilerin çeşitli becerilere sahip olmaları gerektiği belirtilmişti. Mintzberg'e (1975) göre yöneticilerin etkili olmaları, önemli ölçüde işlerine olan bakış açıları tarafından belirlenmektedir. Performans, bir yöneticinin işi ile ilgili çelişki ve baskıları ne ölçüde algıladığı ve onlara ne kadar iyi cevap verdiğine bağlıdır. İşi ile ilgili kendi kendini gözlemleyip değerlendirebilen bir yöneticinin, içinde etkili olması muhtemeldir.

Yöneticilerin yönetim becerilerine sahip olmaları, örgüt olarak amaçlarına ulaşılmasının önemli belirleyicisidir. Yönetim becerileri, doğuştan insana bahşedilmiş olmayıp farklı eğitim yöntemleriyle kazandırılabilir ve zaman içinde geliştirilebilecek özellik taşımaktadır.

Yöneticilerin sahip olması beklenen yönetsel beceri çeşitliliği, bir işteki rollerin gerektirdiği farklı faaliyetlerin derecesidir. Yöneticilerin motivasyonunu ve iş

performansını artıran unsur, yönetsel bilgi ve beceriye sahip olma düzeyidir. Görevlerini yerine getirebilecek yeterli derecede bilgi ve beceriye sahip yöneticiler, iş performansına yönelik pozitif duygular taşımaktadırlar. Yöneticinin yönetim faaliyetlerinin her birinde yeterli olması, bilgi ve beceri düzeyinde kritik yetkinliklere hâkim ve sahip olmasına bağlıdır. Yetkinlikleri sayesinde yönetici, örgütsel başarıya katkıda bulunabilecektir.

Beceri, yöneticilerin yaptıkları işin bütünü oluşturarak davranış setlerini yerine getirebilmeleri için sahip oldukları veya kazanılıp geliştirilmesi mümkün yetenekler olarak tanımlanabilir. Literatürde yöneticilerin sahip olması gereken becerilerin bir süredir araştırmacıların ilgisini çektiği görülmektedir.

Yönetim görevini yerine getiren kişinin bazı kişilik özelliklerine sahip olması gerekmektedir. Yöneticilerin iş başarısında etkisi olan kişisel özellikleri; planlı ve akılcı olmaları ile rasyonel karar verebilme ve iletişim becerilerini kapsar. Bunların dışında, diğer insanlara ve dış dünyaya odaklanma, vizyon oluşturma, örgütü temsil etme, otorite kullanma, yeni yetenekleri destekleme, kendini olumlu algılama, soru sorma ve dinleme, sonuca odaklanma, belirgin amaçlar oluşturma, risk ve sorumluluk alabilme, düşünce ve eylemi birleştirebilme gibi temel özelliklerin yöneticilerde olması arzu edilir (Whetten, 1995).

Peker (1994), yönetici yetkinlikleri ve bu yetkinliklerin önem derecesini belirlemek üzere lisans düzeyi son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada yönetici yetkinliklerini 20 farklı şekilde sıralamıştır. Bunlar, planlama bilgi ve becerisi, planı yorumlayabilme, sorun çözme yöntem bilgi ve becerisi, kaynakları örgütleyebilme, yönelme bilgi ve becerisi, etkili iletişim kurma becerisi, yönetim bilimleri alanında bilgi sahibi olma, yönetim bilgisini kullanabilme becerisi, toplum sorunlarına dönüklük, uluslar arası ilişkilerin önemini kavrama becerisi, liderlik becerisi, çalışanları motive etme becerisi, halkla ilişkiler becerisi, kontrol ve düzeltme becerisi, astlarını yetiştirme becerisi, personel yönetimi, kantitatif karar verme teknikleri bilgi ve becerisi, yabancı dil bilme becerisi olarak sıralanmıştır.

1887 yılında Amerika'da Woodrow Wilson, insanların iyi bir yönetici olarak doğmadıklarını, yönetim sanatı ve biliminin öğrenilebilir özellikte olduğunu ortaya koymuştur. Boyatzis, 1982 yılında 12 farklı örgütte 41 farklı görev yürüten 2000 yönetici üzerinde, yöneticilerin etkili olmalarını sağlayan özellikleri üzerine ampirik bir araştırma yaparak bütüncül sistem yaklaşımını ve bireysel yetkinlik modelini ortaya koymuştur. Yöneticilerin sahip olması gereken beceri ve özelliklerin, kavramlaştırma (conceptualisation), kamusal güç ihtiyacı (socialized power), grup sürecini yönetme (managing group process), hatasız öz değerlendirme yapma (accurate self assessment), kişilerin gelişimini sağlama (developing others), tek taraflı güç (unilateral power), içinden gelerek iş yapma (spontaneity), özdenetim, objektif olma (perceptual objectivity), yakın ilişkiler kurma (concern with close relationships) olduğunu ortaya koymuştur.

Yöneticinin sahip olması gereken temel becerinin bütünü görebilme ve değerlendirebilme becerisi olduğu söylenebilir. Mintzberg (2012), bir kurumda, örgüt şemasında yer alan birimlerin, birim olduklarının farkında olup kendileriyle ilgili hedeflere yönelip bütüncül bakma kabiliyetine sahip olmadıklarında o örgütün başarılı olamayacağını belirtmektedir. Yöneticinin yapması gereken bütüncül bakma becerisine sahip olması ve çalışanları ortak kurumsal amaçlar doğrultusunda yönlendirebilmesidir.

2.2.1. Katz'ın Yönetmel Beceriler Modeli

Yöneticilerin sahip olması gereken becerilerin ele alındığı çalışmalardan en önemlisi Katz (1955) tarafından yapılan çalışmadır. Robert Katz tarafından 1955 yılında Harvard Business Review'da yayınlanan "Etkili Yöneticilerin Becerileri" adlı çalışma bu konuda öncü niteliği taşımaktadır.

Katz (1955) etkili yönetimin 3 temel bireysel beceriye bağlı olduğunu savunmaktadır. Bu beceriler teknik (technical), insani (human) ve kavramsal (conceptual) becerilerdir. Teknik beceri, belirli bir faaliyet ya da iş hakkında bilgiye ve bunu yapma konusunda yeterliliğe sahip olma olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir alandaki yetkinlikleri, analitik kabiliyeti, uygun araç ve teknikleri kullanabilme maharetini içermektedir. Alt ve orta düzey yöneticiler için en önemli beceri türünün teknik beceri olduğu belirtilmektedir.

İnsani beceriler ise insanlarla çalışabilme ve ilişki kurma kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Çalışanları motive etmeyi, performanslarını değerlendirme ve geliştirme faaliyetlerini kapsamaktadır. Katz (1955), insani becerilerin tüm düzey yöneticiler için eşit öneme sahip olduğunu belirtmektedir. Kavramsal beceri, fikirlerle çalışabilme olarak tanımlanmaktadır. Kavramsal beceri, örgütün karmaşıklığını, örgüt içi süreçleri ve örgütün potansiyelini anlayabilme, örgüt içi süreçler hakkında bilgi sahibi olma, sorunları ve fırsatları tanımlayabilme, en uygun çözümleri formüle edebilme ve uygulayabilme, karar verebilme becerilerini ifade etmektedir.

Yönetim fonksiyonları olarak adlandırılan faaliyetler planlama, örgütlenme, yöneltme ve kontroldür. Yöneticilerin, yönetim fonksiyonlarını yerine getirmesi için bir takım yönetsel becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Katz tarafından teknik, insan ilişkileri ve kavramsal beceri olarak adlandırılan yönetsel becerilere örgütün farklı kademelerinde bulunan yöneticilerin, değişen oranlarda sahip olması beklenmektedir. Örneğin, alt kademe yöneticiler, daha fazla teknik beceriye sahip olmalıdır. Çünkü alt kademe yöneticilerin, çalışanlar tarafından yerine getirilen görevleri bizzat kontrol etmeleri, sürece yakından müdahalede bulunmaları gerekmektedir. Çalışanlarca yapılan işlerin denetlenebilmesi için öncelikli olarak o işin nasıl yapıldığının ve aşamalarının bilinmesi kısaca o işle ilgili teknik bilgiye sahip olunması gerekmektedir.

Yönetim düzeyi yükseldikçe karşılaşılan sorunların farklılaşması ve giderek karmaşıklaşması beklenmektedir. Böyle durumlarda, problemi doğru tanımlamak, örgüte bütüncül bakabilmeyi ve problem nedenlerini analiz edebilmeyi gerektirmektedir. Bu noktada devreye giren ise kavramsal beceridir. Yöneticiler ister alt kademede ister üst kademede görev yapsınlar örgütteki çalışanlarla iletişim içinde olmak ve onları örgütsel amaçlar doğrultusunda yönlendirmek durumundadırlar. Bu nedenle yöneticilerin sahip olması gereken insan ilişkileri becerisi tüm yöneticiler için eşit derecede önemlidir.

2.2.2. Mumford'un Yönetsel Beceriler Modeli

Bir diğer önemli yönetim becerilerini ortaya koyan çalışma ise Mumford, Zaccaro, Harding, Jacobs ve Flesihman tarafından 2000 yılında yapılan çalışmadır. Literatürde

yer alan yönetsel becerileri konu alan çalışmaların bu iki çalışmayı kıyaslayan, bir araya getiren ve farklılıklarını ortaya koyanlar olarak gruplamak mümkündür.

Mumford ve diğerleri, 2000 yılında yöneticilerin bilgi ve becerileri arasındaki ilişkileri incelemiştir. Çalışma sonucunda ortaya koydukları model, bilgi ve becerinin bir bütünü olan yetkinlik (capability) modeli olarak adlandırılmaktadır. Mumford ve diğerleri, yaptıkları çalışmalarında bilgi ve becerinin bileşimini yetkinlik olarak adlandırmakta, yönetici yetkinliklerinin zaman içinde eğitim ve tecrübe ile geliştirilmesinin mümkün olduğunu savunmaktadırlar. Yöneticilik özelliklerinin bahsedilmiş olduğuna dayanan mükemmel insan (great man) yaklaşımının aksine, bu modelde herkesin yöneticilik için aday olabileceğini vurgulamaktadırlar.

Mumford ve diğerleri (2000)'ne göre yöneticinin ne yaptığından ziyade bilgisi ve becerisine odaklanması gerekmektedir. Mumford ve diğerlerinin yönetsel beceri bazlı modeli beş bileşenden oluşmaktadır. Bunlar, yetkinlikler (competencies), bireysel özellikler (individual attributes), liderlik sonuçları (leadership outcomes), kariyer tecrübeleri (career experiences) ve çevresel etkiler (environmental influences)' dir. Kişisel özellikler bileşeni altında, genel bilişsel yetenek, kristalize bilişsel yetenek, motivasyon ve kişilik yer almaktadır. Yetkinlik bileşeni altında sorun çözme becerileri, sosyal yargılama becerileri ve bilgi yer almaktadır. Liderlik sonuçları bileşeni altında ise etkili sorun çözme becerisi ve performans yer almaktadır.

Tablo 5. Mumford ve Diğerlerinin Yetkinlik Modeli

<u>Yetkinlikler</u>	<u>Bireysel Özellikler</u>	<u>Liderlik Sonuçları</u>	<u>Kariyer Tecrübeleri</u>	<u>Çevresel Etkiler</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Sorun çözme becerisi • Sosyal yargılama becerisi • Bilgi 	<ul style="list-style-type: none"> • Genel bilişsel yetenek • Kristalize bilişsel yetenek • Motivasyon • Kişilik 	<ul style="list-style-type: none"> • Etkili sorun çözme becerisi • Performans 		

Kaynak: Mumford ve diğerleri (2000).

Mumford ve diğerlerine (2000) göre sorun çözme becerisi, bir liderin yaratıcı çözümler ortaya koyabilmesini ifade etmektedir. Yöneticinin sorun çözme becerisi, önemli sorunları tanımlayabilme, sorunla ilgili bilgi toplayabilme, soruna yönelik yeni bir anlayış formüle edebilme ve sorunun çözümü için genel prototip planlar geliştirebilmeyi içermektedir. Sosyal yargılama becerisi ise insanları ve sosyal sistemi anlama becerisidir. Bireysel özellikler bileşeni altında yer alan motivasyon dışındaki beceriler biyolojik kökenli olup tecrübeyle ilgisi bulunmamaktadır. Liderin motivasyonuna ise Mumford ve diğerleri (2000) tarafından özellikle vurgu yapılmaktadır. Yöneticilik pozisyonunda bulunan kişinin işine karşı istekli ve gönüllü olması gerektiği belirtilmektedir.

Yönetim becerilerini, sektörel bazda ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Bu tezin konusu sağlık sektörü yöneticilerine odaklandığından izleyen kısımda sağlık sektörü yöneticilerinin becerilerini konu alan bir grup çalışmaya yer verilecektir.

2.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNE ÖZGÜ YÖNETSEL BECERİLER

Yöneticilerin sahip olması gereken becerilere yönelik yapılan çalışmalar yanında sağlık sektöründeki yöneticilerin sahip olması gereken becerilere yönelik literatürde yapılan çalışmalar bulunmaktadır.

Sperry (2003), “Etkili Bir Sağlık Hizmetleri Yöneticisi Olmak: Gerekli Liderlik Becerileri” başlıklı kitabında, sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken becerileri 12 beceri seti şeklinde sıralamaktadır. Bu beceriler Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sahip Olması Gereken Beceri Setleri

1. Bağlılığı artırma ve motivasyonu sağlama
2. Takım performansını en üst düzeye çıkarma
3. Performansı artırmak için yetki devri yapma
4. Etkili stres ve zaman yönetimi
5. Etkili iletişim
6. Çatışma yönetimi ve ikna kabiliyeti
7. Yüksek düzeyde performans ve gelişim için koçluk yapma
8. Yüksek düzeyde performans ve gelişim için rehberlik yapma
9. Stratejik düşünme ve karar verme
10. Bütçeleme sürecine hâkim olma
11. Finans ve insan kaynakları konusuna hâkim olma ve bu kaynakları kontrol altında tutma
12. Örgütün ve kişisel kaynakları değerlendirme ve uygun hale getirme

Kaynak: Sperry, 2003.

Lin ve diğerleri (2007) yaptıkları “Yönetim Geliştirme: Yönetici Hemşirelerin Faaliyetleri ve Becerileri” adlı çalışmasının bir bölümünde iş özellikleri kuramı kapsamında yöneticilerin etkililiklerini sorgulamaktadır. Leggat tarafından 2007 yılında Avustralya’da yapılan “Takım Çalışması Yetkinliklerini Belirleme” adlı çalışmada yöneticilerin yetkinlik algılamaları Tablo 7’de yer alan beceriler kapsamında

belirlenmeye çalışılmıştır. Leggat adı geçen çalışmada, sağlık profesyonellerinin lisans ve lisansüstü eğitimleri süresince takım çalışması becerilerini geliştirici çok az ders bulunduğunu, takım çalışması becerilerinin daha ziyade iş başında öğrenildiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 7. Yönetmel Beceriler

1. Etkileme becerisi
2. Bilgiyi analiz edebilme becerisi
3. Çatışma yönetimi becerisi
4. Karar verme
5. Liderlik
6. Dinleme
7. İzleme ve değerlendirme
8. Güdüleme
9. İkna etme ve görüşme yönetimi
10. Grup danışmanlığı
11. Performans yönetimi
12. Planlama
13. Geribildirimde bulunma
14. Öz yönetim becerileri
15. Zaman yönetimi
16. Sözlü iletişim
17. Yazılı iletişim

Kaynak: Leggat, 2007.

Milicevic, Mikanovic, Supic ve Vasic (2010) Sırbistan’da 14 birinci basamak sağlık yönetimi ekibine yönelik yaptıkları çalışmada, sağlık yönetimi eğitimi almadan önce ve sonraki 6 temel yetkinliği değerlendirmişlerdir. İncelenen bu yetkinlik alanları, iletişim, ekip (takım) kurma, planlama, öncelik belirleme, performans değerlendirme, problem çözme ve liderlik etmeden oluşmaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası en fazla yetkinlik boşluğunun, performans değerlendirme becerisinde olduğunu bulmuşlardır.

Milicevic ve diğeri (2010), yönetsel yetkinlik matrisinin, uygulamalı yönetsel yetkinlikler ve temel entelektüel (kavramsal) yönetsel yetkinliklerden oluştuğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yönetsel yetkinliklerin, işle ilişkili olması nedeniyle direkt olarak ve bağlamı dışında ölçülemeyeceğini belirtmektedirler.

Ileri ve diğeri (2011) tarafından Birleşik Krallıkta 189 hekim yönetici üzerinde yapılan araştırmada, ekip çalışması becerisi, kendi ile ilgili farkındalık, kendini yönetme ve geliştirme gibi kişisel nitelikler, planlama, kaynakların, hizmetlerin ve performansın yönetimi gibi hizmet yönetimi, hasta güvenliğini sağlama, kritik değerlendirmeler yapma, yeniliği teşvik etme ve dönüşümü hızlandırma gibi hizmet geliştirme alanlarında toplam 5 yönetsel yetkinlik bileşeni kullanılmıştır.

Pillay (2008a) tarafından Güney Afrika'da 116 kamu sektörü, 87 özel sektör yöneticisine yönelik yapılan araştırmada hastane yöneticileri için önemli 39 farklı yönetsel beceri bulunduğunu ortaya koymakta ve bu becerileri planlama, örgütlenme, yönetme, denetleme, yasal ve etik konular, özyönetim ve sağlık hizmeti sunumuna yönelik özel beceriler olmak üzere 7 yönetsel yetkinlik bileşeni olarak gruplandırmıştır. Sözü edilen yönetsel beceriler, Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Becerileri

Bilgisayar kullanımı becerileri	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi
Tıbbi enformatik becerisi	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi
Değişim yönetimi becerisi	Çalışanları güdüleme becerisi
Çalışanları ve takımları yönetme becerisi	İletişim becerisi
Çatışma çözme becerisi	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi
Yasal konuları analiz etme becerisi	Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi
Finansal performans değerlendirme becerisi	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi
Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisi	İnsan kaynakları yönetimi becerisi
Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi	Stratejik düşünme becerisi
Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi
Sağlık sistemine bütüncül ve analitik bakabilme becerisi	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi
Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık
Tıbbi süreçleri denetleme becerisi	Sağlığı geliştirme becerisi
Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi
Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi
Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi	Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi
Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi	Zaman yönetimi becerisi
İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi	Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi
Kendini geliştirme becerisi	Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi
Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi	

Kaynak: Pillay, 2008.

Stefl (2008) tarafından yapılan “Tüm Sağlık Yöneticileri İçin Ortak Yetkinlikler” isimli çalışmasında kullandığı yetkinlik bileşenleri; iletişim ve ilişki yönetimi, liderlik, profesyonellik, sağlık hizmetleri sektör bilgisi, finans yönetimi, insan kaynakları yönetimi, örgütsel dinamikler ve yönetişim, stratejik planlama ve pazarlama, bilgi yönetimi, risk yönetimi, kalite yönetimi gibi iş becerileri ve bilgilerinden oluşmaktadır.

Bax, Berkenbosch, Busari tarafından 2011 yılında Hollanda’da 127 kişi üzerinde yapılan çalışmada, yöneticilik görevini yürüten hekimlerin yetkinliklerine yönelik algılamaları ölçülmüş ve buna göre eğitim ihtiyaçları ortaya konulmuştur. Yönetici hekimlerin algılanan yönetsel yetkinlik alanları Tablo 9 ’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Yönetici Hekimlerin Algılanan Yönetsel Yetkinlik Alanları

1.	Zaman yönetimi
2.	Hasta bakımı ve uygulama gerekleri arasında denge kurabilme
3.	Hasta bakımı ve özel hayat arasında denge kurabilme
4.	Geri bildirimde bulunma
5.	Alınan geri bildirimleri değerlendirebilme
6.	Liderlik rollerini uygulayabilme
7.	Çatışmaları ele alabilme
8.	Komite ve toplantıları yönetebilme
9.	Meslektaş politikası
10.	Sağlık sisteminin organizasyonu hakkında bilgi sahibi olma
11.	Kurumdaki tıbbi bölümlerin organizasyonu hakkında bilgi sahibi olma
12.	Haklar ve görevler
13.	Yapılan hatalar
14.	Önleyici sağlık hizmetleri
15.	Kaynakların kanıta dayalı tıp ilkelerine göre dağıtımı
16.	Bilgi teknolojileri kullanabilme
17.	Tıbbi bilgisini güncel tutma
18.	Sağlık hizmetlerini faturalandırma
19.	Kalite süreçlerini iyileştirme
20.	Gerçek ihtiyaçlara göre kaynakların dağıtımı

Kaynak: Bax ve diğerleri (2011).

Stoller (2008) tarafından yapılan yönetici hekimlerin yetkinliklerine yönelik bir çalışmada 6 alanda yetkinliğe sahip olunması gerektiği ortaya konulmaktadır. Bunlar; teknik beceri ve bilgi (operasyonel, finans, bilgi sistemleri, insan kaynakları ve stratejik planlama), sektörel bilgi (klinik süreçler, yasal düzenlemeler, sağlık hizmetlerindeki

eğilimler), problem çözme becerileri, duygusal zekâ, iletişim ve hayat boyu öğrenme merakından oluşmaktadır. Stoller (2008), çalışmasında bu yetkinliklere dayalı olarak yönetici hekim yetiştirme ve geliştirme programlarındaki müfredat programlarını karşılaştırmalı olarak incelemiştir.

MacKinnon ve diğerleri (2004) tarafından Kanada’da sağlık hizmetleri yöneticilerinin yetkinlikleri üzerine yapılan araştırmada, yetkinlikler takım oluşturma, dinleme, etkili değişim yönetiminde esneklik, sözel iletişim ve tüketicilere karşı sorumluluk olmak üzere 5 grup altında kategorize edilmiştir.

Empey, Peskett ve Lees (2002)’e göre hekimlerin yönetici olarak atanabilmeleri için uygun bir eğitim, değerlendirme ve rekabet kuralları çerçevesinde atanmalarını sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır. Levenson, Dewar ve Shepherd (2008) tarafından yazılan “Profesyonellik Zırhı: Doktorları Anlamak” başlıklı çalışmada, İngiliz Tabipler Birliğinin, hekimlerin tıp eğitiminin bir parçası olarak yönetim eğitimi almalarının sağlanmasına yönelik bir bildiri yayınladıklarını ifade ederek hekimlerin yönetim konularına gittikçe artan oranda ilgi duyduklarının altını çizmektedir.

2.4. YÖNETSEL YETKİNLİK

Boyatzis (1982) yetkinlik (competency) kavramının, becerileri simgelediğini ifade etmektedir. Yetkinlik, kişinin ne yapması gerektiğini değil, neyi yapabildiğini, işyerine gelirken beraberinde getirdiği bireysel yetenek ve kabiliyetlerini tanımlayan bir kavramdır. Etkili ve/veya üstün performans sergilenebilmesi için yetkinlikler temel gerekliliklerdir. Yetkinlik, sahip olunan bilgi ve beceriler için kullanılan, bilişsel ve uygulamaya dönük becerilerin bir başka ifade şeklidir.

Drucker (1986), etkili yönetim için yöneticilerin sahip olması gereken yetkinlik alanlarını, zaman yönetimi, doğru öncelikleri belirleme, etkili karar verme, belli güçlü yanların nerede ve ne zaman çabaya dönüştürüleceğini tanımlama ve örgüte yapılacak katkıyı tanımlama olarak sıralamaktadır.

Yetkinliği, yeterlik (yeterlilik) olarak tanımlayanlar da vardır. Farklı sektörlerde sahip olunan bilgi ve becerileri atfen kullanılan kavramlarda farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin eğitimde yönetici yetkinlikleri, daha ziyade yeterlik olarak literatürde kendine yer bulmuştur.

Başaran'a göre yeterlik, insanın bir davranışı yapmak için gerekli bilgiyi ve beceriyi kazanması olarak tanımlanmaktadır. Yeterliği oluşturan bu iki öğe, gereken düzeyde kazanıldığında, kişiyi davranışı yapmaya yetkili kılar. Bilgi, insanın karşı karşıya bulunduğu durumu irdelemek, anlamak, kendini anlatmak, durumun gerektirdiği eylemlerde bulunmak için kullandığı düşünceciir. Beceri ise, bir işin kolaylıkla, ustalıklarla, gereken nitelikte, yöntemde ve biçimde yapılabilmesidir. Bir konuda bilgili ve becerili olmak, o konuda insanın davranış yapmasını gerektirmeyebilir. Yeterliğin davranışa dönüşmesi için kişinin, o konuda tepki göstermeye elverişli tutumla donanmış olması gerekir (Başaran, 1998).

Görüldüğu üzere yönetsel yetkinlikler, yöneticilerce yerine getirilen işlemlere yönelik sahip oldukları bilgi, tutum, davranış ve yeteneklerdir. Yöneticilerin yerine getirdikleri faaliyetlere ilişkin sahip oldukları bilgi, kavrama, analiz, sentez, değerlendirme düzeyindeki öğrenmeleri tanımlamaktadır. Yöneticinin yetkin olması, performansının ölçülebilir olması, yerine getirdiği faaliyetlere yönelik verimlilik gibi kantitatif sonuçların ortaya konulabilir olması ile ilişkilidir. Yönetsel yetkinlikler, tüm yöneticiler için standart ve tek tip olmayıp buldukları yönetim düzeyine göre ve faaliyet gösterdikleri sektörlerle göre bazı farklılıklar gösterebilir.

Çetinkaya (2009) tarafından otomotiv sektörüne yönelik yapılan bir çalışmada, farklı yetkinlik modellerinden alınan unsurlar bir araya getirilmiş ve yönetsel yetkinlikler altı grupta toplanmıştır. Bunlar, 1. Teknik yetkinlikler, 2. İş yetkinlikleri, 3. Bilgi yönetimi yetkinlikleri, 4. Liderlik yetkinlikleri, 5. Sosyal yetkinlikler ve 6. Kişilerarası yetkinliklerdir. Sözü edilen çalışmada yönetsel yetkinlikleri ifade eden toplam 62 madde kullanıldığı belirtilmektedir.

Buraya kadar olan iki bölümde yönetim, fonksiyonları, meslek olarak değerlendirilmesi tartışmaları, yöneticinin rol ve becerileri ile yetkinlikleri konularındaki literatür ortaya

konulmaya çalışılmıştır. İzleyen bölümde sağlık kurumları ve yönetimi ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin örgütlenmesine ilişkin tartışmalar ve gelişmeler ortaya konacaktır.



3. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARI VE YÖNETİMİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık kurumlarının yapısı ile sağlık kurumlarının yönetiminde hekimlerin yerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Fişek (1985), sağlık hizmetlerini, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü ise, sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yaralanarak toplumun gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç grupta incelemiştir. Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır (Kavuncubaşı, 2000). Bunlar:

1. Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Sağlık kurumlarında profesyonel çok sayıda meslek grubu hizmet vermektedir. Kullanılan teknoloji ve uzmanlaşmış insan gücü, sağlık hizmetlerinin arzının pahalı olmasına neden olmaktadır.
2. Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık yüksektir. Sağlık kurumlarında farklı meslek mensuplarının faaliyetleri arasında koordinasyon ve ekip çalışması gereklidir.
3. Sağlık hizmetlerini sunanlar profesyonel kişilerdir. Sağlık kurumlarında örgütsel hedeflerden ziyade mesleki hedeflere önem verildiğinden çalışanların çabalarını örgütsel hedefleri gerçekleştirecek şekilde yönlendirmek gerekmektedir.

4. Sunulacak sağlık hizmetinin niteliğini ve miktarını belirleyen hizmeti alan taraf değil, hizmeti sunanlardır. Hizmeti alan hastaların sağlık ve tıp konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır. Sahip oldukları bilgiler, tedavi sürecinde izlenecek aşamaları etkileyecek düzeyde olmadığından hizmeti sunan ve alan taraf arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Tüm bu süreçlerde belirleyici ve anahtar rolde olan meslek mensupları hekimlerdir. Hekimlerin sahip olduğu otonomi (mesleki özerlik) nedeniyle sundukları sağlık hizmetlerine müdahaleyi ve manüplasyonu mümkün kılacak denetim mekanizmaları kurulamamaktadır.
5. Sağlık kurumlarında ikili hiyerarşi bulunmaktadır. Hastalara yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetinin sunulduğu poliklinik ve kliniklerin ve hekimlerin ile sağlık personelinin yönetimini kapsayan tıbbi yönetim; diğer hizmet sunan örgütlerdekine benzer yönetim işlevlerini kapsayan genel yönetimin bir aradalığını ifade eden bir kavramdır. Bu durum sağlık kurumları yönetiminin kendine has zorluklarını ortaya çıkarmaktadır.
6. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen faaliyet ve işlemler karmaşık ve değişkendir. Sunulan sağlık hizmeti standartlaştırılmaz, her hasta için özelliğli süreç izlenmektedir. Kısacası sağlık kurumlarında hastalık yoktur, hasta vardır.
7. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç acildir ve ertelenemez (elektif değildir). Farklı bir hizmetle bu ihtiyaç kompanse edilemez yani sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır. Aynı zamanda talep esnekliği katıdır. Sunulan hizmetlerin fiyatında meydana gelecek artışlar, talebi önemli ölçüde değiştirmez.
8. Sağlık hizmetleri hatalara karşı duyarlıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yapılacak bir hata, yapılan tüm doğruların olumlu etkilerini ortadan kaldırabilir. Tüm süreçlerde sıfır hata felsefesi benimsenmelidir.
9. Sağlık kurumlarında sayısal değerlere dayanan verimlilik ve performans ölçümlerinin gerçekleştirilmesi zordur. Çünkü sağlık kurumlarının temel amaçlarından biri toplumun sağlık statüsünün geliştirilmesidir. Örneğin yapılacak

aşı uygulamaları ile hastalıkların yol açacağı sakatlık ve ölümler azaltılarak toplumun sağlık düzeyi iyileştirilmektedir.

10. Sağlık kurumları ve klinikler düzeyinde ölçülebilir, homojen çıktılarının çoğunlukla olmaması genel performans değerlendirmesinin yapılmasını güçleştirmektedir. Sağlık kurumlarında hizmet sunulan kliniklerde hastaların standardize edilemeyen tedavi almaları ve bunu birbiri cinsinden ifade etmeye çalışarak yapılacak verimlilik ve performans ölçümlerinin sonuçları tartışmaya açık olacaktır.

11. Toplumda görülen ve özellikle dalga tipi yayılım özelliğine sahip hastalıkların tedavi edilmesiyle tüm toplum korunmuş olacağından, toplumun sağlık düzeyindeki iyileşmelerin, değişimlerin ölçülmesi zor olmakla birlikte ölçüt olarak hizmet çıktıları kullanılmaktadır. Bu durum, hizmeti sunan ve faydalanan tarafların dışında kalan üçüncü kişilerin, hizmetin sonuçlarından etkilenmesini ifade eden dışsallık kavramı ile ifade edilmektedir. Ayrıca sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ölçülmesi zordur.

Sağlık hizmetlerinin, diğer hizmet sektörleriyle kıyaslandığında kendine özgü nitelikler taşıması ve bunların neler olduğu sağlık yönetimi yazınında kendine oldukça geniş yer bulmuştur. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını ve çıktılarını kısa süre içerisinde gözlemleyebilmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine olan talebin sağlık hizmetleri arzını ortaya çıkarması özelliği çoğu zaman ikinci plana itilebilmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talep, arzı beraberinde getirdiği için sağlık hizmetlerinde öncelik sağlık kurum ve kuruluşlarından ziyade hizmeti alanlara yönelik olmalıdır.

Sağlık hizmetinin sunulduğu hastalar, kendilerine sunulan hizmetin içeriği ve kalitesi konusunda bilgi sahibi değildirler. Hastaların, sunulan hizmetin kalitesini ve çeşidini ölçmeleri, süreci değerlendirmeleri her zaman mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetinin kalitesi ve standardize edilmesi subjektif özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetlerin her seferinde aynı kalitede sunumunun sağlanması önemlidir. Bunun yanı sıra standardizasyon hizmette kaliteyi tek başına sağlamaz, standardizasyon; süreçlerdeki sürekli gelişim ile anlamlı hale gelir. Sağlık hizmeti sunulan hastaların ve

hizmeti sunan sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması gerekir. Kısacası, işin içine insan sağlığı ve yaşamı girdiğinde, hizmeti alanın da hizmeti verenin de maddi açıdan kısıtlarının olmaması gerekmektedir. Aksi takdirde burada gelişecek kısıtlar, geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilmektedir.

3.2. PROFESYONELLERİN ÖRGÜTÜ OLARAK SAĞLIK KURUMLARI

Mintzberg (1980), örgütler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, örgütsel yapılanmanın 5 temel bileşenin, işleyen çekirdek, stratejik üst kademe, orta düzey, teknokratlardan oluşan teknik düzey ve destek personeli olduğunu belirtmektedir. Basit yapılanmalı örgütlerde en önemli bileşenin stratejik üst kademe, makine bürokrasisinin egemen olduğu örgütlerde teknik düzey, profesyonel bürokrasinin olduğu örgütlerde ise işleyen çekirdek olduğunu ifade etmektedir.

Bu örgüt birimlerini dikkate alarak Mintzberg (1980), birbirinden farklı örgüt türlerinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar, makine bürokrasisi örgütleri, profesyonel örgütler, bölümlere ayrılmış/ çeşitlendirilmiş örgütler, adhokrasi tipi örgütler ve basit yapılanmalı örgütlerdir. Mintzberg hastaneleri, “profesyonel bürokrasi” olarak adlandırılan örgüt türü kapsamında değerlendirilmektedir. Bu örgütlerde, işleyen çekirdek bileşenin görevi karmaşık olmakla birlikte sadece eğitim almış meslek mensupları, yani hekimler tarafından yerine getirilmektedir. Mintzberg, profesyonel bürokrasilerin, makine bürokrasilerinden farkını, çıktılar yerine profesyonellerin becerilerinin standartlaşmış olduğunu, çalışma birimlerinin yüksek düzeyde otonomiye sahip olduğunu, birimler arasında yatay ve dikey entegrasyonun çok zayıf olduğunu belirtmektedir.

Makine bürokrasisi tipi örgütlerde ise, işbölümü ve uzmanlaşma bazında merkezi otoritenin olduğu, hiyerarşik yapı bulunmaktadır. Hiyerarşik olarak üst kademedeki olan yöneticilerin sahip oldukları otorite, orta ve alt kademedeki olan yöneticilerin inisiyatif kullanmalarına, özerk davranmalarına, rutin görev ve işleyişin dışına çıkmalarına, kuralların ve prosedürlerin dışına çıkan esnek ve koşullara göre değişen bir yapının varlığına izin vermemektedir.

Sağlık kurumları yönetiminin zorluğunun, aşırı işbölümüne dayalı uzmanlaşmanın ve profesyonelleşmenin hiyerarşik otoriteyi zayıflatıp kurumun yönetimini zorlaştırmasından kaynaklandığı söylenebilir. Sağlık kurumları yönetimi hekimlerin, uzmanların, profesyonellerin, farklı mesleklerin yönetimi anlamında kullanılabilir. Çünkü hekimler, işlerinde yüksek derecede otonomiye sahip olmayı talep eden bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Gereksiz olduğu düşünülen sağlık harcamalarını azaltmak, hekimlerin tıbbi süreçlerine müdahale etmeyi gerektirmektedir. Hekimlerin sahip oldukları, bu özel alana, kapalı sisteme dışarıdan etki edebilmenin uygulamada zorlukları bulunmaktadır. Bu özellikleri nedeniyle sağlık kurumları yönetimi, genellikle diğer örgüt biçimlerinde görülmeyen yönetim zorluklarına sahiptir. Unger ve diğerleri (2000), profesyonel bürokrasilerin, sağlık kurumları için riskli bir şablon olduğunu, bunun yerine sağlık kurumlarının bölümlere ayrılmış adhokrasi şeklinde yapılandırılmalarının avantajlarını ortaya koymaktadır.

Peter Drucker (1980) “Çalkantılı Zamanlarda Yönetim” adlı kitabında öğretmenler, muhasebeciler, pazar araştırmacıları, profesörler, satış görevlileri, mühendisler, kalite kontrol uzmanları, uzman tabipler gibi profesyoneller ile işletme yöneticilerinin birlikte görev yaptığı örgütleri, geleneksel piramit yapısındaki örgütler yerine çift başlı ejderha olarak adlandırmakta ve bu örgütlerdeki yöneticilerin, profesyonellerin mesleki bilgi, uzmanlık ve standartlarının geçerli olduğu özel alanlarına müdahale edemeyeceğinden bahisle, bu örgütleri yönetimin zorluğuna dikkat çekmektedir. Aynı zamanda profesyonel örgütlerde üst ve özellikle de orta düzey yöneticinin işlevsiz hale gelebildiğini farklı meslek ve örgüt türlerinden örnekler vererek ortaya koymaktadır.

Sağlık kurumları, farklı mesleklerin görev yapmaları nedeniyle farklı meslek kültürlerinin tek bir potada eritmeye çalışıldığı kurumlar olarak görülebilir. Scott (1982) hastaneleri, içinde yöneticileri ve profesyonellerin görev yaptığı ve bunların neredeyse eşit oranda güç ve otorite kullandığı birleşik profesyonel örgütler (conjoint professional organizations) olarak tanımlarken, Mintzberg (1980), hastaneleri profesyonel örgüt olarak tanımlamaktadır. Hastanelerde farklı ve aşırı uzmanlaşmış meslek mensuplarının görev yapmasını, örgütün yapısını belirlemede tek kriter olarak kullanmak yerine, hastanelerin içinde bulunduğu yasal çevre, hastane hizmetlerinin santralize ya da yerel desantralize yapıda olması, hastane yönetiminde seçilen

yöneticilerin sahip oldukları yönetim kültürü, yöneticilerin performanslarını değerlendirme kriterlerinin yapısı gibi çok bileşenli kriterleri kullanmak uygun olacaktır.

Sağlık kurumlarında, uygulamada sıklıkla hekim ve hekim dışı sağlık personeli olarak adlandırılan hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı, sosyal çalışmacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, biyolog, kimyager gibi farklı meslek mensupları görev yapmaktadır. Bu mesleklere otelcilik ve destek hizmetlerini sunan temizlik, güvenlik, sekreterlik ve yemek hizmetleri personeli de eklendiğinde koordinasyon, işbirliği ve kontrol işlevlerinin yerine getirilmesindeki zorluklar anlaşılır hale gelmektedir.

Her ne kadar sağlık hizmeti, ekip çalışmasını gerektirse de hekimlik mesleğinin sahip olduğu özerklik, işbölümünü zorlaştırdığı gibi profesyonelleşmeye dayalı rekabeti ortaya çıkarmaktadır. Psikiyatristler ve klinik psikologlar, fizyoterapistler ve fizik tedavi uzmanları arasındaki çatışma en bilinen örnekleri olsa da, diğer klinik uzmanları arasında da mesleki çatışma var olabilmektedir.

Sağlık kurumlarında görev yapan sağlık profesyonelleri ve yöneticiler, aynı örgütün farklı iki kültürünü ve yapısını oluşturmaktadırlar. Hekimler, profesyonel kültür (Thorne, 2002) içinde faaliyet gösterirler ve sahip oldukları en önemli güç kaynağı bilgidir. Yöneticiler ise düzen ve bürokrasiye dayalı görev kültürü (Thorne, 2002) içinde faaliyet gösterirler ve sahip oldukları en önemli güç kaynağı, buldukları makamdır. Galbraith'ın (1967) dediği gibi, "kim bilgiliyse güç doğrudan ona geçer ve eğer bilgiyi elinde tutan kişilerin bilgileri onlara özel ise, onların elindeki güçten daha büyüğü yoktur".

Sağlık kurumlarında güçlü olabilmenin yolu, bilginin ve bilgiye dayanarak yapılan becerilere sahip olmaktır. Sağlık kurumlarında yöneticilik yapmaya aday olanların gücü elde edebilmelerinin yolunun, gerekli yönetim eğitimi alma ve bu eğitime dayanarak becerileri ve tecrübeyi artırmadan geçtiği söylenebilir.

3.3. SAĞLIK KURUMLARININ YÖNETİMİNDE HEKİMLERİN YERİ

Sağlık kurumlarının kendine özgü karmaşık yapısı içerisinde yöneticilerden beklenen, çalıştığı tüm personelin, işletmenin amaç ve değerlerine güçlü bir şekilde inanmalarını sağlayarak, onlarda işletmenin yararına çaba harcama isteği oluşturması, bu sayede çalışanlarda kuruma bağlılık duygusu geliştirerek, kurumu gelişen ve değişen şartlara ayak uyduracak yapıya kavuşturmasıdır.

Sağlık kurumları, paylaştırılmış yönetime ihtiyaç duyarlar. Bir diğer ifade ile yönetsel faaliyetler, kim gerekli bilgi, beceri ve onları en etkili şekilde kullanacak ve uygulayabilecek bakış açısına sahipse o kişi ya da kişilerce yönetilmelidir. Bu da genellikle işbirliği yapılması anlamına gelmektedir. Sağlık kurumlarında, hemşireler bakım vermeye, hekimler ise tedavi etmeye odaklanırlar. Sağlık kurumları ise, tedavi etmekten çok bakıma ihtiyaç duyan kuruluşlardır. Sorunları düzelterek yönetmeye dayalı kahraman liderlerin gücünden çok, sağlık kurumlarını işlevsel hale getirecek yöneticilere ihtiyaçları vardır. Kendini adanmış ve parçalardan öte bir sistem ve bütün gözüyle bakabilen yöneticilere gereksinim duyarlar. Meslekleri gereği hasta bakım sürecinde bütüncül bakma becerisine sahip olan hemşireler, müdahaleci, dar kapsamlı ve radikal çareler arayan hekimlerden ziyade sağlık kurumlarının yönetimi için daha iyi bir çözüm gibi görünmektedir. Ancak hekimler, hemşire yöneticiler altında çalışmaya karşı direnç göstereceklerdir (Mintzberg, 2012).

Hekimler, sağlık kurumları yönetimi için en uygun aday olarak görülebilirler. Tecrübeleri, uzmanlıkları ve karizmaları vardır. Ancak aldıkları tıp eğitimi, onların aleyhine işleyecektir. Çünkü hastanede, tıptan daha çok şey vardır. Tıp, müdahaleci bakımken, yönetim sürekli bir bakımdır. Tıp, aşırı uzmanlık isterken, yönetim ise entegrasyon ister. Hekimler, bireysel olarak karar almak için eğitilirken yöneticiler, topluca karar almak durumundadırlar. Bir hastanın başında ayakta duran cerrahları gösteren bir karikatür bulunmaktadır. Hekimler, kim açacak diye sormaktadırlar. Yönetim açısından bu gerçek bir sorundur. Hemşireler ise, işbirlikçi çalışmaya yatkın ve tecrübelidirler. Sürekli bakımla iç içedirler. Hemşirelik mesleği, bir nevi yönetimdir (Glouberman, Mintzberg, 1997).

Literatürde hastanelerin sağlık hizmeti sunan kurumlar olarak mutlaka hekimlerce yönetilmesi gerektiği (Darzi, 2009; Falcone and Satiani, 2008; Stoller, 2008; Dwyer, 2010) şeklindeki görüşler yanında, hekimlerin sağlık kurumları yönetiminde her daim yer alsalar bile nadiren adanmışlık düzeylerinin yüksek olması nedeniyle yönetim zafiyeti ortaya çıkardıklarını (McConnell, 2002; Ileri ve diğerleri, 2011; Simpson, 1994), belirten görüşler bulunmaktadır. Bu nedenle hekimlerin sağlık kurumları yönetimine dâhil edilmesi gerektiğini ancak bunun kurullarda yer alma şeklinde olması gerektiği önerilmektedir.

Hunter (1994), hekimleri yönetici olmaya iten en önemli motivasyon faktörünün, yönetim dünyasını sömürgeleştirerek, tıp biliminin üstün olduğunu ortaya koymak olduğunu dile getirmektedir. Bununla beraber hekimlerin ve özellikle uzman hekimlerin neden yönetici pozisyonlarında görev yapmayı tercih ettikleri konusu, başka araştırmalar için bir yerde durmaya devam etmektedir. Kippist ve Fitzgerald (2010) ise alt düzeylerdeki yöneticilik görevlerinin hekimler tarafından çok talep görmediğini ifade etmektedirler. Lighter (2000) ise hekimler arasında yöneticilik görevinin daha ziyade, koruyucu sağlık hizmeti sunan pratisyen hekimlerce tercih edildiğini vurgulamaktadır.

Sağlık kurumları yönetiminde yöneticilik görevine getirileceklerin donanımları ve kendilerinden beklenenlerin sektörel bazda değişkenlik gösterdiği, kamu ve özel sektör sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken bilgi ve becerilerin bir anlamda farklılık taşıdığı söylenebilir. Roberts, Hsiao, Berman, Reich (2009), kamu sektörü ve özel sektör yöneticilerinin, becerileri ve değerleri bakımından farklılık gösterdiğini, iyi işletilen özel kurumların, yönetim görevi için gerekli eğitim, mizaç ve ilgiye sahip olan yöneticileri işe aldıklarını, buna karşı birçok kamu sektörü sağlık yöneticisinin, yönetim eğitimi olmayan ve bir yönetim kariyeri ile özellikle ilgilenmeyen hekimler olduğunu, bunların yönetimi, “gerçek işlerinden” bir ayrılma olarak gördüklerini ve genellikle etkili bir yönetici olma konusunda ne bilmediklerini bilmemekte olduklarını vurgulamaktadır.

Ong (1998), hekimlerin yönetimden hiçbir zaman ayrı durmadıklarını, farklı zamanlarda artan ya da azalan şekilde örgüt yönetimine dahil edilme girişimlerinin devam ettiğini

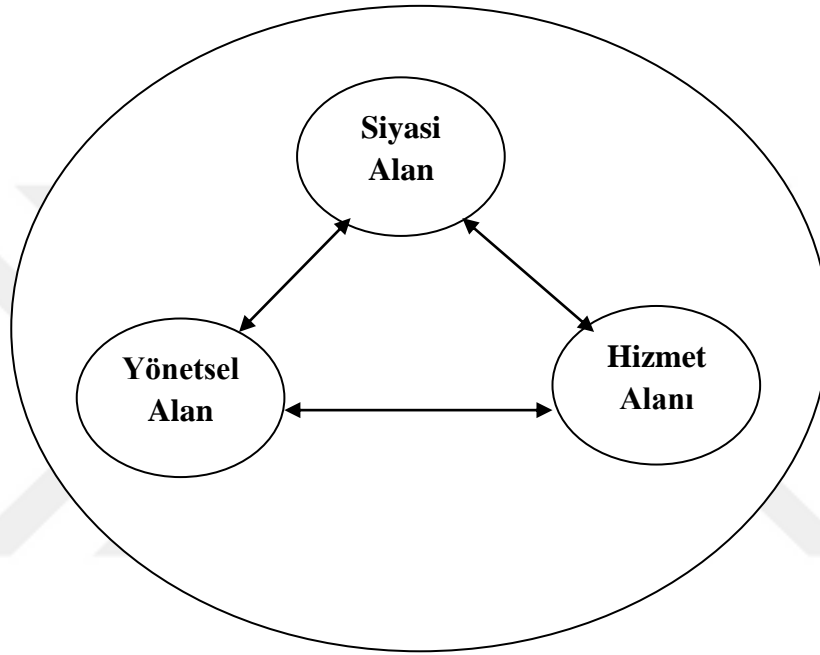
vurgulamaktadır. Klinik şefliği uygulamasının 1980’lerde başlamasıyla hekimlerin de yönetime artan oranda ilgi gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Fitzgerald (1994), sağlık hizmeti sunan ve satın alan tarafların ayrılmasının, hekimlerden ve diğer sağlık profesyonellerinden alınan hizmetlerin miktar, kalite ve maliyet olarak belirlenebilmesini sağlayan sözleşme sürecine vurgu yaptığını tartışmaktadır. Hekimlerin katılımı olmadan bu sürecin yöneticilerce yerine getirilmesinin zorluğuna değinmektedir.

Kindig ve Lastiri-Quiros (1989), sağlık kurumlarında görev yapan 517 hekim yönetici üzerinde yaptığı araştırmasında, önceki çalışmaların aksine hekim yöneticilerin sadece hekimlik ve tıbbi konulara odaklanmadığını, bunların yanında genel yönetim konusunda sorumluluk aldıklarını ortaya koymaktadır.

Kariyerine yönetsel rolleri adapte eden hekimler, birçok ülkede çeşitli oranlarda bulunmaktadır. Özellikle Avrupa Birliğine aday ve üye ülkeler ile Commonwealth ülkelerinde ve eski sosyalist ülkelerde bu duruma sıklıkla rastlanabilir. Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana hekim kökenli sağlık bakanlarının yanında sağlık kurumlarının yönetiminden de hekimler sorumlu tutulmuştur. Yönetsel rollerle bezenen sağlık profesyonellerinin ve özellikle hekimlerin yönetsel görevleri sırasında yönetim bilgisi azlığından veya olmamasından dolayı çeşitli sorunlarla karşılaşmaları ve bu yeni “ikincil” rollerine ideal ölçülerde adaptasyonları oldukça zor bir süreçte ilerlemektedir.

Klinik görevlerden yönetsel görevlere (rollere) geçen hekim yöneticilerin yetkinliklerinin değerlendirilebilmesi için Kouzes ve Mico tarafından 1979 yılında yapılan çalışmada, sağlık hizmeti sunan kuruluşların üç farklı alandan (domain) oluştuğu ortaya konulmuştur. Bunlar, siyasi alan (political domain), yönetsel alan (managerial domain) ve hizmet alanı (service domain) dır. Bu alanlarda bulunan çalışanların rekabet eden gruplara dönüştükleri ve birbirinden farklı özelliklere sahip oldukları ifade edilmektedir. Her grup kendini meşru (legitimate) role sahip görmektedir. Siyasi alandakiler, siyasa geliştirerek seçilmişlerin ihtiyaç ve taleplerine yanıt vermektedirler. Yönetsel alan, hesap verebilirlik konularında ve kıt kaynakları etkin kullanarak örgütsel amaçlara ulaşmada faaliyet göstermektedirler. Hizmet alanı ise, özerkliklerine, mesleki standartlarına ve uzmanlık bilgisine bağlı kalarak

müşterilerine en iyi hizmeti sunmaktadırlar. Kouzes ve Mico'ya göre bu üç alanın her biri, kendi alanına hizmet edecek ve meşru hale getirecek mekanizmalar geliştirme eğilimindedirler. Bu nedenle gruplar arasında çıkar çatışması ve yüksek gerilim ortaya çıkabilir. Bu ayrı gruplar, kurumda ortak bir vizyon oluşmasını engeller. Bunun yerine her grup kendi gidişatını belirler. Kouzes ve Mico, kurumda ortak bir vizyon eksikliği nedeniyle hizmet alanından yönetsel alana geçen hekimlerin izole edildiği görüşünü ortaya koymaktadır.



Şekil 1. Sağlık Kurumlarındaki Üçlü Yapıyı Gösteren Alan Teorisi, Kouzes ve Mico (1979).

Edmonstone (1986) “Eğer Marangoz Değilseniz Elinizdeki Baltayla Ne Yapacaksınız?” adlı çalışmasında, alan teorisini (domain theory) İngiliz sağlık örgütlerine uyarlamıştır. Her grubun ayrı bir gündeminin olduğunu, bunun da gruplar arasında bağlantısızlığı ortaya çıkardığını belirtmektedir. Hekimlerin yönetim alanında görev almalarını ise alan değişimi (domain shift) olarak adlandırmaktadır.

Falcone ve Satiani (2008) hekimlik tecrübesi olan yöneticilerin alanlarında uzman olduklarını (walking the walk), bunun da yönetici olarak güvenilirliklerini artıracaklarını

ortaya koymakta ve güvenilir bir yöneticinin, görev yaptığı kurum ve astları için önemli olduğunu belirtmektedir.

Sağlık kurumları yönetiminde hekimlere mi hekim olmayan yöneticilere mi öncelik verileceği konusunda farklı ülkelerin farklı deneyimlerinin olduğu görülmektedir. Örneğin Birleşik Krallıkta İşçi Partisi Hükümeti döneminde “klinik yönetim” adı altında, başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerini denetleyen, klinik özerklikle mücadele etmede yöneticilere daha fazla güç veren bir mekanizma oluşturulmuştur. Böylece hastanelerin üst yöneticileri, klinik ve finansal performanstan sorumlu hale gelmişlerdir (Gabe, Bury ve Elston, 2004). Salter (2007), sağlık kurumlarında işletmecilik anlayışının hâkim olmasının ve bu yöndeki eğilimin artmasının, hekimlerin kontrolünü ve denetimini kolaylaştırmadığını ortaya koymaktadır. Birleşik Krallıkta yaptığı araştırmada, güçlü hekimlik mesleğinin, kendileri üzerinde artan kontrol ve denetim mekanizmasına karşı farklı taktikler kullanarak özerkliklerini korumaya çalıştıklarını ortaya koymuştur.

2007 yılında İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi Reformlarına yenilikçi bir bakış getirmesi amacıyla Birleşik Krallık Başbakanı tarafından Sağlık Bakanı olması istenilen ancak yönetim bilgisine sahip olmadığı gerekçesiyle görevi kabul etmesi zaman alan onkoloji cerrahı Darzi (2009), göreve geldikten sonra ülkedeki sağlık sistemi reformuna kaynak teşkil edecek çalışmalarda bulunmuştur. Çalışmalarının önemli bir kısmı, sağlık sisteminde hasta bakımı kalitesinin artırılması amacıyla, yönetici olarak hekimlerin görevlendirilmesine yönelik olmuştur. Darzi, hekimlerin yönetim görevine getirilmeleri durumunda kaynakların daha etkin kullanılacağını savunmaktadır.

Darzi (2009)'nin hekim yöneticilere sistemde daha fazla rol verilmesi önerisi literatürde geniş yankı bulmuştur. Hekimlerin sağlık yönetiminde aktif yer almalarının, hekim olmayan yöneticilerin kalitesine sebep olmak şeklinde tek bir avantajının bulunduğunu belirten ve Maynard doktrini olarak anılan görüşler ortaya çıkmıştır. Modeller ve veri analizi konusunda bilgi açlığı bulunan hekimlere bu bilgiyi sağlayacak olanların, kavramsal kapasite bakımından daha iyi durumda olan hekim olmayan yöneticiler olduğu belirtilmektedir.

ABD’de 6,500 hastanenin yalnızca 235’inin hekimlerce yönetildiği ortaya konmaktadır (Gunderman ve Kanter, 2009). Yönetim ve liderlik konusunda derslerin Tıp Fakültesi müfredatına dâhil edildiğinin de altı çizilmektedir. Ancak Dwyer (2010) tarafından hekimlerce yönetilen hastanelerin, daha iyi performans sergilediklerine yönelik deneysel bir çalışmanın bulunmadığı bildirilmektedir. Goodall tarafından 2011 yılında üst yönetim pozisyonunda hekim bulunan ve bulunmayan hastanelerin başarı durumları arasında bağlantı olup olmadığına yönelik ilk özelliği taşıyan bir çalışma yapılmıştır. Hastane başarı durumları göstergesi olarak Hastane Kalite İndeksinin kullanıldığı, sonuç olarak ise hekimlerce yönetilen hastanelerin istatistikî olarak önemli düzeyde yüksek başarı sonuçları ortaya konduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışmada, belki de hekimlere yönelik ikinci bir kariyer fırsatı ortaya konulması için hali hazırda iyi sonuçları olan hastanelerin, yönetici olarak hekimleri özellikle atamış olabileceklerinin de altı çizilmektedir.

McConnell (2002), sağlık yöneticiliğinin, ikinci bir kariyer ya da paralel bir kariyer fırsatı olarak görüldüğü eleştirisini yaparak sağlık profesyonellerinin yönetim görevinde bulunmalarını ikili rol teorisiyle açıklamaktadır. Bazı sağlık profesyonellerinin yönetim görevinde bulunmaları durumunda, klinik ve yöneticilik rolleri arasında denge kurmakta zorlandıklarını ifade etmektedir. Sağlık profesyonellerinin kendi mesleklerinde uzmanlaştıkları akabinde yönetim görevine hiç hazırlıksız veya çok az hazır olarak geldikleri, bunun da dezavantajlı durumlara neden olduğunu belirtmektedir. Yönetici yetkinliklerini anlamada yetersizliğin ve yönetim görevi için hazır bulunuşluk düzeyinin düşük olmasının, yönetsel sorunlarla başa çıkmada yetersizliğe neden olacağı bunun karşılığında yöneticinin, kendini yöneticiden ziyade bir sağlık profesyoneli olarak görmeye devam edeceği vurgusu yapılmaktadır. Başarılı yöneticilerin, klinisyen ve yönetici rolleri arasında uygun denge kurabilme becerisi geliştirenler arasından çıkacağı dile getirilmektedir.

Sağlık profesyonellerine yönelik benzer eleştiri de Glouberman ve Mintzberg (1997)’dan gelmektedir. Profesyonellerin, kurumlarını baş aşağı olacak şekilde tanımlamayı sevdiklerini, kendilerini üstte, yöneticileri de kendilerine hizmet etmesi için altta gördüklerini, halbuki üst ve alt kademelerin bir metafor olduğunu, sağlık kurumundaki herkesin amacının, hastaya hizmet etmek olduğunu belirtmektedir.

Karşılıklı saygı kültürü içinde işbirliği yapılabildiği ölçüde kurumda işlerin daha kolay yürüyeceğinin altını çizmektedirler.

Simpson (1994), hekimlerin mesleki kültürleri ya da gelenekleri nedeniyle güçlü takım oyuncularını olarak görülmediğini, işbirliğinden ziyade bireysel karar verme mekanizmalarını kullandıklarını, hekimlik mesleğinin yapısının hastaların sorunlarının sorumluluğunu bireysel olarak almayı teşvik ettiğini, bu nedenle yöneticilik görevini yürüten hekimlerin, bireysel iş yapmayı tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Yönetimin mistik bir yönünün bulunmadığını, inceleme konusu, yaklaşımları ve dilinin hekimlerce kolaylıkla öğrenilebilir ve sağlık hizmetlerine aktarılabilir olduğunu, hekimlerin iyi yönetici olabilmeleri için örgüt yapısını, örgütün içindeki sistemlerin anatomisini, süreçlerin fizyolojisini ve kurumun içinde bulunduğu çevreyi tam olarak anlamaları gerektiğini belirtmektedir.

Hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin geri ödeme planlarındaki değişikliklerin hekimlerin özerkliklerini (bağımsız otorite) sınırlandırdığı gibi hekimlerin yönetsel faaliyetlere giderek artan şekilde katılmalarının, tıbbi özerkliği daha çok erozyona uğratacağı şeklinde bir görüş ortaya atılmaktadır (Leatt, 1994). Sağlık kurumlarındaki ikili hatta Kouzes ve Mico (1979)'ya göre üçlü yapıdan dolayı, "hastane" tanımı, kurumun hekim kısmını çağrıştırdığından olsa gerek yavaş yavaş terkedilerek sağlık işletmeleri, sağlık tesisleri şeklinde tanımlanmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetleri yönetimine hekimlerin dâhil edilmesi gerektiğine ilişkin literatürde genel bir uzlaşma bulunmaktadır. Bu fikri savunanlar, çeşitli avantajlar olduğuna vurgu yapmaktadır. Hekimler yöneticilik rollerini, genellikle hizmete başlamalarının ilk yıllarından ziyade mesleki kariyerlerinin ileriki yıllarında elde etmektedirler. Yönetici hekimler, yöneticilik rollerini ikincil görev olarak üstlenmektedirler. Yönetici unvanına haiz olsalar bile hekimler, ilk olarak hekimdirler. Bir diğer ifade ile yönetici hekimler, hibrid rol (Kippist ve Fitzgerald, 2010) üstlenmişlerdir. Yönetici hekimlerin birçoğu, formel olarak hekimlik ve ilaveten yöneticilik görevlerini yerine getirmektedir.

McConnell (2002), yönetim görevine giren sağlık profesyonellerinin ikili şapka taktığını ifade etmektedir. Bu kişinin teknik uzmanken yani sağlık profesyoneli işini

yerine getirirken profesyonel şapkasını taktığını, fakat aynı kişinin ayrıca yöneticilik şapkasını da taktığını ifade etmektedir. Yöneticilik rolündeki bir sağlık profesyonelinin, sağlıkla ilgili mesleğiyle ilgili olarak sadece bir konunun uzmanı, yönetici olarak ise her konunun uzmanı olması gerektiğini belirtmektedir.

Yönetici hekimler, ikili şapka takan hekimler olarak görülmelerinin yanında “hibrid yöneticiler” olarak anılmaktadırlar. Kippist ve Fitzgerald (2010)’a göre yönetici hekimler aldıkları tıp eğitimi sonucu olarak klinik bilgi ve beceriye sahiptirler. Stratejik kararlar vermeye klinik bakış açısıyla bakmaktadırlar. Hekimlerin “dilini” konuşmakta ve yönetim “dilini” hekimlere, hekim “dilini” de yöneticilere tercüme yoluyla aktarmaktadırlar. Hekim yöneticiler yönetim bakış açısını klinik alana aktarabilmek için bir köprü vazifesi görürler.

McConnel (2002), sağlık yöneticilerinin etkililiğine engel olan en büyük bariyerin, ego sorunu olduğunu ifade etmektedir. Büyük bir engel olmasının nedenini, yöneticilerin egolarının farkında olmamasına bağlamaktadır. Yöneticilik görevini ikinci bir kariyer olarak yapan hekim, diş hekimi, eczacı gibi sağlık profesyonellerinin, sağlık kurumlarında yönetici olabilmek için öncelikle kendi mesleklerine sahip olunması gerektiğini, tıp bilgisine ve bu konuda teknik uzmanlığa sahip olmayanların iyi yönetici olamayacaklarını düşündüklerini belirtmektedir. Ardından teknik uzmanlığı temel yönetim bilgisi için gerekli bir bileşen olarak görmenin büyük bir hata ve ego bazlı bir tepki olduğunu, bu kişilerin mesleklerini, yönetim mesleğinin üzerinde gördüklerini, kendi uzmanlık alanına kıyasla daha alçak gördükleri başka bir alana, uzmanlık bilgilerinin transfer olacağı yanılığını taşıdıklarını, mesleğinde başarılı olanların yöneticiliği kolaylıkla yapabileceklerini düşündüklerini ifade etmektedir. Lyons, Ford ve Singer (1996), hekim yöneticilerin hangi rollerinin ön plana çıktığını tespit etmek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında, hekim yöneticilerin kendilerini önce lider, sonra hekim ve nihayeten yönetici olarak algıladıklarını ortaya koymaktadırlar.

McConnell (2002), iş yaşamındaki geçmişine bakmadan yöneticilik görevine başlayan kişilerin başarılı olmalarının daha muhtemel olduğunu altını çizmektedir. Başarılı bir yönetici olmanın, yönetimi kendine özgü ilkeleri, teknikleri olan, eğitimi alınarak yapılabilecek, öğrenilebilecek ve uygulanabilecek ayrı bir kariyer olarak görme ile

ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Yönetimin dışarıdan bakıldığında karmaşık bir iş olarak görünmeyebileceğini ancak işin içine girildiğinde zor ve karmaşık yönlerinin anlaşılacağını ifade etmektedir. Klinisyen ve yönetici olarak iki rolü dengede tutabilmek yani yönetimde başarılı olabilmek için birtakım önerilerde bulunmaktadır. Öneriler arasında, iki role eşit önem verme, çalışma alanlarını önemli, önemsiz olarak kategorize etmeme, yönetsel rollere ilişkin şikayet ya da huzursuzluğu dile getiren kişilerin o konudaki anlayışlarındaki boşluktan kaynaklandığını fark etme, yönetimin kendi hakları olan bir meslek olduğunu kabul etme yer almaktadır.

Kippist ve Fitzgerald (2010), hekim yöneticilerin gerçek dünyalarının klinik rollerinden oluştuğunu, yönetsel rollerini daha az ciddiyetle ele aldıklarını, bunun nedeninin yönetim bilgisi ve becerisindeki eksiklik olduğunu ifade etmektedirler. Avustralya ve Yeni Zelanda'daki sağlık kurumlarında çalışan yönetici hekimlerin, klinik hizmetlerin etkinliğini ve etkililiğini geliştirecek stratejik konulardan ziyade kısa süreli ve anlık ortaya çıkan sorunlarla (fighting fires) başa çıkabilmek için daha çok zaman harcadıklarını, bu bulguların da hekim yöneticilerin klinik ve yönetsel rolleri arasında doğru dengeyi bulmakta zorlandıklarını ortaya koyduğunu ifade etmektedirler.

Sağlık kurumları yönetiminde sorunlar, klinik profesyonel işlerin uzmanlık bilgisi ve becerisi gerektirmesinden, hekim olmayan sağlık kurumları yöneticilerinin ise bu bilgi ve beceriyi değerlendirecek ve gerektiğinde düzenleyecek donanıma sahip olmamalarından kaynaklanmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetiminde bu eksiklikleri bertaraf etmek için hekimlerin istihdam edilmeleri bir çözüm olarak değerlendirilebilir. Hekimler, klinik süreçler konusunda bilgiye sahip oldukları için süreçlerin kavramsal analizini yapabilir ve daha kolay izleyip değerlendirebilirler. Süreçlerdeki aksaklıkları kolaylıkla tespit edebilirler. Tedavi süreçlerinin uygunluğuna karar verebilirler. Tıbbi uygulamalara daha kolay müdahale edebilirler. Meslek dışından kişilerin tıbbi bilgilerindeki eksiklik nedeniyle yapamadıklarını meslek mensubu kişileri istihdam ederek yapmak bir çözüm yolu ve sağlık kurumları yönetiminde tercih edilen bir politika ürünüdür. Bu bize, Philip Selznick'in kooptasyon kavramını hatırlatmaktadır.

Glouberman ve Mintzberg (1997), sağlık kurumlarının bir mühendis, bir hekim veya bir hemşire tarafından çok iyi yönetilmelerine ilişkin örnekler bulunduğunu, bu nedenle

sağlık kurumlarının ve sağlık sisteminin kategorilerden çok liderlere ihtiyacı olduğunu belirtmektedirler. Lighter (2000) ise meslekten ziyade yönetici seçiminde kadınlara öncelik verilmesi gerektiğini çünkü kadınların görüşme, uzlaşma ve grup liderliği becerilerinin daha gelişmiş olduğunu, bu becerilerin de yöneticiler için vazgeçilmez olduğunu belirtmektedir.

Uzun yıllardır Türkiye dâhil olmak üzere farklı ülkelerde sağlık kurumlarında bulunan bu ikili yönetim anlayışının ortaya çıkardığı istenmeyen etkiler, hekimlerin yönetime dâhil edilerek sağlık kurumlarının sürdürülebilir bir yapı şeklinde faaliyet göstermesi sağlanarak bertaraf edilmeye çalışılmaktadır. Ancak bir tercih yapılırken tercih edilmeyen alternatiflerden ve onların sağlayacağı faydalardan feragat etme, hekimlerin yönetime dâhil edilme sürecinde de ortaya çıkıyor denilebilir.

Sağlık kurumları, birbirini doğrudan etkileyen klinik ile yönetsel süreçlerden ve bunların karşılıklı etkileşiminden oluşmaktadır. Dolayısıyla hem klinik hem de yönetsel süreçlere hâkim olabilmek, gerektiğinde bu süreçlerde yer alan işlem ve aşamaları planlayıp, organize edip, koordine edip, denetleyip değiştirebilmek için birden fazla beceriye sahip yöneticilerin bu kurumlarda istihdam edilmeleri, koşulların gereği olarak ortaya çıkmaktadır.

3.4. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Sağlık hizmetleri, üç farklı düzeyde yer alan sağlık kurumlarınca verilmektedir. Bunlar, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarıdır. Birinci basamakta daha ziyade koruyucu sağlık hizmetleri verilirken, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarda ise tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık kurumları yönetimi ya da sağlık hizmetleri yönetimi denildiğinde kurumlara yönelik basamak ayrımı yapılmamaktadır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları yönetiminde ağırlıklı olarak hekimler yer almaktadır. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık kurumlarının yönetiminde, hekimler arasından daha ziyade halk sağlığı uzmanlığı eğitimi almış olanlara öncelik verilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yönetiminde ise özellikle belirli bir klinik bransa yönelim olduğunu söylemek doğru olmayacaktır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ile

bağlı kurumlarında ve bunların taşra teşkilatında görev yapan hekim yöneticilerin, pratisyen hekim ya da farklı branşlardaki uzman hekimlerden oluştuğu söylenebilir.

Sağlığın kamu eliyle sunulduğu ülkelerde bir sağlık kurumunun ekonomik ömrünün uzun olup olmamasının bir problem olarak görülmediği ifade edilebilir. Ancak kamunun sağlıktan elini yavaş yavaş çekmesiyle ve sağlık kurumlarına çeşitli derecelerde özerklik vermeye başlanmasına paralel olarak bu konunun önem kazanmaya başlayacağı söylenebilir. Bu nedenle kamu sektöründe hekimlikten yöneticiliğe geçiş sürecindeki sorunlar henüz tam anlamıyla ortaya çıkmamış olsa da öngörülebilir sorunlar yok değildir.

Türkiye’de sağlık sisteminde reform çalışmaları 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun yayınlanmasıyla başlatılmış, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulanmaya başlamasıyla hayata geçirilmiştir. Bu reform çalışmaları kapsamında sistemde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Reformun dayanak noktası ise, diğer OECD üye ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı, düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012) gibi sağlık sistemi sorunları üzerine temellendirilmiştir.

Bu kapsamda bir takım yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk olarak, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, tek bir kurumun çatısı altında toplanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumuna ait 148 hastane ve 370 sağlık tesisi ile Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşların mülkiyetinde bulunan sağlık kurumları, 5283 sayılı Kanun gereği, 20.02.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. İkinci olarak ise, SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, çalışan devlet memurları açısından Maliye Bakanlığı gibi geri ödeme kurumları, Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. Bu kapsamda sağlık reformları çerçevesinde sağlık hizmetleri üretim sürecinde ve sağlık hizmetlerinin finansmanı sistemlerinde değişiklik yapılmıştır. Sağlık hizmeti sunumunun yönetimi görevini üstlenen Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak bir takım yasal düzenlemelerle kurumsal reform sürecini şekillendirmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine y6nelik olarak 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa çıkarılmıştır. 2008 yılında ise aile hekimliği sistemi uygulaması, Türkiye geneline yayılmıştır. Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kaydolması şartı getirilmiş ve ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, aile hekimi çalışma b6lgeleeri tespit edilmiştir. Aile hekimliğinin yanı sıra her ilçede en az bir adet olmak üzere, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur.

2003-2013 yılları arasında tamamlanması 6ng6rlen Sağlıkta D6nşm Programı kapsamında, planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın ve erişilebilir sağlık hizmeti, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri, etkili ve kademeli sevk zinciri, idari ve mali 6zerkliğe sahip sağlık işletmeleri, motivasyonu yüksek sağlık personeli, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı ile sağlık bilgi sistemi konularında çalışmalar yapılmıştır (Akdağ, 2007).

Bu alanlardaki ortak değişimin sağlanmasına yasal dayanak teşkil edecek değişiklik 02.11.2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve G6revleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’’ ile yerine getirilmiştir. Yapılan bu resmi düzenleme ile sağlık sisteminde k6kl bir anlayış değişikliği ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının temel g6revinde, sağlık hizmet sunumundan sağlık hizmetleri sunumunda kılavuzluk yapmaya doğru bir geçiş olmuştur. Yapılan bu değişiklik ile Sağlık Bakanlığının yeni organizasyon yapısı yeniden belirlenmiştir. Bu yeni yapı, Tablo 10’da g6sterilmektedir.

Tablo 10. Sağlık Bakanlığı, Bağlı Kuruluşları ve Taşra Teşkilatı

Merkez Teşkilat	Taşra Teşkilatı
Sağlık Bakanlığı	İl Sağlık Müdürlüğü İlçe Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Kurumu	Birlikler
Halk Sağlığı Kurumu	İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İlçelerde Toplum Sağlığı Merkezi
İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	Taşra teşkilatı yok.
Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	Taşra teşkilatı yok.

Kaynak: Resmi Gazete, (2011).

3.5. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını düzenleyen yasal düzenlemenin yürürlüğe girmesiyle, Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşları olan Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığının merkez, taşra ve döner sermaye kadrolarına atanmış olan ve kadroları iptal edilen yöneticilerden; Teftiş Kurulu Başkanı, Genel Müdür, Genel Müdür Yardımcısı, Müstakil Daire Başkanı, Bakanlık Müşaviri, Daire Başkanı, Özel Kalem Müdürü, Basın ve Halkla İlişkiler Müşaviri, Başkan Yardımcısı, Döner Sermaye Merkez Müdürü, İl Sağlık Müdürü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Şube Müdürü ile Müdür ve Müdür Yardımcısı unvanlı kadrolarda bulunanların görevleri sona ermiştir. Görevi sona eren bu yöneticiler, Bakanlık Müşaviri veya araştırmacı kadrosuna geçirilmiştir. Hastanelerin örgüt yapısı da bu yasal düzenlemeden etkilenmiştir. 02.11.2011 tarihinden itibaren bir yıl içinde Bakanın onayıyla Kamu Hastane Birlikleri oluşturulması öngörülmüş olup birlik teşkiline ilişkin onayın alındığı tarihte ilgili birlik kapsamındaki sağlık kurumlarında bulunan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevleri sona ermiştir.

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısındaki değişme, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde sözleşmeli yöneticilik modelini de beraberinde getirmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticilik rollerine sahip hekimler, 02.11.2011 tarihine kadar hastane

başhekimliği, başhekim yardımcılığı ile klinik şefliği pozisyonlarında bulunmaktaydılar. 03.11.2012 tarihinde yönetici pozisyonlara yeniden görevlendirmeler yapılmaya başlanmıştır. Hastanelerin yönetimi, 03.11.2012 tarihi itibarıyla, iş güvencesi anlamında eskinin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında devlet memuru olan başhekim, hastane müdürü ve başhemşirenin yerine sözleşmeli pozisyonlar olan hastane yöneticisi, başhekim, idari ve mali işler müdürü, sağlık hizmetleri müdürü, otelcilik hizmetleri müdürü, başhekim yardımcıları ve müdür yardımcılarında devredilmiştir. 02.11.2012 tarihi öncesinde var olan klinik şefi ve klinik şef yardımcısı görevinde bulunanların da görevleri sona ermiştir. Bunlar eğitim görevlisi kadrolarına geçirilmiştir. Sözleşmeli yöneticilik kadroları için pozisyon unvanları ve sayıları Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 11. Sözleşmeli Yöneticilerin Pozisyon Unvan ve Sayıları

POZİSYON UNVANI	POZİSYON SAYISI
Genel Sekreter	100
Tıbbi Hizmetler Başkanı	100
İdari Hizmetler Başkanı	100
Mali Hizmetler Başkanı	100
Hastane Yöneticisi	500
Başhekim	850
Müdür	1700
Başhekim Yardımcısı	2000
Müdür Yardımcısı	2400
Toplam	7850

Kaynak: Resmi Gazete, 2011.

Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşlarından biri olarak kurulan ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının açılması, işletilmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesiyle görevli olan Kamu Hastaneleri Kurumuna, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birliklerini kurma yetkisi verilmiştir. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî

hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları bulunmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilmekte ve hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri bulunmaktadır.

Teşkilat yapısındaki bu değişiklikle beraber, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayan hastane birliklerinin kurulmasıyla birlikte “hastane” kavramı yerine “sağlık tesisi” kavramı kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Sağlık tesisinin tanımına bakıldığında, üniversiteler ile birlikte kullanılan hastaneler de dâhil olmak üzere birliğe bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumları tanımlamaktadır.

3.6. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN GÖREVLERİ

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısındaki yasal düzenleme neticesinde il düzeyinde kamu hastanelerinin ve hastane birliklerinin bağlı olduğu genel sekreterlik, genel sekreterliğe bağlı tıbbi hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı ve idari hizmetler başkanı, her bir hastane düzeyinde ise hastane yöneticisi, başhekim, idari hizmetler müdürü ve hasta bakım hizmetleri müdürü ile başhekim yardımcısı, idari hizmetler müdür yardımcısı ve hasta bakım hizmetleri müdür yardımcısı kadroları ihdas edilmiştir. 03.11.2012 tarihi itibarıyla de anılan kadrolara Sağlık Bakanlığına bağlı Kamu Hastaneleri Kurumunca atamalar yapılmıştır. Genel sekreterlik, genel sekreterliğe bağlı tıbbi hizmetler başkanı, hastane yöneticisi ve başhekim kadrolarına yapılan atamalarda hekimlere yer verilmiştir.

663 sayılı KHK’ye göre Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşların her kademedeki yöneticilerinin, görevlerini mevzuata, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütmekten üst kademelere karşı sorumlu olduklarının altı çizilmektedir. 663 sayılı KHK’ye göre bağlı kuruluş yöneticilerinin yönetsel işlevleri Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Yöneticilerinin Görevleri

Yönetsel İşlevler	
Kurum hizmetlerini mevzuat hükümlerine, kurumun amaç ve politikalarına, stratejik planına uygun olarak yönetmek	
İkincil düzenlemeleri yapma	
Stratejik plan hazırlama	
Yıllık performans programları ve faaliyet raporlarını hazırlama	
Kurumu temsil etme	
Kurum bütçesini hazırlama	
İşbirliği yapma ve koordinasyonu sağlama	
Kurumun faaliyetlerini etkin, etkili, kolay ulaşılabilir ve halkın ve sektörün ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ayırım gözetmeyen, şeffaf ve hesap verebilir şekilde yürütme	

663 sayılı KHK'ye göre genel sekreterin ve hastane yöneticisinin yönetsel işlevleri, Tablo 13'te sıralanmaktadır.

Tablo 13. Genel Sekreterin ve Hastane Yöneticisinin Görevleri

Görevler	
Yönetim	Bütçe ve yatırım planlaması
Denetim	İstatistikî bilgilerin takibi
Yönetim sistemlerini değerlendirme	Malî tabloları birleştirme
İşleyiş ve süreçleri gözetme	Hasta ve çalışan memnuniyeti
Kalite ve verimliliği geliştirme	Kamu görevlileri etik ilkelerini uygulama
Etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlama	Gelirleri tahakkuk ettirme
Kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etme	Gelir ve alacakların takip ve tahsili
İstihdam planlama	Harcama işlemlerini gerçekleştirme
Personel hareketlerini gerçekleştirme	Muhasebe hizmetlerini yürütme
Koordinasyon	Yetki devri

Genel sekreter ve hastane yöneticisi olabilmek için en az lisans derecesine sahip olmak ve en az 8 yıl çalışma tecrübesi gerekmektedir. Sadece tıbbi hizmetler başkanı ve başhekim olabilmek için hekim olma şartı getirilmiş olup, başhekim yardımcısı olmak için ise hekim ya da lisansüstü dereceye sahip sağlık bilimleri lisansiyeri olmak gerekmektedir.

Sağlık kurumları, hekimlerin ikincil görev olarak üstlendikleri yöneticilik göreviyle yönetilebilecek işletme birimlerinin ötesinde bir yerde durmaktadır. Doktorların üstünde doktor olmayan yönetici gereksinimi tartışması, hastane birlikleri yasa tasarısının gündeme gelmesiyle birlikte hız kazanmış bununla birlikte yöneticilik görevi üstlenmiş hekimlerin yönetim bilimi alanında sertifikasyon ve lisansüstü eğitim arayışları ortaya çıkmıştır.

3.7. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerinin hizmet kalitesinin ve performanslarının değerlendirilmesine öncelik verilmiştir. 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği” geliştirilmiş ve hastaneler, bu standartlar açısından değerlendirilmeye başlanmıştır. 23.03.2007 ‘de “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” yürürlüğe konulmuştur. Yönerge ile kurumsal kalite ve performans ölçümünde bazı kriterler belirlenmiştir. Kurum muayeneye erişim katsayısı, kurum altyapı ve süreç değerlendirme katsayısı, hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı, kurum verimlilik katsayısından oluşan dört katsayı temelinde kurumların performansları değerlendirilmeye başlanmıştır (THGM, 2012).

Sağlık kurumlarının kurumsal performanslarının değerlendirilmesi yanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yöneticilerine yönelik olarak da performans değerlendirme çalışmaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne 2010 yılında sağlık kurumları yöneticileri için bazı yönetsel öncelikler belirlenmiştir. Bunlar; kurumlarının sürdürülebilir bir finansal yapıya sahip olmaları, kurum borçlarını zamanında ödemeleri, kurumsal dinamizmin bozulmaması ve daha iyi hizmet verilebilmesi adına personelin mali haklarının gözetilmesi, sunulan hizmetlerde genel kabul görmüş kalite standartlarına uygun bir yapının oluşturulması ve korunması, bir diğer deyişle hizmet kalitesi, bakanlıkça belirlenmiş stratejik hedeflerin yerine getirilmesidir.

Bu yönetsel önceliklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak 2010 yılının Mart ayında yönetici performansı uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre kurum yöneticileri önceden belirlenen performans kriterlerine göre kurumun başarılarından sorumlu tutulmuşlardır. İlk yönetici performansı uygulaması, borçluluk oranı ve borçluluk süresi olmak üzere iki ana kriteri ölçmüştür. Yöneticilerden beklenen, kurumlarındaki tüm süreçleri inceleyerek sağlık hizmeti sunumuna yönelik olmayan harcamaları azaltmaları, sağlık hizmetine yönelik harcamaları en ekonomik şekilde temin etmeleri, ihtiyaçları ve tüketimleri kontrol ederek gereksiz kullanım ve

israfi önlemleri vb. tedbirleri almaları ve kurumlarına özgü finansal yönetim uygulamalarını geliştirmeleridir (THGM, 2012).

Sağlık kurumlarının yönetiminde merkeziyetçi yapının hâkim olması, merkez ile taşra arasındaki koordinasyonun zayıf ve yönetilebilir olmaması, sağlık kurumları yöneticilerinin performanslarının izlenebilir bir yapıda olmaması, sağlık kurumlarının modern işletmecilik teknikleriyle yönetilmemeleri gibi sorunları azaltmak için 2.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, sağlık tesislerinin tıbbi, idari, mali, kalite, hasta ve çalışan güvenliği-memnuniyeti ile eğitim boyutlarında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Verimlilik değerlendirmesi, sağlık tesislerinin daha etkili, etkin ve kaliteli sağlık hizmetini maliyet etkin olarak sunabilmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Bu çerçevede oluşturulan verimlilik karnesi başarı durumu, sözleşmeli yöneticilerin başarılarının yansımaları olarak kabul edilmekte ve sözleşmelerinin devam edip etmeyeceğine karar verilmesinde bir kriter olarak kullanılmaktadır.

Birliklerin, sağlık tesisleri ve sözleşmeli yöneticilerinin performans değerlendirmelerinin gerçekleştirilmesi amacıyla 05.10.2012 tarih ve 847 sayılı “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge” yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2012).

Anılan Yönerge doğrultusunda, Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastane birlikleri bünyesindeki sağlık tesislerinin karne puanlarının belirlenmesinde tıbbi kriterler, idari kriterler, mali kriterler, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriterleri, eğitim kriterleri, izlem ve veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriterleri olmak üzere altı kriter grubu içerisinde yer alan karne göstergeleri esas alınmaktadır.

Birlikler ve sağlık tesisleri, Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenecek usul ve esaslara göre birlik hedefleri ile kriter grupları yönlerinden altı aylık ve yıllık sürelerle, toplanan

ve gözlem sonucu elde edilen verilerden değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Değerlendirme sonucunda Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için karne düzenlenmektedir. Karne sonucunda belirlenen puanlar; birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticilerinin başarı grubunun belirlenmesinde kullanılmaktadır. Performans karnelerinin kullanılmasının sözleşmeli pozisyondaki yöneticiler için bir denetim amacı taşıdığı söylenebilir.

Hastane yöneticilerinin karne puanı hesaplanmasında dikkate alınan kriterler Tablo 15'te gösterilmiş olup söz konusu Yönerge incelendiğinde, hastane yöneticilerinin değerlendirilmesinde kullanılan kriterler ile başhekim ve başhekim yardımcılarının değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerin farklılık taşıdığı görülmektedir. Başhekim ve başhekim yardımcılarının performans değerlendirilmesinde idari ve mali kriter grubundan aldığı puanlar kullanılmamaktadır. Birlik karnesinin aynı zamanda genel sekreterin karnesi olduğu, hekim yöneticilerden biri olan tıbbi hizmetler başkanının karne puanları belirlenmesinde ise; birlik genelindeki sağlık tesislerinin tıbbi kriter grubu puanlarının ağırlıklı ortalamasının %80'inin, diğer kriter grubu puanlarının da %20'sinin dikkate alındığı görülmektedir.

Sağlık tesislerinin karne puanları dikkate alınarak birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde başarı gruplarının belirlendiği görülmektedir. Birliğin başarı grubunun düşürülmesi ve (D) ve (E) gibi düşük başarı grubunda olan sağlık tesislerinin yapılan değerlendirmelerinde bir üst gruba çıkamaması halinde ise birliğin en üst yönetici konumundaki genel sekreterin görevden alınması yoluna gidilmektedir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde birlik başkanlarının ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmelerinin kendiliğinden sona ereceği de görülmektedir. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını düzenleyen 663 sayılı KHK gereği, Kamu Hastaneleri Kurumunca, bir genel sekreterin görevden alınması halinde birlik bünyesindeki tüm yöneticilerin otomatikman görevden alınması yaptırımı uygulanmaktadır. Anılan Yönerge doğrultusunda ilk ara karneler, Temmuz 2013'te, ilk karneler ise Ocak 2014'te düzenlenmiştir.

Tablo 14. Sağlık Tesisi ve Hastane Yöneticilerinin Karne Puanlarının Hesaplanmasında Dikkate Alınan Kriterler

Sağlık tesisinin tıbbi kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen tıbbi kriter grubunun toplam puanı
Sağlık tesisinin idari kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen idari kriter grubunun toplam puanı
Sağlık tesisinin mali kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen mali kriter grubunun toplam puanı
Sağlık tesisinin kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriter grubunun toplam puanı
Sağlık tesisinin eğitim kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen eğitim kriter grubunun toplam puanı
Sağlık tesisinin izlem, veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriter grubundan aldığı toplam puan
Sağlık tesisi için belirlenen izlem, veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriter grubunun toplam puanı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2012).

Verimlilik karne çalışmaları kapsamında Kamu Hastane Birliklerinin, kaynak kullanım ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi, faaliyetlerinin yürütülmesi ve şeklinin belirlenmesi amacıyla yayınlanan Yönerge, 26.12.2014 tarihinde revize edilmiştir.

Anılan Yönerge doğrultusunda, Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastane birlikleri bünyesindeki sağlık tesislerinin karne puanlarının belirlenmesinde sağlık hizmetleri yönetimi, mali hizmetler yönetimi, idari hizmetler yönetimi ve verimlilik yerinde değerlendirmesi olmak üzere dört kriter grubu içerisinde yer alan karne göstergeleri esas alınmaktadır.

Anılan Yönergeye göre karne göstergesi, verimlilik karnesinde kullanılan Bakanlık ve Kurum tarafından belirlenen oran, hedef ve verimlilik parametrelerini ve boyut, karne göstergelerinin türlerine göre; 1- sağlık hizmetleri yönetimi, 2- mali hizmetler yönetimi, 3- idari hizmetler yönetimi, 4- verimlilik yerinde değerlendirme olmak üzere dört grupta değerlendirildiği ana başlıkları ifade etmektedir.

Her bir boyutta ilgili göstergelerle değerlendirme ve puanlama yapılmaktadır. Sağlık kurumlarının bu göstergelerden aldığı puanlar hastane yöneticisi ve genel sekreterin değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti yönetiminde yer alan bölüm göstergelerinde, ilgili bölüm tarafından sunulan tıbbi hizmetin etkinliği, vaka karması değerlendirilirken ölçülebilen klinik kalite göstergelerine de değerlendirmede yer verilmektedir.

Yönergede belirlenen karne göstergelerine ulaşamaması durumunda sözleşmeli statüde görev yapan hastane yöneticisi ve genel sekreterin sözleşmelerinin sonlandırılacağı hüküm altına alınmıştır. Sağlık kurumlarında giderek artan şekilde verimlilik temelli çalışmaların yürütüldüğü, verimlilik sağlanması için yöneticinin performansının değerlendirildiği, hedeflere ulaşamayan yöneticilerin görevlerinin sonlandırıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekimlerin, hastane yönetiminde önce “ita amiri” sıfatıyla daha sonra ise “hastane birliği genel sekreteri” ve “hastane yöneticisi” sıfatıyla yer buldukları görülmektedir. Yapılan tüm sağlık reformlarıyla gelinen noktada sorulması gereken soru, nasıl ve hangi donanıma sahip bir yöneticiyle yola devam edileceğidir. Belirlenmiş herhangi bir kriter olmadan, binlerce hekim arasından yöneticiliğin kime verileceğinin tespitinde kullanılacak yöntemlerin yasallığı ve meşruiyeti de ayrı bir araştırma sorusu olarak bir yerlerde durmaktadır. İzleyen kısımda, Sağlık Bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin, yasal görevlerinin ve atama kriterlerinin neler olduğuna yer verilecektir.

3.8. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE YÖNETİCİLERİN EĞİTİMİ

Türkiye’de yönetim ve siyaset ayrımındaki belirsizlikler, dinamik politikaların benimsenmesi ve sağlık yöneticiliğinin bir meslek olarak kabul görmemesi gibi nedenlerle sağlık yöneticilerinin eğitiminin beklenen seviyede olmadığı söylenebilir.

Yönetim kavramının, yöneticiler tarafından yerine getirilen, örgütlerin yaşama ve gelişmelerine yönelik faaliyetler bütünü olarak tanımlandığı göz önüne alındığında, etkili bir sağlık yönetiminin, etkili yöneticilerin görevde olması ile mümkün olacağı söylenebilir. Bu çerçevede, mevcut kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanılarak, sağlık hizmet kalitesinin ve standardının yükseltilmesi bilgi ve beceri yönünden donanımlı ve yetkin yetişmiş yöneticilerin varlığına bağlıdır.

Yönetimin meslekleşmesi tartışmalarına literatürde yer verilmiş olmakla birlikte sağlık kurumlarının yönetimi daha da özellikli bir alan olduğundan sağlık kurumları yöneticiliği mesleğinin de literatürde yer verilen benzer tartışmalara maruz kaldığı açıktır. Türkiye’de hekimlik mesleğine nazaran “sağlık hizmetlerinde yöneticiliğin” klasik anlamda bir meslek olarak görülmediği söylenebilir. Tarihsel olarak sağlık hizmetlerinde yöneticilik rolü, hekimlere atfedilmiş görünmektedir. Hali hazırda, tıp fakültesi diplomasına sahip hekimlerin, yöneticilik kademelerine getirilmeleri durumunda hizmet içi eğitim, kongre, seminer, uzaktan eğitim, üniversitelerle protokol imzalamak suretiyle yüksek lisans eğitimi aldırma gibi yollarla yöneticilik bilgi ve becerilerinin kazandırılmasına çalışılmaktadır.

Ancak sağlık kurumları içindeki birimler arasında ve diğer sağlık kurumları ile ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması konusunun ve diğer genel yönetim konularının önem kazanmasına paralel olarak, sağlık kurumları yönetimindeki gücün hekimlerden, hekim olmayan ancak sağlık yönetimi alanında eğitim görmüş yöneticilere yönelebileceği öngörüsü ortaya konabilir. Diğer bir alternatifin ise, tıp fakültesindeki eğitimi takiben tıpta uzmanlık kapsamında tercih eden hekimlerin, uzman yöneticiler olarak yetiştirileceği bir sistemin oluşturulması olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003-2013 yılları arasında yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2011 yılında yapılan teşkilat değişikliği öncesinde hastanelerde görevli başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı gibi yönetim görevlerini yerine getiren yöneticilere ve Bakanlık Merkez Teşkilatında görevli üst ve orta düzey yöneticilerle taşra teşkilatında İl Sağlık Müdürü ve İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yapan yöneticilere yönelik Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce (teşkilat değişikliği sonrası Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüştür), 2008-2011 yılları arasında, uzaktan eğitimlerle “hastane işletmeciliği” ve “sağlık yöneticiliği” alanlarında sertifikalı eğitimler verilmiştir (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011).

Yapılan yasal değişiklikle, hastanelerde görevli başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı gibi yönetim görevlerini yerine getiren yöneticiler ve Bakanlık Merkez Teşkilatında görevli üst ve orta düzey yöneticilerle taşra teşkilatında İl Sağlık Müdürü ve İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yapan yöneticiler görevden alınmışlardır. Sağlık Bakanlığınca düzenlenen söz konusu sertifikalı eğitimleri alan yöneticilerle yeni yasal düzenleme kapsamında sözleşme yapılıp yapılmadığı başka araştırmalara konu edilebilir.

Hekim yöneticiler, klinik süreçler hakkındaki bilgileri, aldıkları hekimlik eğitiminden edinmektedirler. Yöneticilik ise genel yönetim ile ilgili konularda yetkin olmayı gerektirmektedir. Sağlık yöneticisinin; bilgi teknolojileri, muhasebe ve finans, satın alma yöntemleri, yönetim bilimi, sistem ve süreç tasarımı, örgütün tasarımı, insan kaynağı ve profesyonel meslek mensuplarının yönetimi, tıbbi süreçlerin analizi, iletişim konularında bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir. Bunların yanı sıra yöneticinin kişisel gelişimle ilgili konularda kendini geliştirmesi beklenmektedir.

Tıp dünyasında 'yönetim' ile ilgili konuların son yıllarda dikkat çekmeye başladığı söylenebilir. Sağlık kurumları oldukça karmaşık örgütlerdir ve bunların iyi yönetilebilmesi için birçok disiplini bir arada bulunduran bilgi ve beceri bütününe sahip olmak gerekmektedir. Falcone ve Satiani (2008)'ye göre hekim yöneticilerin geliştirilmesi, eğitimi ve donanımı konuları, 21. yüzyılda ilgi çekmeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yönetim görevini yerine getiren hekimlerin eğitimlerine yönelik hizmet içi eğitim kapsamında sayılabilecek eğitimler verilmekte olup, yönetim görevine gelmeden önce hekimlerin, yönetim alanında eğitim almadıkları söylenebilir. Türkiye'deki üniversitelerin Tıp Fakültelerinin eğitim müfredatları, web sitelerinde yer alan bilgiler üstünden incelenmiş ancak 6 yıllık Tıp Fakültesi eğitimi boyunca yönetimle ilgili derslerin yer almadığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan Tıpta Uzmanlık Kurulunca uzmanlık eğitimleri boyunca alınan eğitimler ve rotasyon süreleri incelendiğinde, eğitimler arasında yönetim ya da yönetim birimlerinin yer almadığı ancak 05.04.2013 tarihli değişiklik (355 numaralı karar) ile Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimi alanlara yönelik eğitimin 3 ve 4. Yıllarında İl Sağlık Müdürlüklerinde, Toplum Sağlığı Merkezlerinde, İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı birimlerde, Halk Sağlığı Laboratuvarlarında 6 ay süre ile “saha eğitimi” yer aldığı görülmektedir (Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2012).

Hekimler tıp fakültesindeki ve sonrasında uzmanlık eğitimleri boyunca sadece sağlık ve klinik konularda eğitim almakta yönetim bilimi, liderlik, finans, muhasebe, pazarlama, iletişim, satın alma, stoklama, örgütsel davranış ve örgüt psikolojisi, kalite gibi konularda eğitim almamakta fakat yönetim görevine geldiklerinde bu alanlarla ilgili görevleri yerine getirmeleri beklenmektedir.

Şahin (1999), pazarlama, finansman, toplum ilişkileri, stratejik planlama, satın alma, risk yönetimi, örgütsel tasarım, üretim yönetimi, liderlik ve personel yönetimi gibi yönetsel faaliyetlerden bir takım yararlar elde edildiği şüphe götürmemekle birlikte, bu faaliyetler örgütün verimli ve etkili olması için gerekli olan hasta bakım sürecinin kontrolünde ikincil öneme sahip olduklarını savunmaktadır. Benzer görüşü savunan Çınaroğlu (2012), yönetim eğitiminde yeni yaklaşımlara genel olarak bakıldığında modern yönetim eğitiminin hem lisans hem de lisansüstü eğitim seviyelerinde rutin ders programlarının takip edilmesi ve uygulanan programların sonucunda öğrencilerin teorik bilgi düzeylerinin ölçülmesinden çok daha fazlasını gerektirdiğini, buna göre yeni yönetim eğitimi yaklaşımlarının, iyi bir yönetici adayının teoriden çok uygulama yolu ile tecrübe sahibi olan, iletişim yetenekleri yüksek, saha deneyimi fazla olan bir kişi olması gerektiği ortaya koymaktadır.

İncelenen araştırmalar sonucunda sağlık yönetiminde gücün, hekimlerde olduğu, bununla beraber hekimlerin genel yönetim ve sağlık yönetimi eğitimi almaya ihtiyaç duydukları dikkat çekmektedir. Sağlık yönetimi ile ilgili eğitim veren üniversitelerin müfredatlarının da benzer yönetsel bilgi ve becerilerin adaylara kazandırılmasına yönelik olması gerekmektedir. Bu konu, başka araştırmalara konu edilebilir özelliktedir. Türkiye’de 2010-2012 yılları arasında sürdürülen “Determination of Professional Qualifications of Health Care Management and Revision of the Educational Programs (DEPROHEALTH)” başlıklı, Hayat boyu ğrenme Programı Leonardo Da Vinci Ortaklık Projesi (2012) kapsamında sağlık yöneticileri için temel yeterlilikleri içeren profesyonel lisansüstü eğitim programları geliştirildiği ortaya konulmaktadır.



4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın metodolojisine ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

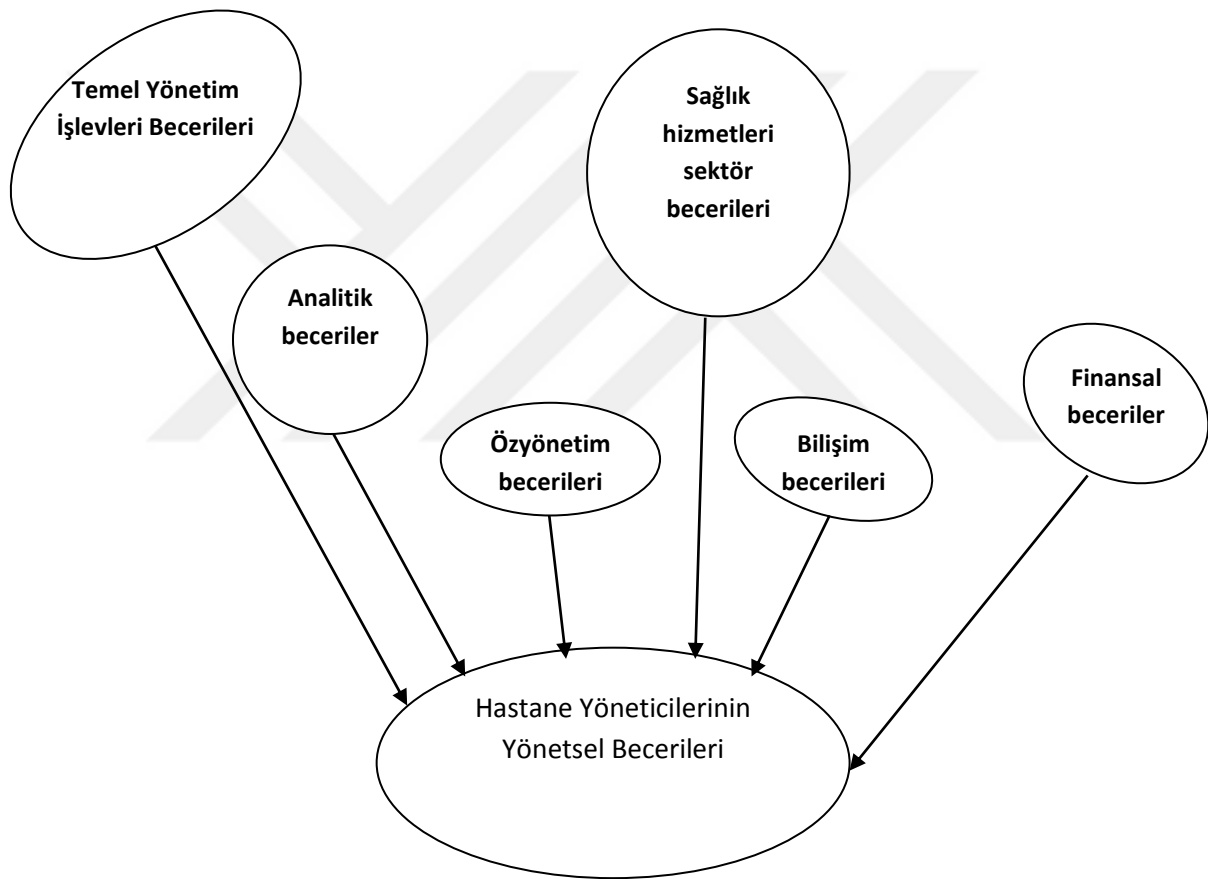
Türk sağlık sektöründe yaşanan temel sorunların en önemli nedeninin, profesyonel yönetim ve yönetici eksikliği olduğu söylenebilir. Sağlık kurumları yöneticilerinin zamanında ve yerinde almış oldukları kararlar ve sorun çözme becerileri ile diğer temel becerilere sahip olması, sağlık kurumlarının amaçlarına ulaşmada önemli belirleyicilerdendir. Sağlık kurumları, dinamik bir iç ve dış çevrede faaliyet gösteren karmaşık kurumlardır. Dinamik iç ve dış çevre koşulları, sağlık kurumları yöneticilerinin farklı yönetsel rol ve becerilerini kullanmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumları yöneticilerinin sahip oldukları yönetsel yetkinliklerin değerlendirilmesi ve buna uygun eğitim programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmanın temel amacı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görevli yönetici hekimlerin yönetsel becerilerine yönelik algılama düzeylerini, yönetsel becerilerin önem derecelerini, yönetim geliştirme ihtiyaçlarını, sağlık kurumları yönetimine ilişkin düşüncelerini, yönetsel rollerin yerine getirilme sıklıklarını ortaya koymak, yönetsel beceri düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılıklarını belirlemek, hastane yöneticilerinin kendilerini değerlendirmelerinde ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemede kullanabilecekleri bir yönetsel yetkinlik ölçme aracı oluşturmaktır.

Araştırma kapsamına Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde görev yapan hastane yöneticileri ile hastanelerin bağlı bulunduğu kamu hastane birliğinde hastane yöneticisi ile benzer görev, yetki ve sorumluluklara sahip olan birliğin yöneticisi olan genel sekreterler dâhil edilmiştir.

4.2. ARAŞTIRMANIN DİZAYNI

Araştırma, hastane yöneticilerinin yönetsel beceri ve rollerine yönelik algılamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesi açısından tanımlayıcı, elde edilen bulgular arasında, yönetim geliştirme ihtiyaçları ile sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılarla ilişkisinin belirlenmesi açısından analitik bir araştırmadır. Araştırma, belirlenmiş bir zaman kesitinde gerçekleştirilmiştir. Hastane yöneticilerinin yetkinliklerine yönelik araştırma modeli aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 2. Araştırma Modeli

4.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıda olduğu gibi formüle edilmiştir:

H 1. Hekim yöneticilerin yönetsel yetkinlik düzeyi;

- a. Yaşa,
- b. Yönetici olarak toplam çalışma süresine,
- c. Yönetim eğitimi alma düzeyine,
- d. Yönetim alanında lisansüstü eğitim alma istemine göre farklılık göstermektedir.

H 2. Yöneticilerin yönetim eğitimi alma istemi, çalışma süresine göre farklılık göstermektedir.

H 3. Yöneticilerin yöneticilik faaliyetlerine ayırdıkları günlük mesai, yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H 4. Hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme ihtiyaçları;

- a. Yaşa,
- b. Görev unvanına,
- c. Yönetici olarak toplam çalışma süresine,
- d. Yönetim eğitimi alma düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H 5. Hekim yöneticilerin sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargıları;

- a. Yaşa,
- b. Görev unvanına,
- c. Yönetici olarak toplam çalışma süresine,
- d. Yönetim eğitimi alma düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H 6. Yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığı:

- a. Yaşa,
- b. Görev unvanına,
- c. Yönetim eğitimi alma düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H 7. Yönetim geliştirme ihtiyaçlarına göre yönetsel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir.

H 8. Sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılara göre yönetsel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir.

H 9. Yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığına göre yönetsel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir.

4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 700 hastane ve bu hastanelerin bağlı olduğu 88 kamu hastaneler birliği bulunmaktadır. Araştırmanın evreni, 700 hastane yöneticisi ve 88 genel sekreter olmak üzere 788 kişiden oluşmaktadır. Hastane birlikleri ile bu birliklere bağlı hastanelerin güncel sayılarına, 03.06.2014 ve 05.12.2014 tarihlerinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun internet adresinden ulaşılmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş tam sayım yöntemi kullanılmıştır. Ancak evrenin tamamına anketi uygulayabilmek için izin alınamamıştır. Literatürde $n = N \cdot t^2 \cdot pq / d^2(N-1) + t^2 \cdot pq$ formülüne dayalı olarak evren büyüklüğüne göre örneklem hacminin ne olacağı Krejcie ve Morgan (1970) tarafından hesaplanmıştır (Ural ve Kılıç, 2005). Buna göre evrenin 750 kişiden oluşması durumunda 254, 800 kişiden oluşması durumunda 260 kişilik bir örneklem seçilmesi durumunda örneklemin evreni temsil edeceği belirtilmektedir. Araştırmada toplam geri dönüşü olan ve verileri geçerli şekilde doldurulan anket sayısı 269'dur. Bu sayı, evrenin %34,14'ünü oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılamamış olmakla birlikte evren büyüklüğüne göre örneklem hacmi formülü, bu araştırmadaki evrene ulaşma yüzdesinin, evreni temsil ettiğini göstermektedir.

4.4. VERİ TOPLAMA

Araştırmada, veri toplamada kullanışlı ve yapısı gereği standartlaştırmaya daha elverişli olması nedeniyle anket yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan anket, 5 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk 4 bölümü, Pillay (2008a, 2008, 2010) tarafından geliştirilmiştir. Birinci bölümde sosyo-demografik bilgileri belirlemeye yönelik 9 soru, ikinci bölümde yönetsel beceri düzeyini ve önem derecesini belirlemeye yönelik 39 soru, üçüncü bölümde yönetim geliştirme ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik 5 soru, dördüncü bölümde sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargıları belirlemeye yönelik 5 soru yer almaktadır. Beşinci bölümde Henry Mintzberg tarafından geliştirilen yönetsel roller, araştırmacı tarafından anket sorusu olarak geliştirilmiştir. Anketin kullanılabilmesi için Rubin Pillay'den 08.08.2014 tarihinde izin alınmıştır. Tablo 15'te anket bölümüne ilişkin bilgiler verilmektedir.

Tablo 15. Hastane Yöneticilerinin Yetkinlikleri Anketi Alt Boyutları ve Cevap Skalaları

Bölüm	Soru Sayısı	Cevap Skalası
Sosyo-Demografik Veriler	9 soru 1-9	Sorulara bağlı olarak değişmektedir.
Yönetmel Beceriler	39 soru 1-39	Hiç, Az Derecede, Orta Derecede, İyi Derecede, Oldukça İyi Derecede
Yönetmel Becerilerin Önem Dereceleri	39 soru 1-39	Önemsiz, Az Önemli, Emin Değilim, Önemli, Oldukça Önemli
Yönetim Geliştirme İhtiyaçları	5 soru 1-5	Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Emin Değilim, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum
Sağlık Kurumlarına İlişkin Yargılar	5 soru 1-5	Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Emin Değilim, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum
Yönetmel Roller	10 soru 1-10	Hiçbir Zaman, Arasıra, Sık Sık, Her zaman

Kaynak: Anket Formu (Ek 2)

Anketin İngilizce orijinali, 1 akademisyen ve araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız olarak Ağustos 2014 tarihinde Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra elde edilen her iki Türkçe anket konusunda, sağlık yönetimi alanında 3 farklı uzmandan görüş alınmış ve anket tek bir forma dönüştürülmüştür. Son olarak bir tercüman tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiş ve orijinali ile kıyaslanabilmesi için Rubin Pillay'a gönderilmiştir. İfadelerin çok yakın olduğu ifade edildiğinden eldeki Türkçe anket (Ek 2), ön uygulama için kullanılmıştır.

Ankette yer alan soruların anlaşılıp anlaşılmadığı ve anlaşılmayan noktaların ne olduğunu tespit etmek amacıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastane birlikleri genel sekreterleri ile hastane yöneticilerinden 42 kişiye önsel uygulama yapılmıştır. Hekim yöneticilerin yetkinlik düzeyi algılamaları ve yetkinliklerin önem derecelerinin belirlenmesine yönelik 39 soru ile yönetmel rollerin yerine getirilme sıklığının belirlenmesine yönelik 10 sorunun içsel tutarlılığı, cronbach alpha katsayısı ile test edilmiş ve katsayının 0,961 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre test ölçümlerinin güvenilirliğinin, yüksek derecede olduğu görülmüştür. Büyüköztürk'e (2007) göre, hesaplanan güvenilirlik değerlerinin 0,70 ve daha yüksek olması

güvenilirlik için yeterli görülmektedir. Uygulama sonucunda anlaşılmayan herhangi bir noktanın bulunduğu dair geri bildirim olmamıştır. Araştırma kapsamında anketin uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonuna başvuruda bulunulmuş 17.09.2014 tarihinde araştırma yapabilmek için izin alınmıştır (Ek 3).

Anketin uygulama izni için 27.08.2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna başvuruda bulunulmuştur. Alınan cevaptan, 19.06.2013 tarihinden itibaren araştırma izin başvurularının üniversite talep yazısı ile kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerine yapılması gerektiği anlaşılmıştır. Bu nedenle, Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü'nün 22.10.2014 tarih ve 3388 sayılı yazısı ile 88 kamu hastaneleri birliği genel sekreterliğine araştırma izin başvurusu yapılmıştır. 45 kamu hastaneleri birliğinden araştırma izni alınmış, 22 Ekim 2014 ile 30 Nisan 2015 tarihleri arasında posta yoluyla araştırmacılara ulaştırılmıştır. Anketler hastaneler ve bağlı oldukları birlikler tarafından araştırma izin onayı ile birlikte veya daha sonra aralıklı zamanlarda, gönüllülük (Ek 1) kapsamında doldurularak posta yoluyla geri gönderilmiştir. İlâveten, anket dönüşü yapmayan ancak araştırma izni veren hastane yöneticileri ile genel sekreterlere yönelik hazırlanan internet anketi, gerekli etik açıklamalarla birlikte anketin linki verilmek suretiyle yöneticilere e-posta yoluyla gönderilmiştir. Ayrıca bazı hastanelere araştırmacı tarafından gidilerek anket uygulanmaya çalışılmış, katılmayı kabul eden yöneticilere anket bırakılmış ve daha sonraki zaman içinde geri alınmıştır. Çoğunlukla da ilk ziyarette verilen ankete ikinci ziyarette ulaşılamamıştır. Etik kurallara uygun olarak anketi dolduran kişinin kimlik bilgileri herhangi bir yere kayıt edilmemiş ve kimlik bilgilerini ortaya çıkartacak özellikli soru sorulmamıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen yöneticiler katılmama nedeni olarak çoğunlukla “çalışma tempolarının çok yoğun olmasını” göstermişler, bu yüzden anket için ayracakları zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir.

4.5. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 ve MS-Excel 2013 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Katılımcılara ait demografik verilerin ve değişkenlere verilen cevapların genel

dağılımının gösterilmesi amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Anketin test ölçümlerinin güvenilirliğini hesaplamak ve iç tutarlılığı göstermek amacıyla Cronbach alpha kullanılmıştır. Yetkinlik düzeyine ait iç tutarlılık 0,961 olarak bulunmuştur. Yetkinliklerin önem düzeyine ait iç tutarlılık 0,962, yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığına ilişkin iç tutarlılık düzeyi 0,882 olarak bulunmuştur. Ankette yer alan soruların iç tutarlılığını gösteren cronbach's alfa değerleri, yüksek derecede güvenilirliği ifade etmektedir.

Cinsiyet, unvan, eğitim durumu, eğitim alma isteği gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile anket sorularına verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Shapiro-Wilks testi sonucunda normal dağılım göstermediği belirlenen yaş, çalışma süresi, sektörde deneyim gibi değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde ortanca ve çeyreklikler arası genişlik (ÇAG) ile birlikte minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Eğitim alma isteğine göre bireylerin çalışma süresi farklılığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bireylerin eğitim alma durumuna göre, günlük çalışma saatlerinin klinik ve yönetsel faaliyetlerine göre karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizine başvurulmuştur.

Görev unvanlarına göre, bireylerin yönetim geliştirme ihtiyaçları, sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılar ve yönetsel roller bölümlerine yönelik sorulara bireylerin yanıtlarının dağılımını göstermek amacıyla çapraz tablolar oluşturulmuş, Pearson ki kare (χ^2) test istatistiği, sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir.

Alt faktör gruplarına ayrılan yetkinlik ve önem derecesi değişkenlerinin yönetim geliştirme ihtiyaçları, sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılar ve yönetsel roller bölümleri ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizine kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları elde edilmiştir.

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Her çalışmada olduğu gibi, bu çalışmada da birtakım sınırlılıklar bulunmaktadır. Bireysel algının ölçülmeye çalışıldığı araŐtırmalarda, kişilerden öz değerlendirme yapmaları beklendiğinden, yapılan bu değerlendirmenin nesnel olarak yapıldığı varsayılmaktadır. Kendi kendini değerlendirme, bir performans ölçüm aracı olarak kullanılabilir olup özeleŐtiri yapmayı sağlaması, bireyin kendi eksikliklerini ve eğitim ihtiyaçlarını görmeyi sağlaması bakımından etkili bir yöntem olduğu varsayılmaktadır.



5. BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma kapsamında yer alan yöneticilere ait sosyo-demografik bulgular ile yönetsel becerilere, yönetsel becerilerin önem düzeyine, yönetimi geliştirme ihtiyaçlarına, sağlık kurumlarına yönetimine ve yönetsel rollere ilişkin bulgular, tartışma ile sonuç ve öneriler yer almaktadır.

5.1. BULGULAR

Araştırma kapsamında yer alan yöneticilere ait tanımlayıcı bulgular ile yönetsel becerilere, yönetsel becerilerin önem düzeyine, yönetimi geliştirme ihtiyaçlarına, sağlık kurumlarına yönetimine ve yönetsel rollere ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

5.1.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan yöneticilerin %6,7'si (n=18) kadın, %93,3'ü (n=251) erkektir. Yöneticilerin %10,0'unun (n=27) genel sekreter, %90,0'inin (n=242) hastane yöneticisi olduğu; %100'ünün tıp fakültesi mezunu olduğu belirlenmiştir. Yöneticilerin %53,9'u (n= 145) iktisat, işletme, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yönetimi, kamu yönetimi gibi alanlarda eğitim almamıştır. Belirtilen alanlarda sertifika eğitimi alanlar, %20,8 (n=56), önlisans düzeyinde eğitim alanlar %5,2 (n=14), lisans düzeyinde eğitim alanlar %4,1 (n=11), yüksek lisans düzeyinde eğitim alanlar %15,6 (n=42) ve doktora eğitimi alanlar %0,4 (n=1)'dir. Yönetim alanında lisansüstü eğitim almak isteyen yöneticiler, ise araştırmaya katılan yöneticilerin %60,8'ini oluşturmaktadır (Tablo 16).

Tablo 16. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	18	6,7
Erkek	251	93,3
Ünvan		
Genel Sekreter	27	10,0
Hastane Yöneticisi	242	90,0
Eğitim Durumu		
Tıp Fakültesi	93	34,6
Yüksek Lisans	13	4,8
Doktora/Tıpta Uzmanlık	161	59,9
Diş Hekimliği Fakültesi	2	0,7
Yönetim Eğitimi Alma Durumu		
Almadım	145	53,9
Sertifika Eğitimi	56	20,8
Önlisans	14	5,2
Lisans	11	4,1
Yüksek Lisans	42	15,6
Doktora	1	0,4
Lisansüstü Eğitim Alma İstemi		
Evet	121	60,8
Hayır	78	39,2

Araştırmaya katılan yöneticilerin yaş ortancası 41,0 (ÇAG=8,0) yıl ve minimum yaş değeri 27,0 yıl, maksimum yaş değeri 64 yıldır. Yöneticilerin sektörde deneyim süresi ortancası 3,0 (ÇAG=5,0) yıl iken minimum değeri 0,0, maksimum değeri 32,0 yıldır. Araştırmaya katılanlar, günlük mesailerinin %10'unu klinik ve aktif hekimlik faaliyetlerine, %10'unu ise yöneticilik faaliyetlerine ayırmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Yöneticilerin Diğer Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Ortanca	Çeyreklikler Arası Genişlik (ÇAG)	Minimum-Maksimum
Yaş	41,0	8,0	27-64
Çalışma Süresi (yıl)	2,0	5,0	0-20
Sektörde Deneyim (yıl)	3,0	5,0	0-32
Hekimlik Mesai (%)	10,0	20,0	0-90
Yöneticilik Mesai (%)	90,0	20,0	10-100

Araştırmaya katılan yöneticilerin kendilerini en yetkin gördükleri beceri, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi ($x= 4,53$), en az yetkin gördükleri beceri ise bilgi sistemleri yönetimi becerisi ($x= 3,65$)'dir. Yöneticiler, 39 yönetsel beceriden 24'ünde kendilerini iyi derecede (>4.00) değerlendirmektedirler. Yöneticilerin tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisinin puan ortalaması 4,33, iletişim becerisi 4,29, stratejik düşünme becerisi 4,22, gelecek ihtiyaçları planlama becerisi 4,10, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık becerisi 4,07, zaman yönetimi becerisi 4,00'tür. Yöneticiler, yönetsel beceriler konusunda kendilerini "iyi derecede" değerlendirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 18).



Tablo 18. Yönetsel Yetkinliklerin Aritmetik Ortalama Değerleri

Yönetsel Yetkinlikler	Ortalama	Yönetsel Yetkinlikler	Ortalama
Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi	4,53	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi	4,04
Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi	4,33	Sağlığı geliştirme becerisi	4,03
İletişim becerisi	4,29	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi	4,01
Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi	4,23	Zaman yönetimi becerisi	4,00
Stratejik düşünme becerisi	4,22	Yasal konuları analiz etme becerisi	3,98
Çalışanları ve takımları yönetme becerisi	4,20	Sağlık sistemine bütüncül ve analitik bakabilme becerisi	3,97
Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi	4,20	Değişim yönetimi becerisi	3,96
Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi	4,20	Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi	3,96
Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi	4,18	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi	3,91
Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi	4,17	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi	3,87
Çatışma çözme becerisi	4,16	Tıbbi enformatik becerisi	3,82
Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi	4,16	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi	3,80
Kendini geliştirme becerisi	4,15	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi	3,78
Çalışanları güdüleme becerisi	4,15	Finansal performans değerlendirme becerisi	3,77
Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi	4,10	Bilgisayar kullanımı becerileri	3,75
İnsan kaynakları yönetimi becerisi	4,10	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisi	3,75
Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık	4,07	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi	3,70
Tıbbi süreçleri denetleme becerisi	4,06	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi	3,70
Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi	4,06	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi	3,65
Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi	4,04		

Araştırmaya katılan yöneticilerin, en önemli gördükleri beceri, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi ($x= 4,67$), en az önemli gördükleri beceri ise hükümet programlarını analiz edebilme becerisi ($x=4,05$)'dir. Tüm becerilerin ortalamaları incelendiğinde yöneticiler, tüm yönetsel becerileri önemli ve çok önemli olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 19).

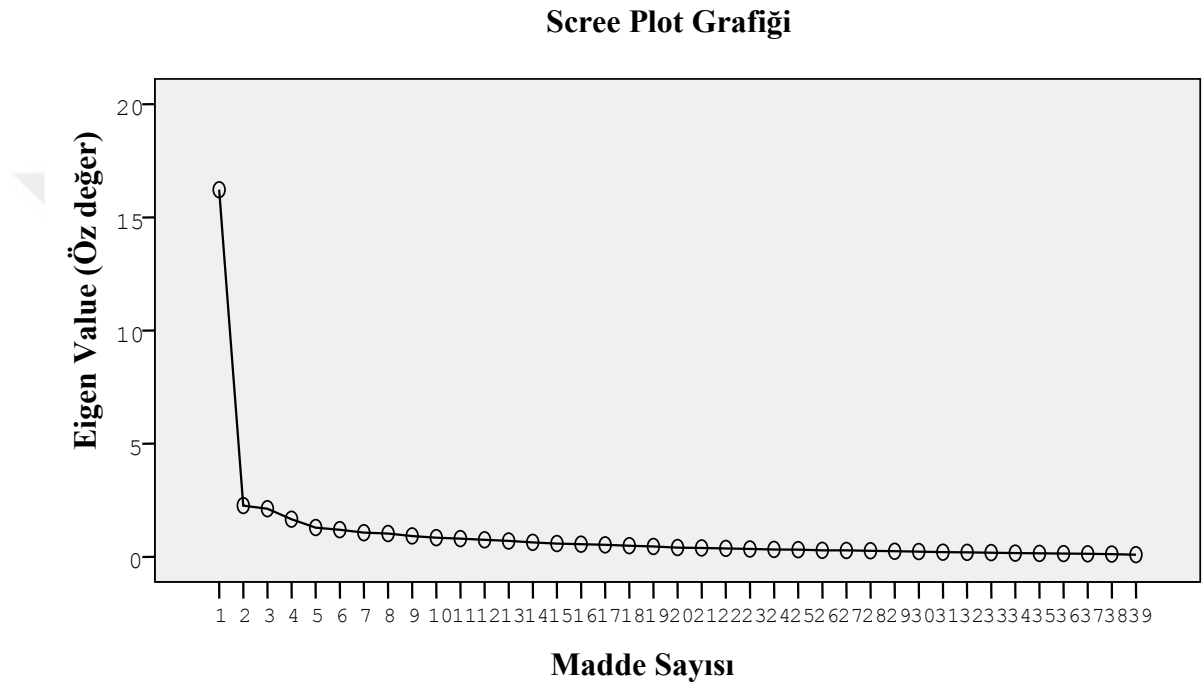
Tablo 19. Yönetmel Yetkinliklerin Önem Düzeylerine Ait Aritmetik Ortalama Değerleri

Yönetmel Yetkinlikler	Ortalama	Yönetmel Yetkinlikler	Ortalama
Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi	4,67	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi	4,37
Çalışanları ve takımları yönetme becerisi	4,62	Finansal performans değerlendirme becerisi	4,35
İletişim becerisi	4,60	Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi	4,35
Stratejik düşünme becerisi	4,57	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi	4,33
Çalışanları güdüleme becerisi	4,52	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi	4,31
Çatışma çözme becerisi	4,49	Tıbbi süreçleri denetleme becerisi	4,29
İnsan kaynakları yönetimi becerisi	4,49	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi	4,29
Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi	4,46	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisi	4,28
Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi	4,46	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık	4,28
Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi	4,45	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi	4,28
Kendini geliştirme becerisi	4,45	Sağlık sistemine bütüncül ve analitik bakabilme becerisi	4,26
Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi	4,45	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi	4,25
Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi	4,44	Bilgisayar kullanımı becerileri	4,24
Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi	4,44	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi	4,24
Yasal konuları analiz etme becerisi	4,41	Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi	4,23
Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi	4,41	Tıbbi enformatik becerisi	4,22
Zaman yönetimi becerisi	4,40	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi	4,21
Değişim yönetimi becerisi	4,38	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi	4,20
Sağlığı geliştirme becerisi	4,38	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi	4,05
Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi	4,38		

5.1.2. Yönetmel Yetkinlik Düzeyi Bölümünün Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında hastane yöneticileri için kullanılan 39 yönetmel yetkinliğin yer aldığı yetkinlik düzeyi ve yetkinliklerin önem derecesi bölümlerinin yapı geçerliliğinin bulunması için açılımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Eldeki verilerin faktör analizine

uygunluğu değerlendirilmiştir. Öncelikle madde sayısı ile ulaşılan evren büyüklüğü arasındaki ilişkinin yeter sayıda (Büyüköztürk, 2002) olduğu görüldüğünden verilerin, faktör analizine uygunluğunu belirlemek için KMO ve Bartlett's test sonucu ile Bartlett's Sphericity testinin önemlilik değerleri hesaplanmıştır. KMO değeri, 0,922, önemlilik değeri ise $p= 0,000$ olarak bulunmuştur. Faktör analizinde temel bileşenler analizi temel alınarak belirlenen faktör yapılarını gösteren Şekil 3 yer almaktadır.



Şekil 3. Faktör Yapıları Dağılım Grafiği

Yöneticilere uygulanan yetkinlik düzeyi ve yetkinliklerin önem derecesi başlıklı bölümde 39 yönetsel beceri bakımından yöneticilerin kendilerini nasıl değerlendirdikleri ve bu becerileri ne kadar önemli olarak gördüklerini belirtmeleri istenmiş olup yönetsel yetkinliklere ilişkin olarak faktör analizi yapılmıştır.

Yetkinlik düzeyi için yapılan faktör analizi sonucunda, beceriler 8 faktörde toplanmıştır. Belirlenen faktörlerin toplam açıklayıcılık oranı %68,84'tür. Faktör analizi sonucunda sağlık hizmetleri pazarlama becerisi, değişim yönetimi becerisi, çalışanları güdüleme becerisi, çalışanları ve takımları yönetme becerisi, iletişim becerisi, çatışma çözme becerisi, insan kaynakları yönetimi becerisi, çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi ve

zaman yönetimi becerisi faktör 1 altında gruplanmıştır. Faktör grupları altında yer alan yönetsel beceriler Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Yönetsel Yetkinlik Faktör Analizi Grupları

Faktör	Soru	Yönetsel yetkinlik	Faktör	Soru	Yönetsel yetkinlik
Faktör 1	S4	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi	Faktör 2	S3	Tıbbi enformatik becerisi
	S5	Değişim yönetimi becerisi		S12	Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi
	S6	Çalışanları güdüleme becerisi		S23	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi
	S7	Çalışanları ve takımları yönetme becerisi		S24	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık
	S8	İletişim becerisi		S25	Tıbbi süreçleri denetleme becerisi
	S9	Çatışma çözme becerisi		S26	Sağlığı geliştirme becerisi
	S16	İnsan kaynakları yönetimi becerisi		S27	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi
	S17	Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi		S29	Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi
	S34	Zaman yönetimi becerisi		S32	Kanıt dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi
Faktör 3	S10	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi	Faktör 5	S35	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi
	S11	Yasal konuları analiz etme becerisi		S36	Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi
	S18	Stratejik düşünme becerisi		S37	Kendini geliştirme becerisi
	S19	Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi	Faktör 6	S1	Bilgisayar kullanımı becerisi
	S20	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi		S2	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi
	S21	Sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi	Faktör 7	S28	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi
	S22	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi		S30	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi
	S39	Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi		S31	Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi
Faktör 4	S13	Finansal performans değerlendirme becerisi	Faktör 8	S33	Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi
	S14	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi		S38	Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi
	S15	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi			

Faktör analizi sonucunda tıbbi enformatik becerisi, tıbbi etik konuları analiz etme becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, sağlığı geliştirme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi faktör 2 altında gruplanmıştır.

Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi, yasal konuları analiz etme becerisi, stratejik düşünme becerisi, gelecek ihtiyaçları planlama becerisi, kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi, sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi, hükümet programlarını analiz edebilme becerisi, sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi faktör 3 altında gruplanmıştır.

Finansal performans değerlendirme becerisi, bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi faktör 4 altında gruplanmıştır. İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi, kendi özelliklerinin farkında olma becerisi, kendini geliştirme becerisi faktör 5 altında gruplanmıştır. Bilgisayar kullanımı becerisi ve bilgi sistemleri yönetimi becerisi ise faktör 6 altında gruplanmıştır.

Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi ve kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi faktör 7; tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi ile dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi faktör 8 altında gruplanmıştır.

Tabachnick ve Fidell (2007) , faktör sayısı ve eksen döndürme şemasına yönelik verilen kararların, teorik kriterlere dayalı olarak yapılmamasının, açımlayıcı faktör analizinin önemli sınırlılıklarından olduğunun altını çizmektedir. Faktör analizinin diğer sınırlılıklarının, scree plot grafiğinin yorumlanmasının subjektif olması ve birbiriyle doğrudan bağlantılı ve ilişkili olmayan maddeleri içeren faktörlerin adlandırılması nedeniyle olduğunu belirtmektedirler. Bu nedenle literatürde (Henson ve Roberts, 2006; Tabachnick ve Fidell, 2007; Yong ve Pearce, 2013) açımlayıcı faktör analizinin subjektif özelliklerinin azaltılması için araştırmacıların faktörleri oluştururken ve azaltırken düşünceli, sistematik ve sağlam muhakeme sürecinden geçirmelerini

önermektedir. Bu nedenlerle, araştırmacıların faktör analizinin sınırlılıklarını en aza indirmek için, her bir faktöre dâhil edilecek maddelerin belirlenmesinde, faktörlerin gruplandırılmasında ve faktörlerin adlandırılmasında kavramsal uygunluk kriterini kullanabilecekleri söylenebilir.

Tıbbi enformatik becerisi, tıbbi etik konuları analiz etme becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, sağlığı geliştirme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi faktör 2 altında; kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi ve kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi faktör 7 altında gruplanmasına rağmen bu becerilerin sağlık hizmetlerine ilişkin sektörel beceriler olması nedeniyle bir faktör altında toplanmıştır. Bu değişikliklerin istatistiksel açıdan uygulanabilirliği, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Faktör 2 için belirlenen iç tutarlılık katsayısı başlangıçta 0,895 iken, 7. faktör ile birleştirilmesi sonucunda elde edilen iç tutarlılık katsayısı 0,910 olarak hesaplanmıştır.

İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi, kendi özelliklerinin farkında olma becerisi, kendini geliştirme becerisi faktör 5 altında; tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi ile dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi faktör 8 altında gruplanmasına rağmen bu becerilerin kişilerin kendilerinin yönetimine ilişkin beceriler olması nedeniyle bir faktör altında toplanmıştır. Ek olarak 1. faktörde yer alan zaman yönetimi becerisi de 5. faktöre eklenmiştir. Bu değişikliklerin istatistiksel açıdan uygulanabilirliği, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Faktör 5 için başlangıçta iç tutarlılık 0,776 iken, 8. faktörde yer alan sorular ve 1. faktör de yer alan 34. sorunun ilgili faktöre alınması ile iç tutarlılık 0,835 olarak elde edilmiştir. Son olarak belirlenmiş olan 6 faktörde soruların dağılımı ve faktörlere ilişkin iç tutarlılık katsayıları Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Yetkinlik Düzeyi İçin Elde Edilen İç Tutarlılıklar (Cronbach α)

Faktör	Soru	Soru silindiğinde İç tutarlılık	İç tutarlılık	Faktör	Soru	Soru silindiğinde İç tutarlılık	İç tutarlılık
Faktör 1	S4	0,900	0,898	Faktör 3	S10	0,873	0,886
	S5	0,886			S11	0,886	
	S6	0,882			S18	0,868	
	S7	0,879			S19	0,869	
	S8	0,880			S20	0,865	
	S9	0,885			S21	0,870	
	S16	0,886			S22	0,875	
	S17	0,884			S39	0,870	
Faktör 2	S3	0,912	0,910	Faktör 4	S13	0,875	0,881
	S12	0,900			S14	0,784	
	S23	0,904			S15	0,833	
	S24	0,901		Faktör 5	S33	0,818	0,835
	S25	0,897			S34	0,815	
	S26	0,899			S35	0,809	
	S27	0,901			S36	0,787	
	S28	0,904			S37	0,807	
	S29	0,899			S38	0,810	
	S30	0,906		Faktör 6	S1	-	0,777
	S31	0,902			S2	-	
	S32	0,901					

Faktörler ve altında yer alan maddelerin belirlenmesinden sonra yönetsel becerileri içeren faktörler adlandırılmıştır. Faktör 1 altında toplanan sağlık hizmetleri pazarlama becerisi, değişim yönetimi becerisi, çalışanları güdüleme becerisi, çalışanları ve takımları yönetme becerisi, iletişim becerisi, çatışma çözme becerisi, insan kaynakları yönetimi becerisi, çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi, temel yönetim işlevleri becerileri olarak adlandırılmıştır.

Faktör 2 altında toplanan tıbbi enformatik becerisi, tıbbi etik konuları analiz etme becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, sağlığı geliştirme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi, kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi ve kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi, sağlık hizmetleri sektör becerileri olarak adlandırılmıştır.

Faktör 3 altında toplanan sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi, yasal konuları analiz etme becerisi, stratejik düşünme becerisi, gelecek ihtiyaçları planlama becerisi, kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi, sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi, hükümet programlarını analiz edebilme becerisi, sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi, analitik beceriler olarak adlandırılmıştır.

Faktör 4 altında toplanan finansal performans değerlendirme becerisi, bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi, finansal beceriler olarak adlandırılmıştır. Faktör 5 altında toplanan iş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi, kendi özelliklerinin farkında olma becerisi, kendini geliştirme becerisi, tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi ile zaman yönetimi becerisi, özyönetim becerileri olarak adlandırılmıştır. Faktör 6 altında yer alan bilgisayar kullanımı becerisi ve bilgi sistemleri yönetimi becerisi, bilişim becerileri olarak adlandırılmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Yönetmelik Yetkinlik Ölçeği Faktör İsimleri

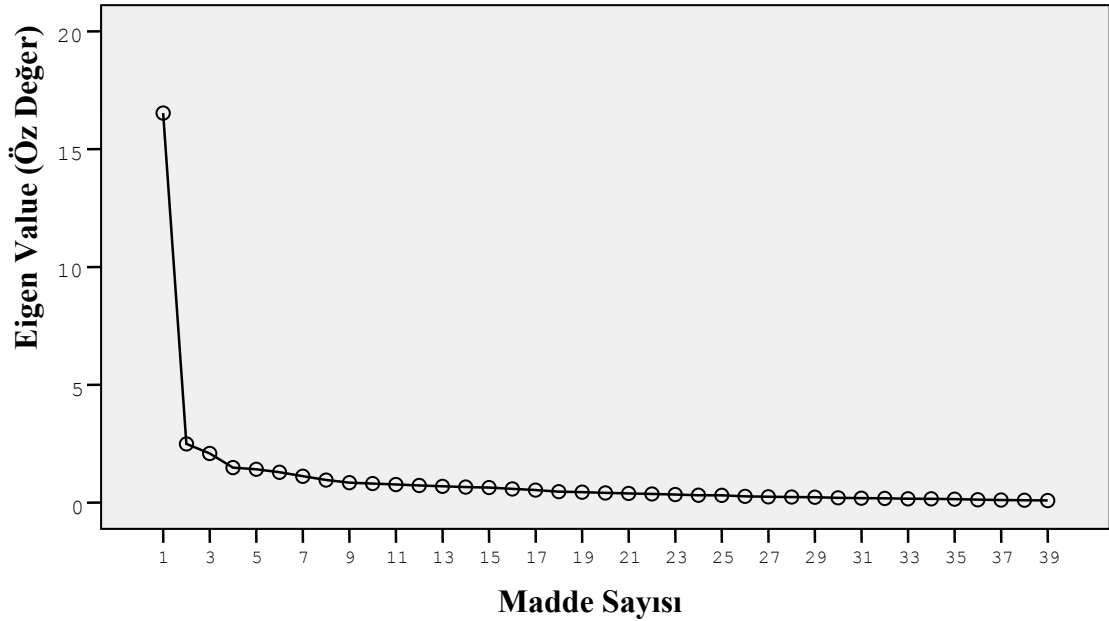
Faktörler	Faktör isimleri
Faktör 1	Temel yönetim işlevleri becerileri
Faktör 2	Sağlık hizmetleri sektör becerileri
Faktör 3	Analitik beceriler
Faktör 4	Finansal beceriler
Faktör 5	Özyönetim becerileri
Faktör 6	Bilişim becerileri

5.1.3. Yetkinliğin Önem Düzeyi Bölümünün Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında hastane yöneticileri için kullanılan 39 yönetmelik yetkinliğin önem düzeyi bölümünün yapı geçerliliğinin bulunması için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Eldeki verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmiştir. Öncelikle madde sayısı ile ulaşılan evren büyüklüğü arasındaki ilişkinin yeter sayıda (Büyüköztürk, 2002) olduğu görüldüğünden verilerin, faktör analizine uygunluğunu belirlemek için KMO ve Bartlett's test sonucu ile Bartlett's Sphericity testinin önemlilik

değerleri hesaplanmıştır. KMO değeri, 0,914, önemlilik değeri ise $p= 0,000$ olarak bulunmuştur. Temel bileşenler analizi temel alınarak belirlenen faktör yapıları, Şekil 4'te gösterilmektedir.

Scree Plot Grafiği



Şekil 4. Faktör Yapıları Dağılım Grafiği

Yöneticilerin 39 yönetsel beceriyi ne kadar önemli gördüklerine ilişkin görüşlerini ortaya koydukları bölümde yer alan yetkinliğin önem derecesi için yapılan faktör analizi sonucunda, soruların 7 faktörde toplandığı ve belirlenen faktörlerin toplam açıklayıcılık oranının %67,68 olduğu belirlenmiştir.

Çalışanları güdüleme becerisi, çalışanları ve takımları yönetme becerisi, iletişim becerisi, çatışma çözme becerisi, yasal konuları analiz etme becerisi, tıbbi etik konuları analiz etme becerisi, insan kaynakları yönetimi becerisi, çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi ve stratejik düşünme becerisi faktör 1 altında gruplanmıştır. Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi, kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme

becerisi, kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi faktör 2 altında gruplanmıştır.

Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi, zaman yönetimi becerisi, iş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi, kendi özelliklerinin farkında olma becerisi, kendini geliştirme becerisi, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi faktör 3 altında gruplanmıştır. Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi, finansal performans değerlendirme becerisi, bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi faktör 4 altında gruplanmıştır.

Bilgisayar kullanımı becerisi, bilgi sistemleri yönetimi becerisi, tıbbi enformatik becerisi, sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi ve değişim yönetimi becerisi faktör 5 altında gruplanmıştır. Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi faktör 6 altında gruplanmıştır. Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi, sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi ve sağlığı geliştirme becerisi faktör 7 altında gruplanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Yetkinliğin Önem Derecesi Faktör Analizi Grupları

Faktör	Soru	Yönetmel Yetkinlik	Faktör	Soru	Yönetmel Yetkinlik
Faktör 1	Ö_S6	Çalışanları güdüleme becerisi	Faktör 2	Ö_S22	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi
	Ö_S7	Çalışanları ve takımları yönetme becerisi		Ö_S28	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi
	Ö_S8	İletişim becerisi		Ö_S29	Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi
	Ö_S9	Çatışma çözme becerisi		Ö_S30	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi
	Ö_S11	Yasal konuları analiz etme becerisi		Ö_S31	Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi
	Ö_S12	Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi		Ö_S32	Kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi
	Ö_S16	İnsan kaynakları yönetimi becerisi		Ö_S39	Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi
	Ö_S17	Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi		Ö_S1	Bilgisayar kullanımı becerisi
	Ö_S18	Stratejik düşünme becerisi		Ö_S2	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi
Faktör 3	Ö_S33	Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi	Faktör 5	Ö_S3	Tıbbi enformatik becerisi
	Ö_S34	Zaman yönetimi becerisi		Ö_S4	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi
	Ö_S35	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi		Ö_S5	Değişim yönetimi becerisi
	Ö_S36	Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi	Faktör 6	Ö_S19	Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi
	Ö_S37	Kendini geliştirme becerisi		Ö_S23	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi
	Ö_S38	Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi		Ö_S24	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık
Faktör 4	Ö_S10	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi	Ö_S25	Tıbbi süreçleri denetleme becerisi	
	Ö_S13	Finansal performans değerlendirme becerisi	Ö_S27	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi	
	Ö_S14	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi	Ö_S20	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi	
	Ö_S15	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi	Faktör 7	Ö_S21	Sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi
		Ö_S26		Sağlığı geliştirme becerisi	

Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi, kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi, kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi faktör 2 altında, kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi ve sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi faktör 7 altında gruplanmasına rağmen bu becerilerin stratejik ve analitik beceriler olması nedeniyle bir faktör altında toplanmıştır. Ayrıca 4. faktör altında gruplanan sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi bu faktöre dâhil edilmiştir. Söz konusu değişikliklerin istatistiksel açıdan da uygulanabilirliği, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Faktör 2 için belirlenen iç tutarlılık katsayısı 0,893 iken 7. faktörde yer alan 20 ve 21. sorular ve 4. faktörde yer alan 10. soru eklenmesi durumunda iç tutarlılık katsayısı 0,911 olarak hesaplanmıştır.

Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi faktör 6 altında gruplanmıştır. Bu faktöre 7. faktörde yer alan sağlığı geliştirme becerisi eklenmiştir. 6. faktöre 7. faktörde yer alan 26. sorunun eklenmesi ile iç tutarlılık katsayısı 0,826' dan 0,843' e yükselmiştir. Belirlenen 6 faktörde soruların dağılımı ve faktörlere ilişkin iç tutarlılık katsayıları Tablo 24' de verilmiştir.

Tablo 24. Yetkinliğin Önem Derecesi Anketi İçin Elde Edilen İç Tutarlılıklar (Cronbach α)

Faktör	Soru	Soru silindiğinde İç tutarlılık	İç tutarlılık	Faktör	Soru	Soru silindiğinde İç tutarlılık	İç tutarlılık
Faktör 1	Ö_S6	0,898	0,907	Faktör 3	Ö_S33	0,817	0,847
	Ö_S7	0,895			Ö_S34	0,818	
	Ö_S8	0,894			Ö_S35	0,846	
	Ö_S9	0,900			Ö_S36	0,817	
	Ö_S11	0,900			Ö_S37	0,810	
	Ö_S12	0,900			Ö_S38	0,824	
	Ö_S16	0,894		Faktör 4	Ö_S13	0,858	0,885
	Ö_S17	0,892			Ö_S14	0,843	
Ö_S18	0,899		Ö_S15	0,810			
Faktör 2	Ö_S10	0,906	0,911	Faktör 5	Ö_S1	0,785	0,812
	Ö_S20	0,904			Ö_S2	0,725	
	Ö_S21	0,904			Ö_S3	0,825	
	Ö_S22	0,903			Ö_S4	0,781	
	Ö_S28	0,896			Ö_S5	0,758	
	Ö_S29	0,896		Faktör 6	Ö_S19	0,812	0,843
	Ö_S30	0,907			Ö_S23	0,807	
	Ö_S31	0,899			Ö_S24	0,821	
	Ö_S32	0,904			Ö_S25	0,800	
	Ö_S39	0,899			Ö_S26	0,826	
			Ö_S27	0,835			

Faktörler ve altında yer alan maddelerin belirlenmesinden sonra yönetsel becerileri içeren faktörler adlandırılmıştır. Yetkinliğin önem düzeyi için belirlenen faktörlerin isimleri Tablo 25’ de verilmiştir. Faktör 1 altında toplanan çalışanları güdüleme becerisi, çalışanları ve takımları yönetme becerisi, iletişim becerisi, çatışma çözme becerisi, yasal konuları analiz etme becerisi, tıbbi etik konuları analiz etme becerisi, insan kaynakları yönetimi becerisi, çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi ve stratejik düşünme becerisi, insan ilişkileri ve etik konular olarak adlandırılmıştır.

Faktör 2 altında gruplanan hükümet programlarını analiz edebilme becerisi, kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi, planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi, kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi, kanıta dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi, sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi, sağlık kurumlarını yapılandırma

becerisi, kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi, sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi, analitik konular olarak adlandırılmıştır.

Faktör 3 altında gruplanan tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi, zaman yönetimi becerisi, iş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi, kendi özelliklerinin farkında olma becerisi, kendini geliştirme becerisi, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi, özyönetim ile ilgili konular olarak adlandırılmıştır. Faktör 4 altında gruplanan finansal performans değerlendirme becerisi, bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulayabilme becerisi finansal konular olarak adlandırılmıştır.

Faktör 5 altında gruplanan bilgisayar kullanımı becerisi, bilgi sistemleri yönetimi becerisi, tıbbi enformatik becerisi, sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi ve değişim yönetimi becerisi, örgüt geliştirme olarak adlandırılmıştır. Faktör 6 altında gruplanan sağlığı geliştirme becerisi, gelecek ihtiyaçları planlama becerisi, sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi, tıbbi yetkinlik ve uzmanlık, tıbbi süreçleri denetleme becerisi, epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi, tıbbi süreçler olarak adlandırılmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Yönetmel Yetkinliklerin Önem Düzeyi Faktör İsimleri

Faktörler	Faktör isimleri
Faktör 1	İnsan ilişkileri ve etik konular
Faktör 2	Analitik konular
Faktör 3	Özyönetim ile ilgili konular
Faktör 4	Finansman
Faktör 5	Örgüt geliştirme
Faktör 6	Tıbbi süreçler

5.1.4. Yetkinlik Skorlarına Ait Bulgular

Yöneltil yetkinlikler ölçeği ve yöneltil yetkinliklerin önem düzeyi için, yöneticilerin her faktör grubunda yer alan becerilerden aldıkları toplam skorlar bulunmuştur. Yetkinlik düzeyini hiç olarak işaretleyen yöneticilere 1, oldukça iyi düzeyde işaretleyenlere 5 puan verilerek elde edilen faktörlerde yer alan sorular toplanmış ve ilgili faktöre ait skor elde edilmiştir. Her faktör grubunda yer alan beceri sayısına ve verdikleri cevaba göre toplam aldıkları puan ve akabinde aşağıda belirtilen formül ile tüm faktörler için skorlar 100 puan üzerinden hesaplanmıştır.

$$\text{Faktör skoru} = \frac{\text{Toplam puan}}{\text{Maksimum puan}} * 100$$

Araştırmaya katılan 269 hastane yöneticisi ve genel sekreterin temel yönetim işlevleri becerilerinin ortalamasının 82,128; sağlık hizmetleri sektör becerilerinin ortalamasının 80,253; analitik becerilerin ortalamasının 81,180; finansal becerilerin ortalamasının 74,797; özyönetim becerileri ortalamasının 83,324 ve bilişim becerileri ortalamasının 74,015 olduğu bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26. Yetkinlik Düzeyi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

	Temel Yönetim İşlevleri Becerileri	Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri	Analitik Beceriler	Finansal Beceriler	Özyönetim Becerileri	Bilişim Becerileri
N (Sayı)	269	269	269	269	269	269
Ortalama	82,128	80,253	81,180	74,797	83,324	74,015
Ortanca	82,500	80,000	80,000	80,000	83,300	70,000
Standart Sapma	10,7573	10,6409	10,8167	14,3265	10,8717	13,9648

Araştırmaya katılan yöneticilerin temel yönetim işlevleri becerisine ait toplam skor ortalaması %82, 128'dir (Tablo 27). Temel yönetim işlevleri becerisi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, iletişim becerisi bakımından en yüksek skora; sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Temel Yönetim İşlevleri Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

		Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 1 Temel Yönetim İşlevleri Becerileri Toplam Skor: %82,128		3,78	75,539	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi
		3,96	79,257	Değişim yönetimi becerisi
		4,15	83,048	Çalışanları güdüleme becerisi
		4,20	83,941	Çalışanları ve takımları yönetme becerisi
		4,29	85,874	İletişim becerisi
		4,20	83,271	Çatışma çözme becerisi
		4,10	82,082	İnsan kaynakları yönetimi becerisi
		4,20	84,015	Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilerin sağlık hizmetleri sektör becerilerine ait toplam skor ortalaması %80,254'tür (Tablo 28). Sağlık hizmetleri sektör becerisi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi bakımından en yüksek skora; epidemiyolojik verileri analiz edebilme becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetleri Sektör Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 2 Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri Toplam Skor: %80,254	3,82	76,357	Tıbbi enformatik becerisi
	4,17	83,346	Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi
	3,87	77,398	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi
	4,07	81,487	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık
	4,06	81,264	Tıbbi süreçleri denetleme becerisi
	4,03	80,669	Sağlığı geliştirme becerisi
	3,70	74,052	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi
	4,04	81,264	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi
	4,06	79,108	Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi
	4,20	80,892	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi
	4,16	83,941	Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi
	3,96	83,271	Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilerin analitik becerilere ait toplam skor ortalaması %81,180'dir (Tablo 29). Analitik beceriler grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi bakımından en yüksek skora; sağlık sistemine bütüncül bakabilme ile hükümet programlarını analiz edebilme becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Analitik Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 3 Analitik Beceriler Toplam Skor: %81,180	4,01	80,149	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi
	3,98	79,628	Yasal konuları analiz etme becerisi
	4,22	84,387	Stratejik düşünme becerisi
	4,10	82,082	Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi
	4,04	80,892	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi
	3,97	79,480	Sağlık sistemine bütüncül ve analitik bakabilme becerisi
	3,97	78,141	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi
	4,23	84,684	Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilerin finansal becerilere ait toplam skor ortalaması %74,795'dir (Tablo 30). Finansal beceriler grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, finansal performans değerlendirme becerisi bakımından en yüksek skora; bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Finansal Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 4 Finansal Beceriler Toplam Skor: %74,795	3,77	75,390	Finansal performans değerlendirme becerisi
	3,70	73,903	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi
	3,75	75,093	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilerin özyönetim becerilerine ait toplam skor ortalaması %83,320'dir (Tablo 31). Özyönetim becerileri grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi bakımından en yüksek skora; iş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özyönetim Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 5	4,33	86,691	Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi
Özyönetim Becerileri	4,00	80,074	Zaman yönetimi becerisi
Toplam Skor: %83,320	3,80	75,911	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi
	4,18	83,643	Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi
	4,15	82,974	Kendini geliştirme becerisi
	4,53	90,632	Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi

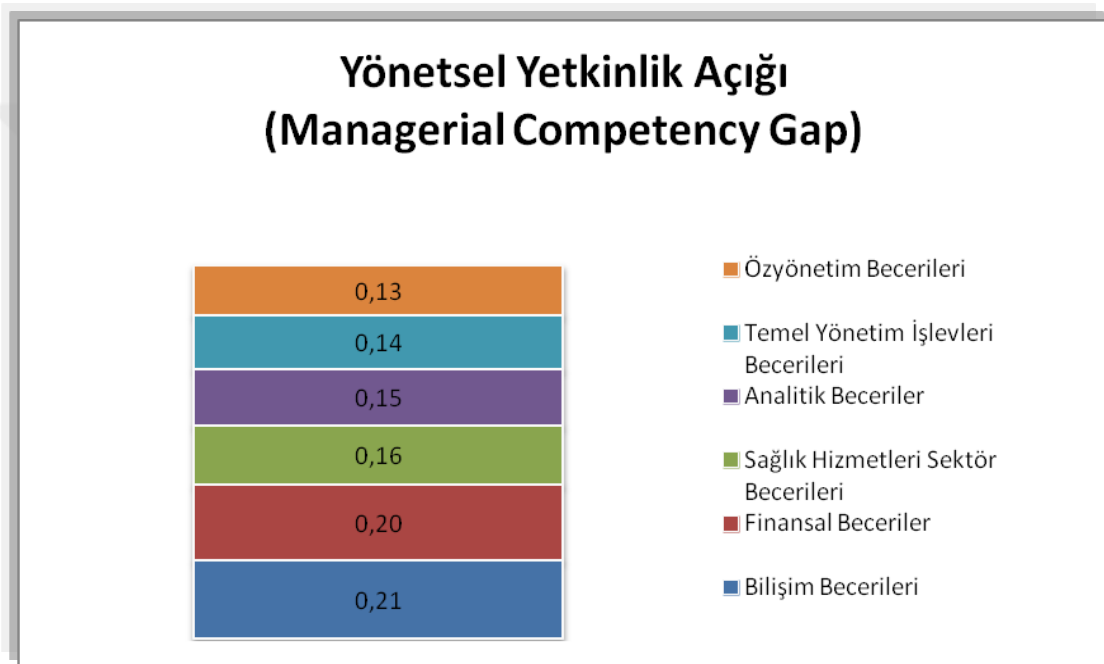
Araştırmaya katılan yöneticilerin bilişim becerilerine ait toplam skor ortalaması %75,015'tir (Tablo 32). Bilişim becerileri grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticiler, bilgisayar kullanımı becerisi bakımından en yüksek skora; bilgi sistemleri yönetimi becerisi bakımından en düşük skora sahiptir.

Tablo 32. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Bilişim Becerilerine İlişkin Yetkinlik Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 6	3,75	74,944	Bilgisayar kullanımı becerileri
Bilişim becerileri	3,65	73,086	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi
Toplam Skor: %75,015			

Yönetimsel yetkinlik ölçeğinde yer alan becerilerden aldıkları skor ortalamaları değerlendirildiğinde, her bir beceriden alınabilecek en yüksek puan ile fiilen alınan skor

ortalaması arasında farklar bulunmaktadır. Yönetmel yetkinlik açığı olarak adlandırılan ve görel olarak her bir beceri birim açığının kapatılması yoluyla yöneticiler, yetkinlik düzeylerini artırıp başarıya ulaşabileceklerdir. Her bir beceri grubunun toplam yetkinlik düzeyine etkisi bakımından katsayıları toplamı 1'i vermekte olup 1 tam yetkin olma durumunun ifadesi olarak kullanılmıştır. Her bir becerinin, tam yetkin olma haline Şekil 5'te verilen birim değerler kadar katkısı, Tiramisu etkisi olarak adlandırılmıştır. Tiramisu, İtalyanca kökenli bir sözcük olup bir üst seviyeye çıkmak anlamında kullanılmaktadır.



Şekil 5. Yönetmel Yetkinlik Açığının (Managerial Competency Gap) Kapatılması: Tiramisu (Lifting managers up) Etkisi

5.1.5. Yönetmel Yetkinliğin Önem Derecesi Skorlarına Ait Bulgular

Yetkinliğin önem derecesi bölümüne 269 hastane yöneticisi ve genel sekreter cevap vermiştir. İnsan ilişkileri ve etik konuların ortalamasının 90,255; analitik konuların ortalamasının 86,126; özyönetim ile ilgili konuların ortalamasının 88,589; finansal konuların ortalamasının 86,690; örgüt geliştirmeye ilişkin konuların ortalamasının 85,145 ve tıbbi süreçlere ilişkin konuların ortalamasının 86,445 olduğu bulunmuştur (Tablo 33).

Tablo 33. Yönetmel Yetkinliğin Önem Derecesi Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

	İnsan İlişkileri ve Etik Konular	Analitik Konular	Özyönetim ile İlgili Konular	Finansal Konular	Örgüt Geliştirme	Tıbbi Süreçler
N (Sayı)	269	269	269	269	269	269
Ortalama	90,255	86,126	88,589	86,690	85,145	86,445
Ortanca	91,100	86,000	90,000	86,700	84,000	83,300
Standart Sapma	9,0212	10,3159	9,4203	12,0467	10,1950	9,8805

Araştırmaya katılan yöneticilere göre insan ilişkileri ve etik konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %90,290'dır (Tablo 34). İnsan ilişkileri ve etik konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, çalışanları ve takımları yönetme becerisi iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, yasal konuları analiz etme becerisidir.

Tablo 34. İnsan İlişkileri ve Etik Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 1 İnsan ilişkileri ve etik konular Toplam Skor: %90,290	4,52	90,373	Çalışanları güdüleme becerisi
	4,62	92,388	Çalışanları ve takımları yönetme becerisi
	4,60	92,015	İletişim becerisi
	4,50	89,925	Çatışma çözme becerisi
	4,41	88,209	Yasal konuları analiz etme becerisi
	4,46	89,254	Tıbbi etik konuları analiz etme becerisi
	4,49	89,776	İnsan kaynakları yönetimi becerisi
	4,46	89,254	Çalışan ilişkilerini düzenleme becerisi
	4,57	91,418	Stratejik düşünme becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilere göre analitik konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %86,149'dur (Tablo 35). Analitik konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi

iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, hükümet programlarını analiz edebilme becerisidir.

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Analitik Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 2 Analitik Konular Toplam Skor: % 86,149	4,45	89,030	Sağlık kurumlarını yapılandırma becerisi
	4,29	85,746	Kurum içi ve dışı çevreyi analiz etme becerisi
	4,26	85,229	Sağlık sistemine bütüncül bakabilme becerisi
	4,05	81,045	Hükümet programlarını analiz edebilme becerisi
	4,31	86,269	Kalite kontrol ve süreçleri iyileştirme becerisi
	4,35	86,940	Planlanmış sağlık bakım ilkelerini sunma becerisi
	4,28	85,597	Taşra sağlık sistemini anlayabilme becerisi
	4,41	88,134	Kurumun genel performansını değerlendirebilme becerisi
	4,23	84,552	Kanıtla dayalı tıp uygulamalarını analiz edebilme becerisi
	4,44	88,881	Sağlık hizmetlerinin sunumu yönetimi becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilere göre özyönetim ile ilgili konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %88,619'dur (Tablo 36). Özyönetim ile ilgili konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, iş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisidir.

Tablo 36. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Özyönetim ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 3	4,44	88,806	Tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma becerisi
	4,40	87,985	Zaman yönetimi becerisi
Özyönetim ile ilgili konular	4,24	84,776	İş ve yaşam konularını dengede tutabilme becerisi
Toplam Skor: % 88,619	4,38	87,687	Kendi özelliklerinin farkında olma becerisi
	4,45	89,030	Kendini geliştirme becerisi
	4,67	93,433	Dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilere göre finansman ile ilgili konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %86,716'dır (Tablo 37). Finansman ile ilgili konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisidir.

Tablo 37. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Finansman ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 4	4,35	87,015	Finansal performans değerlendirme becerisi
	4,37	87,463	Bütçe planlama ve kaynak tahsisi becerisi
Finansman	4,28	85,672	Sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemlerini uygulama becerisi
Toplam Skor: % 86,716			

Araştırmaya katılan yöneticilere göre örgüt geliştirme ile ilgili konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %85,164'tür (Tablo 38). Örgüt geliştirme ile ilgili konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, değişim yönetimi becerisi iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, sağlık hizmetlerini pazarlama becerisidir.

Tablo 38. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Örgüt Geliştirme ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 5	4,24	84,776	Bilgisayar kullanımı becerisi
Örgüt Geliştirme	4,25	84,925	Bilgi sistemleri yönetimi becerisi
	4,22	84,403	Tıbbi enformatik becerisi
	4,21	84,104	Sağlık hizmetlerini pazarlama becerisi
Toplam Skor: %85,164	4,38	87,612	Değişim yönetimi becerisi

Araştırmaya katılan yöneticilere göre tıbbi süreçler ile ilgili konuların önem düzeyi toplam skor ortalaması %86, 468'dir (Tablo 39). Tıbbi süreçler ile ilgili konuların önem düzeyi grubunda yer alan becerilerin skor ortalamaları birbirinden farklıdır. Yöneticilere göre en önemli gördükleri ve en yüksek skora sahip beceri, gelecek ihtiyaçları planlama becerisi iken en az önemli gördükleri ve bu grupta en düşük skora sahip beceri, epidemiyolojik verileri analiz edebilme becerisidir.

Tablo 39. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Tıbbi Süreçler ile İlgili Konulara Dair Yetkinliklerin Önem Düzeyi Ortalamaları ve Toplam Skorları (%)

Önem Düzeyi Alt Boyutu	Ortalama	%	Yetkinlik
Faktör 6	4,45	89,030	Gelecek ihtiyaçları planlama becerisi
Tıbbi süreçler	4,33	86,642	Sağlık teknolojilerini değerlendirme becerisi
	4,28	85,522	Tıbbi yetkinlik ve uzmanlık
	4,29	85,821	Tıbbi süreçleri denetleme becerisi
Toplam Skor: % 86,468	4,38	87,537	Sağlığı geliştirme becerisi
	4,21	84,254	Epidemiyolojik verileri analiz etme becerisi

5.1.6. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetsel Yetkinlik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hekim yöneticilere ait sosyo-demografik özelliklere göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki farklılıklar analiz edilmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin yaşa göre yönetsel yetkinlik toplam skor ortalamaları Tablo 40'da gösterilmektedir. Yönetsel yetkinlik skor ortalamaları incelendiğinde, 51-58 yaş

grubundaki yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en düşük yöneticiler ise 27-34 yaş grubunda yer almaktadır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yaş gruplarına göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre H1a numaralı “hekim yöneticilerin yönetsel beceri düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 40. Yöneticilerin Yaşa Göre Yönetsel Yetkinlik Düzeyleri

Yaş	Kişi Sayısı (N)	Yüzde (%)	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	
				χ^2	p
27-34	36	13,4	125,60	2,195	0,700
35-42	119	44,2	130,51		
43-50	82	30,5	140,79		
51-58	22	8,2	147,52		
59-66	10	3,7	147,25		

Tablo 41’de araştırmaya katılan yöneticilerin yönetici olarak toplam çalışma süresine göre yönetsel yetkinlik skor ortalamaları sunulmuştur. Yönetsel yetkinlik skor ortalamaları incelendiğinde, yöneticilik süresi 10-14 yıl olan yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en düşük yöneticiler ise 20 ve üstü yıl yönetici olarak çalışanlardır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yönetici olarak toplam çalışma süresine göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre H1b numaralı “hekim yöneticilerin yönetsel beceri düzeyleri yönetici olarak toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 41. Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Yönetsel Yetkinlik Düzeyleri

Çalışma Süresi (yıl)	Kişi Sayısı (N)	Yüzde (%)	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	
				χ^2	p
0-4	183	13,4	126,46	9,322	0,054
5-9	62	44,2	154,36		
10-14	19	30,5	157,37		
15-19	3	8,2	158,00		
>20 yıl	2	3,7	69,00		

Tablo 42’de araştırmaya katılan yöneticilerin yönetim alanında eğitim almalarına göre yönetsel yetkinlik skor ortalamaları sunulmuştur. Yönetsel yetkinlik skor ortalamaları incelendiğinde, yönetim alanında sertifika eğitimi alan yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en dşuk yöneticiler ise yönetim alanında eğitim almayanlardır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yönetim eğitimi almalarına göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre H1c numaralı ‘‘hekim yöneticilerin yönetsel beceri düzeyleri yönetim eğitimi almalarına göre farklılık göstermektedir’’ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 42. Yöneticilerin Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Yönetsel Yetkinlik Düzeyleri

Yönetim Eğitimi Alma Durumu	Kişi Sayısı (N)	Yüzde (%)	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	
				χ^2	p
Almadım	145	53,9	128,78	2,077	0,354
Sertifika Eğitimi	56	20,8	144,27		
Örgün Eğitim	68	25,3	140,63		

Tablo 43’de araştırmaya katılan yöneticilerin yönetim alanında lisansüstü eğitim alma istemine göre yönetsel yetkinlik skor ortalamaları sunulmuştur. Yönetsel yetkinlik skor ortalamaları incelendiğinde, lisansüstü eğitim almak isteyen hekim yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yönetim alanında lisansüstü eğitim alma istemlerine göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen sonuçlara göre H1d numaralı ‘‘hekim yöneticilerin yönetsel beceri düzeyleri yönetim alanında lisansüstü eğitim alma istemine göre farklılık göstermektedir’’ hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 43. Yöneticilerin Yönetim Alanında Lisansüstü Eğitim Alma İstemine Göre Yönetimsel Yetkinlik Düzeyleri

Yönetim Eğitimi Alma İstemi	Kişi Sayısı (N)	Yüzde (%)	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği*	
				U	p
Evet	121	53,9	106,69	3909,000	0,041
Hayır	78	20,8	89,62		

*Mann-Whitney U testi sonucudur.

5.1.7. Yöneticilerin Çalışma Süresine Göre Yönetim Eğitimi Alma İstemine İlişkin Bulgular

“Sağlık kurumları yönetimi/işletmeciliği alanında lisansüstü eğitiminiz yoksa önümüzdeki 2 yıl içinde eğitim programına katılmayı planlıyor musunuz?” sorusuna 121 kişi (%60,8) evet yanıtını verirken, 78 kişi (%39,2) hayır yanıtını vermiştir. Bu soruya evet yanıtını verenlerin çalışma süresi ortancası 2,0, hayır yanıtını verenlerin çalışma süresi ortancası 3,0’dır (Tablo 44). Lisansüstü eğitim alma isteği ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak bir fark olup olmadığını bulmak için Mann-Whitney U testi uygulanmış olup yöneticilerin lisansüstü eğitim alma isteğine göre çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($z=2,223$ $p=0,026$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre H2 numaralı “yöneticilerin yönetim eğitimi alma istemi, çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 44. Eğitim Alma İsteği İle Çalışma Süresinin Karşılaştırılması

		Çalışma Süresi		Test İstatistiği*	
		Ortanca (ÇAG)	Minimum-maksimum	z	p
Eğitim Alma İsteği	Evet	2,0 (3,0)	0,0- 15,0	2,223	0,026
	Hayır	3,0 (5,0)	0,0- 20,0		

*Mann-Whitney U testi sonucudur.

5.1.8. Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Yöneticilerin Günlük Mesai Saatlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 269 yöneticiye günlük çalışma saatlerinin klinik ve yönetsel faaliyetlere göre kullanım durumunu yüzdeler olarak göstermeleri istenmiş olup hekimlik uygulamalarına ayrılan mesainin ortancasının %10,0, yöneticilik faaliyetlerine ayrılan mesainin ortancasının %90,0 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 45).

Tablo 45. Günlük Mesai Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortanca (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Hekimlik Mesai	10,0 (20,0)	0,0 – 90,0
Yöneticilik Mesaisi	90,0 (20,0)	10,0 – 100,0

Yönetim eğitimi almayan yöneticilerin %10,4'ü günlük mesailerinin %0-50'sini; %51,7'si günlük mesailerinin %50-99'unu; %37,9'u günlük mesailerinin %100'ünü yöneticilik faaliyetlerine ayırmaktadır. Örgün eğitim alan yöneticilerin %3,0'ü günlük mesailerinin %0-50'sini; %51,4'ü günlük mesailerinin %50-99'unu ve %45,6'sı günlük mesailerinin %100'ünü yöneticilik faaliyetlerine ayırmaktadır (Tablo 46).

Tablo 46. Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Yöneticilik Faaliyetlerinin Dağılımı

Eğitim Alma Durumu	Yöneticilik Faaliyetleri				
	1-24 n (%)	25-49 n (%)	50-74 n (%)	75-99 n (%)	100 n (%)
Almadım	4 (2,8)	11 (7,6)	25 (17,2)	50 (34,5)	55 (37,9)
Sertifika Eğitimi	1 (1,8)	4 (7,1)	7 (12,5)	23 (41,1)	21 (37,5)
Örgün Eğitim	1 (1,5)	1 (1,5)	8 (11,8)	27 (39,6)	31 (45,6)

Yönetim alanında eğitim almadığını belirten yöneticilerin %37,9'u günlük mesailerinde hekimlik faaliyetlerine hiç zaman ayırmamaktadır. Yöneticilerin %44,1'i, günlük mesailerinin yarısından daha azını hekimlik faaliyetlerine ayırmaktadır. Sertifika eğitimi

alan 56 kişinin %37,5'i (n=21) hiç, %41,1'i (n=23) % 1-24'ünü, %8,9'u (n=5) % 25-49'unu, %10,7'si (n=6) % 50-74'ünü, %1,8'i (n=1) % 75-99'unu hekimlik faaliyetlerine mesai ayırmaktadır. Önlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimi alanların bir araya getirilmesiyle oluşan örgün eğitim alan yöneticilerin %45,6'sı günlük çalışma saatleri içinde hekimlik faaliyetlerine hiç zaman ayırmamaktadır. Eğitim alan yöneticilerin %39,71'si günlük mesailerinin % 1-24'ünü, %4,4'ü % 25-49'unu, %8,8'i % 50-74'ünü, %1,5'i (n=1) yüzde 75-99'unu hekimlik faaliyetlerine ayırmaktadır (Tablo 47).

Tablo 47. Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Hekimlik Faaliyetlerinin Dağılımı

Eğitim Alma Durumu	Hekimlik Faaliyetleri				
	0	1-24	25-49	50-74	75-99
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Almadım	55 (37,9)	49 (33,8)	15 (10,3)	22 (15,2)	4 (2,8)
Sertifika Eğitimi	21 (37,5)	23 (41,1)	5 (8,9)	6 (10,7)	1 (1,8)
Örgün Eğitim	31 (45,6)	27 (39,7)	3 (4,4)	6 (8,8)	1 (1,5)

Yöneticilerin iktisat, işletme, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yönetimi, kamu yönetimi gibi alanlarda eğitim alma durumları ile günlük çalışma saatlerinin klinik ve yönetsel faaliyetlere ayrılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal-Wallis varyans analizine başvurulmuştur. Hekimlik ve yöneticilik faaliyetlerine ayrılan mesai saatlerinin, eğitim alma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 48). İstatistiksel anlamlılık düzeyi, $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre H3 numaralı “yöneticilerin yöneticilik faaliyetlerine ayırdıkları günlük mesai, yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 48. Eğitim Alma Durumu ile Mesai Saatlerinin Kullanım Durumunun Karşılaştırılması

Eğitim Alma Durumu	Hekimlik Faaliyetleri		Yöneticilik Faaliyetleri	
	Ortanca (ÇAG)	min; mak	Ortanca (ÇAG)	min; mak
Almadım	10 (30)	0; 90	90 (30)	10; 100
Sertifika eğitimi	10 (20)	0; 90	90 (20)	10; 100
Örgün eğitim	10 (10)	0; 90	90 (10)	10; 100
χ^2 ; p	3.358; 0.187		3.358; 0.187	

5.1.9. Yönetimi Geliştirme İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular

Yöneticilerin görev unvanlarına göre, bireylerin yönetim geliştirme ihtiyaçlarına yönelik sorulara yöneticilerin verdikleri yanıtların dağılımını göstermek amacıyla çapraz tablolar oluşturulmuştur. “Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir” ifadesine yöneticilerin %64,3’ü (n=173) katılıyorum, %23,0’ü (n=62) kesinlikle katılıyorum, %6,3’ü (n=17) emin değilim, %5,3’ü (n=14) katılmıyorum ve %1,1’ i (n=3) sorusuna kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum” ifadesine yöneticilerin %38,3’ü (n=103) katılıyorum, %28,6’sı (n=77) emin değilim, %22,3’ü (n=60) katılmıyorum, %8,2’si (n=22) kesinlikle katılmıyorum ve %2,6’ sı (n=7) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir. “Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum” ifadesine 126 yönetici (%46,8) katılıyorum, 63 yönetici ise (%23,4) kesinlikle katılıyorum, 38 yönetici (%14,2) emin değilim, 32 yönetici (%11,9) katılmıyorum ve 10 yönetici (%3,7) kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir.

“Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır” ifadesine 126 yönetici (%46,8) kesinlikle katılıyorum, 111 yönetici (%41,3) katılıyorum, 15 yönetici (%5,6) katılmıyorum, 14 yönetici (%5,2) emin değilim ve 3 yönetici (%1,1) kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. “Yönetici olarak atanmadan önce yeni

sorumluluklarım için hazırlıktıydım” ifadesine yöneticilerin %47,2’si (n=127) katılıyorum, %29,0’ü (n=78) kesinlikle katılıyorum, %14,1’i (n=38) emin değilim, %7,1’ü (n=19) katılmıyorum ve %2,6’ sı (n=7) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir (Tablo 49).

Tablo 49. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Dağılımı

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Kesinlikle Katılıyorum n (%)
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.	3 (1,1)	14 (5,3)	17 (6,3)	173 (64,3)	62 (23,0)
Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.	7 (2,6)	60 (22,3)	77 (28,6)	103 (38,3)	22 (8,2)
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.	10 (3,7)	32 (11,9)	38 (14,2)	126 (46,8)	63 (23,4)
Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.	3 (1,1)	15 (5,6)	14 (5,2)	111 (41,3)	126 (46,8)
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıktıydım.	7 (2,6)	19 (7,1)	38 (14,1)	127 (47,2)	78 (29,0)

Yönetim geliştirme ihtiyaçları bölümünde yer alan ifadelere verilen cevapların, yöneticilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Pearson ki kare testi ile analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan 59-66 yaş grubundaki yöneticilerin %90,0’ı, 27-34 yaş grubundaki yöneticilerin ise %50,0’si yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumlulukları için hazır olduğunu düşünmektedir (Tablo 50). “Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıktıydım.” ifadesine verilen cevapların, yaşa göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). H4a numaralı “hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme ihtiyaçları, yaşa göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 50. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Yaşa Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.					
27-34	2 (5,6)	2 (5,6)	32 (88,9)	3,750	0,879
35-42	10 (8,4)	6 (5,0)	103 (88,6)		
43-50	3 (3,7)	6 (7,3)	73 (81,8)		
51-58	2 (9,1)	2 (9,1)	18 (5,6)		
59-66	0	1 (10,0)	9 (90,0)		
Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.					
27-34	8 (22,2)	10 (27,8)	18 (50,0)	10,901	0,207
35-42	35 (29,4)	32 (26,9)	52 (43,7)		
43-50	20 (24,4)	29 (35,4)	33 (40,2)		
51-58	3 (13,6)	3 (13,6)	16 (72,7)		
59-66	1 (10,0)	3 (30,0)	6 (60,0)		
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.					
27-34	5 (13,9)	5 (13,9)	26 (72,2)	4,094	0,849
35-42	20 (16,8)	16 (13,4)	83 (69,7)		
43-50	9 (11,0)	13 (15,9)	60 (73,2)		
51-58	5 (22,7)	3 (13,6)	14 (63,6)		
59-66	3 (30,0)	1 (10,0)	6 (60,0)		
Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.					
27-34	2 (5,6)	1 (2,8)	33 (91,7)	6,239	0,621
35-42	11 (9,2)	8 (6,7)	100 (84,0)		
43-50	2 (2,4)	3 (3,7)	77 (93,9)		
51-58	2 (9,1)	1 (4,5)	19 (86,4)		
59-66	1 (10,0)	1 (10,0)	8 (80,0)		
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıkliydim.					
27-34	6 (16,7)	12 (33,3)	18 (50,0)	22,940	0,003
35-42	12 (10,1)	16 (13,4)	91 (76,5)		
43-50	5 (6,1)	5 (6,1)	72 (87,8)		
51-58	3 (13,6)	4 (18,2)	15 (68,2)		
59-66	0 (0)	1 (10,0)	9 (90,0)		

“Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek, benim için yararlı olabilir” ifadesine; genel sekreterlerin %85,2’si (n=23) katılıyorum, %7,4’ü (n=2) katılmıyorum, %7,4’ü (n=2) emin değilim yanıtı verirken, hastane yöneticilerinin; %87,6’sı (n=212) katılıyorum, %6,2’si (n=15) emin değilim, %6,2’si (n=15) katılmıyorum yanıtını vermiştir. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum” ifadesine; genel sekreterlerin %74,1’i (n=20) katılıyorum, %22,2’si (n=6) emin değilim, %3,7 (n=1) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %43,4’ü (n=105) katılıyorum, %29,3’ü (n=71) emin değilim, %27,3’ü (n=66) katılmıyorum yanıtı vermiştir.

“Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum” ifadesine; genel sekreterlerin %63,0’ı (n=17) katılıyorum, %29,6’sı (n=8) emin değilim, %7,4’ü (n=2) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %71,1’i (n=172) katılıyorum, %12,4’ü (n=30) emin değilim, %16,5’i (n=40) katılmıyorum yanıtı vermiştir. “Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır” ifadesine; genel sekreterlerin %88,9’u (n=24) katılıyorum, %11,2’si (n=3) emin değilim yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %88,0’i (n=213) katılıyorum, %4,5’i (n=11) emin değilim, %7,4’ü (n=18) katılmıyorum yanıtı vermiştir.

“Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıkliydim” ifadesine; genel sekreterlerin %77,8’i (n=21) katılıyorum, %14,8’i (n=4) emin değilim, %7,4’ü (n=2) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %76,0’sı (n=184) katılıyorum, %14,0’ı (n=34) emin değilim, %9,9’u (n=24) katılmıyorum yanıtı vermiştir (Tablo 51).

Araştırmaya katılan genel sekreterlerin %74,1’i, hastane yöneticilerinin ise %43,4’ü işiyle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünmektedir. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen cevapların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. Benzer şekilde “Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum” ifadesine verilen cevapların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). H

4b numaralı “hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme ihtiyaçları, görev unvanına göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 51. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Unvana Göre Dağılımı

	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	P
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.					
Genel Sekreter	2 (7,4)	2 (7,4)	23 (85,2)	0,129	0,938
Hastane Yöneticisi	15 (6,2)	15 (6,2)	212 (87,6)		
Toplam	17 (6,3)	17 (6,3)	235 (87,4)		
Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.					
Genel Sekreter	1 (3,7)	6 (22,2)	20 (74,1)	10,769	0,005
Hastane Yöneticisi	66 (27,3)	71 (29,3)	105 (43,4)		
Toplam	67 (24,9)	77 (28,6)	127 (46,5)		
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.					
Genel Sekreter	2 (7,4)	8 (29,6)	17 (63,0)	6,628	0,036
Hastane Yöneticisi	40 (16,5)	30 (12,4)	172 (71,1)		
Toplam	42 (15,6)	38 (14,1)	189 (70,3)		
Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.					
Genel Sekreter	0 (0,0)	3 (11,2)	24 (88,9)		*
Hastane Yöneticisi	18 (7,4)	11 (4,5)	213 (88,0)		
Toplam	18 (6,7)	14(5,2)	237(88,1)		
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıkliydim.					
Genel Sekreter	2 (7,4)	4 (14,8)	21 (77,8)	0,178	0,915
Hastane Yöneticisi	24 (9,9)	34 (14,0)	184 (76,0)		
Toplam	26(9,7)	38 (14,1)	205(76,2)		

*Denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

Tablo 52’de araştırmaya katılan yöneticilerin yönetici olarak toplam çalışma süresine göre yönetimi geliştirme ihtiyaçları sunulmuştur. Sağlık kurumları yönetimi ilke ve

uygulamaları konusunda bilgilenmenin kendisi için yararlı olacağını düşünen yöneticilerin sayısı, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre değişmektedir. Benzer şekilde sağlık kurumları yönetimi eğitimlerinin, yöneticiler için faydalı olacağını ve yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumlulukları için hazırlıklı olduğunu düşünen yöneticilerin sayısı yönetici olarak toplam çalışma süresine göre değişmektedir. Buna göre H4c numaralı “hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme ihtiyaçları yönetici olarak toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.



Tablo 52. Yönetimi Geliştirme İhtiyaçlarının Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.					
0-4	10 (5,5)	10 (5,5)	163 (89,1)	33,508	0,000
5-9	5 (8,1)	6 (9,7)	51 (82,3)		
10-14	0 (0)	1 (5,3)	18 (94,7)		
15-19	0 (0)	0 (0)	3 (100,0)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Yönetici olarak işle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.					
0-4	46 (25,1)	52 (28,4)	85 (46,4)	8,209	0,413
5-9	16 (25,8)	17 (27,4)	29 (46,8)		
10-14	3 (15,8)	7 (36,8)	9 (47,4)		
15-19	0 (0)	1 (33,3)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.					
0-4	27 (14,8)	22 (12,0)	134 (73,2)	14,888	0,061
5-9	9 (14,5)	12 (19,4)	41 (66,1)		
10-14	4 (21,1)	3 (15,8)	12 (63,2)		
15-19	0 (0)	1 (33,3)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.					
0-4	14 (7,7)	11 (6,0)	158 (86,3)	32,636	0,000
5-9	2 (3,2)	3 (4,8)	57 (91,9)		
10-14	0 (0)	0 (0)	19 (100,0)		
15-19	0 (0)	0 (0)	3 (100,0)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıkliydim.					
0-4	17 (9,3)	29 (15,8)	137 (74,9)	24,212	0,002
5-9	6 (9,7)	7 (11,3)	49 (79,0)		
10-14	0 (0)	2 (10,5)	17 (89,5)		
15-19	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		

Yöneticilerin yönetim eğitimi alma durumuna göre yönetim geliştirme ihtiyaçlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği kruskal wallis varyans analizi ile test edilmiştir. “Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.” ifadesine katılan yöneticilerin %53,6’sı yönetim eğitimi almamış, %21,3’ü sertifika eğitimi almış ve %25,1’i yönetim alanında örgün eğitim almıştır. “Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

“Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine katılanların %41,6’sı yönetim eğitimi almamış, %24,0’ü sertifika eğitimi almış ve %34,4’ü yönetim alanında örgün eğitim almıştır. Yönetici olarak yeterli eğitimi almadığını düşünen yöneticilerin %71,6’sı yönetim eğitimi almamış, %17,9’u sertifika eğitimi almış ve %10,4’ü ise yönetim alanında örgün eğitim almıştır. Yönetim alanında örgün eğitim almasına rağmen yöneticilerin %10,4’ü işiyle ilgili yeterli eğitim almadıklarını düşünmekte iken yöneticilerin %23,4’ü, işiyle yeterli eğitim alıp almadığı konusunda çekimser kalmıştır. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

“Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$); “Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$); “Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıklıydım.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir (Tablo 53).

“Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen cevapların, yönetim eğitimi alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). H4d numaralı “hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme

ihtiyaçları, yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 53. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarının Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katlıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.					
Almadım	9 (52,9)	10 (58,8)	126 (53,6)	0,184	0,912
Sertifika Eğitimi	4 (23,5)	2 (11,8)	50 (21,3)		
Örgün Eğitim	4 (23,5)	5 (29,4)	59 (25,1)		
Toplam	17 (100,0)	17 (100,0)	235 (100,0)		
Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.					
Almadım	48 (71,6)	45 (58,4)	52 (41,6)	18,528	0,000
Sertifika Eğitimi	12 (17,9)	14 (18,2)	30 (24,0)		
Örgün Eğitim	7 (10,4)	18 (23,4)	43 (34,4)		
Toplam	67 (100,0)	77 (100,0)	125 (100,0)		
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.					
Almadım	23 (57,8)	20 (52,6)	102 (54,0)	0,005	0,998
Sertifika Eğitimi	10 (23,8)	6 (15,8)	40 (21,2)		
Örgün Eğitim	9 (21,4)	12 (31,6)	47 (24,9)		
Toplam	42 (100,0)	38 (100,0)	189 (100,0)		
Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.					
Almadım	12 (66,7)	6 (42,9)	127 (53,6)	0,271	0,873
Sertifika Eğitimi	3 (16,7)	4 (28,6)	49 (20,7)		
Örgün Eğitim	3 (16,7)	4 (28,6)	61 (25,7)		
Toplam	18 (100,0)	14 (100,0)	237 (100,0)		
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıktıydım.					
Almadım	17 (65,4)	19 (50,0)	109 (53,2)	4,207	0,122
Sertifika Eğitimi	2 (7,7)	6 (15,8)	48 (23,4)		
Örgün Eğitim	7 (26,9)	13 (34,2)	48 (23,4)		
Toplam	26 (100,0)	38 (100,0)	205 (100,0)		

5.1.10. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Yönelik Bulgular

Sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılar başlıklı bölümde yer alan “*Hekimler yöneticilik için değil, hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir*” ifadesine yöneticilerin, 90’nı (%33,5) katılmıyorum, 62’si (%23) kesinlikle katılmıyorum, 40’ı (%14,9) katılıyorum, 39’u (%14,5) kesinlikle katılıyorum ve 38’i (%14,1) emin değilim yanıtını vermiştir. “*Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir*” ifadesine yöneticilerin %49,4’ü (n=133) kesinlikle katılıyorum, %24,9’u (n=67) katılıyorum, %8,9’u (n=24) emin değilim, %8,6’sı (n=23) kesinlikle katılmıyorum ve %8,2’si (n=22) katılmıyorum yanıtını vermiştir.

“*Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir*” ifadesine yöneticilerin %46,8’i (n=126) katılıyorum, %33,1’i (n=89) kesinlikle katılıyorum, %9,7’si (n=26) emin değilim, %6,7’si (n=18) katılmıyorum % 3,7’si (n=10) kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. “*Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir*” ifadesine yöneticilerin 94’ü (%34,9) katılmıyorum, 90’nı (%33,5) emin değilim, 36’sı (%13,3) kesinlikle katılmıyorum, 30’u (%11,2) katılıyorum, 19’u (%7,1) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

Ayrıca “*Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir*” ifadesine yöneticilerin %49,4’ü (n=133) katılıyorum, %37,3’ü (n=100) kesinlikle katılıyorum, %5,9’u (n=16) katılmıyorum, %5,2’si (n=14) emin değilim, % 2,2’si (n=6) kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir (Tablo 54).

Tablo 54. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Dağılımı

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapımları için eğitilmişlerdir.	62 (23,0)	90 (33,5)	38 (14,1)	40 (14,9)	39 (14,5)
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.	23 (8,6)	22 (8,2)	24 (8,9)	67 (24,9)	133 (49,4)
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.	10 (3,7)	18 (6,7)	26 (9,7)	126 (46,8)	89 (33,1)
Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.	36 (13,3)	94 (34,9)	90 (33,5)	30 (11,2)	19 (7,1)
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.	6 (2,2)	16 (5,9)	14 (5,2)	133 (49,4)	100 (37,3)

Yönetim geliştirme ihtiyaçları bölümünde yer alan ifadelere verilen cevapların, yöneticilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği kruskal wallis varyans analizi ile test edilmiştir. Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmanın önemli olduğunu düşünen yöneticilerin sayısı yaşa göre değişmektedir (Tablo 55). “Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.” ifadesine verilen cevapların, yaşa göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre H5a numaralı “hekim yöneticilerin yönetimi geliştirme ihtiyaçları, yaşa göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 55. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yaşa Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katlıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir.					
27-34	20 (55,6)	5 (13,9)	11 (30,6)	3,309	0,508
35-42	74 (62,2)	15 (12,6)	30 (25,2)		
43-50	43 (52,4)	13 (15,9)	26 (31,7)		
51-58	10 (45,5)	4 (18,2)	8 (36,4)		
59-66	5 (50,0)	1 (10,0)	4 (40,0)		
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.					
27-34	6 (16,7)	3 (8,3)	27 (75,0)	6,617	0,158
35-42	17 (14,3)	12 (10,1)	90 (75,6)		
43-50	13 (15,9)	6 (7,3)	63 (76,8)		
51-58	9 (40,9)	1 (4,5)	12 (54,5)		
59-66	0 (0)	2 (20,0)	8 (80,0)		
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gerekerinden biridir.					
27-34	5 (13,9)	2 (5,6)	29 (80,6)	4,423	0,352
35-42	8 (6,7)	12 (10,1)	99 (83,2)		
43-50	7 (8,5)	10 (12,2)	65 (79,3)		
51-58	7 (31,8)	0 (0)	15 (68,2)		
59-66	1 (10,0)	2 (20,0)	7 (70,0)		
Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.					
27-34	17 (47,2)	15 (41,7)	4 (11,1)	1,372	0,849
35-42	57 (47,9)	38 (31,9)	24 (20,2)		
43-50	39 (47,6)	29 (35,4)	14 (17,1)		
51-58	13 (59,1)	5 (22,7)	4 (18,2)		
59-66	4 (40,0)	3 (30,0)	3 (30,0)		
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.					
27-34	4 (11,1)	3 (8,3)	29 (80,6)	10,428	0,034
35-42	9 (7,6)	5 (4,2)	105 (88,2)		
43-50	3 (3,7)	4 (4,9)	75 (91,5)		
51-58	6 (27,3)	1 (4,5)	15 (68,2)		
59-66	0 (0)	1 (10,0)	9 (90,0)		

Yöneticilerin unvanlarına göre sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılar başlıklı (Tablo 34) incelendiğinde *“Hekimler, yöneticilik yapmak için değil, hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir”* ifadesine; genel sekreterlerin %48,1’i (n=13) katılıyorum, %29,6’sı (n= 8) katılmıyorum ve %22,3’ü (n=6) emin değilim yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin %59,5’i (n=144) katılmıyorum, %27,2’si (n=66) katılıyorum, %13,2’si (n= 32) emin değilim yanıtını vermiştir.

“Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir” ifadesine; genel sekreterlerin %48,1’i (n=13) katılıyorum, %37,0’si (n=10) katılmıyorum, %14,8’i (n=4) emin değilim yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %77,3’ü (n=187) katılıyorum, %14,5’i (n=35) katılmıyorum, %8,3’ü (n=20) emin değilim yanıtını vermiştir.

“Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkinliğin önemli gereklerinden biridir” ifadesine; genel sekreterlerin %55,6’sı (n=15) katılıyorum, %22,2’si (n=6) emin değilim, %22,2’si (n=6) katılmıyorum yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %82,6’sı (n=200) katılıyorum, %9,1’i (n=22) katılmıyorum ve %8,3’ü (n=20) emin değilim yanıtını vermiştir.

“Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir” ifadesine; genel sekreterlerin %44,4’ü (n=12) emin değilim, %40,7’si (n=11) katılmıyorum ve %14,8’i (n=4) katılıyorum yanıtını verdiği belirlenirken, hastane yöneticilerinin; %49,2’si (n=119) katılmıyorum, %32,2’si (n=78) emin değilim ve %18,6’sı (n=45) katılıyorum yanıtını vermiştir.

“Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir” ifadesine; genel sekreterlerin 21’i (%77,8) katılıyorum, 3’ü (%11,1) emin değilim ve 3’ü (%11,1) katılmıyorum yanıtını verirken, hastane yöneticilerinin 212’si (%87,6) katılıyorum, 19’u (%7,9) katılmıyorum, 11’i (%4,5) emin değilim yanıtını vermiştir (Tablo 56).

Yöneticilerin görev unvanlarına göre sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılar bölümünde yer alan ifadelere verilen yanıtların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık

gösterip göstermediği Pearson ki kare testi ile analiz edilmiştir. “Hekimler, yöneticilik yapmak için değil, hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir” ifadesine verilen cevapların; “Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir” ifadesine verilen cevapların ve “Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir” ifadesine verilen cevapların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$). H5b numaralı “hekim yöneticilerin sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargıları, görev unvanına göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 56. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Unvana Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir.					
Genel Sekreter	8 (29,6)	6 (22,3)	13 (48,1)	8,833	0,012
Hastane Yöneticisi	144 (59,5)	32 (13,2)	66 (27,2)		
Toplam	152 (56,5)	38 (14,1)	79 (29,4)		
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.					
Genel Sekreter	10 (37,0)	4 (14,8)	13 (48,1)	11,339	0,003
Hastane Yöneticisi	35 (14,5)	20 (8,3)	187 (77,3)		
Toplam	45 (16,7)	24 (8,9)	200 (74,4)		
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.					
Genel Sekreter	6 (22,2)	6 (22,2)	15 (55,6)	11,150	0,004
Hastane Yöneticisi	22 (9,1)	20 (8,3)	200 (82,6)		
Toplam	28 (10,4)	26 (9,7)	215 (79,9)		
Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.					
Genel Sekreter	11 (40,7)	12 (44,4)	4 (14,8)	1,631	0,442
Hastane Yöneticisi	119 (49,2)	78 (32,2)	45 (18,6)		
Toplam	130 (48,3)	90 (33,5)	49 (18,2)		
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitime” sahip olmak önemlidir.					
Genel Sekreter	3 (11,1)	3 (11,1)	21 (77,8)	2,598	0,273
Hastane Yöneticisi	19 (7,9)	11 (4,5)	212 (87,6)		
Toplam	22 (8,2)	14 (5,2)	233 (86,6)		

“Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir” ve “Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir“ ifadesine verilen cevapların, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$). H5c numaralı “hekim yöneticilerin sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargıları, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.



Tablo 57. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yöneticilerin Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresine Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapımları için eğitilmişlerdir.					
0-4	108 (59,0)	28 (15,3)	47 (25,7)	4,701	0,319
5-9	30 (48,4)	10 (16,1)	22 (35,5)		
10-14	10 (52,6)	0 (0)	9 (47,4)		
15-19	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.					
0-4	29 (15,8)	20 (10,9)	134 (73,2)	8,423	0,077
5-9	9 (14,5)	3 (4,8)	50 (80,6)		
10-14	4 (21,1)	1 (5,3)	14 (73,7)		
15-19	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.					
0-4	18 (9,8)	20 (10,9)	145 (79,2)	11,164	0,025
5-9	6 (9,7)	4 (6,5)	52 (83,9)		
10-14	1 (5,3)	2 (10,5)	16 (84,2)		
15-19	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.					
0-4	89 (48,6)	62 (33,9)	32 (17,5)	3,771	0,438
5-9	28 (45,2)	22 (35,5)	12 (19,4)		
10-14	10 (52,6)	6 (31,6)	3 (15,8)		
15-19	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitime” sahip olmak önemlidir.					
0-4	20 (10,9)	11 (6,0)	152 (83,1)	24,097	0,000
5-9	0 (0)	3 (4,8)	59 (95,2)		
10-14	0 (0)	0 (0)	19 (100,0)		
15-19	0 (0)	0 (0)	3 (100,0)		
>20 yıl	2 (100,0)	0 (0)	0 (0)		

Yöneticilerin yönetim eğitimi alma durumlarına göre sağlık yönetimine ilişkin yargılar bölümünde yer alan ifadelere verilen yanıtların, istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği kruskal wallis varyans analizi ile test edilmiştir. “Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir.” ifadesine katılanların %51,9 (n=41)’unun yönetim eğitimi almamış, %21,5 (n= 17)’inin sertifika eğitimi almış ve %26,6 (n=21) ’sının yönetim alanında örgün eğitim almış olduğu görülmektedir. Söz konusu ifadeye katılmayanların %54,6 (n= 83)’sı yönetim eğitimi almamıştır. Benzer şekilde emin olmayanların %55,3 (n=21)’ünün yönetim eğitimi almadığı görülmektedir. “Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

“Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.” ifadesine katılanların (n=200) %54,5’i yönetim eğitimi almamış, %21,0 (n= 42)’i sertifika eğitimi almış ve %24,5 (n=49)’i ise yönetim ve işletmecilik alanında örgün eğitim almıştır. Söz konusu ifadeye katılmayanların (n=45) %42,2’si yönetim eğitimi almamış, %24,4 (n=11)’ü sertifika eğitimi almış ve %33,3 (n=15)’ü örgün eğitim almıştır. “Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

“Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.” ifadesine katılanların (n=215) %54,9’u yönetim eğitimi almamış, %20,9 (n= 45)’ü sertifika eğitimi almış ve %24,2 (n=52)’si ise yönetim ve işletmecilik alanında örgün eğitim almıştır. Söz konusu ifadeye katılmayanların (n=28) %35,7’si yönetim eğitimi almamış, %25,0 (n=7)’i sertifika eğitimi almış ve %39,3 (n=11)’ü örgün eğitim almıştır. “Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

“Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.” ifadesine katılanların (n=49) %51,0’i yönetim eğitimi almamış, %22,4 (n= 11)’ü sertifika eğitimi almış ve %26,5 (n=13)’si ise yönetim ve işletmecilik alanında örgün eğitim almıştır. Söz konusu ifadeye

katılmayanların (n=130) %58,5'i yönetim eğitimi almamış, %19,2 (n=25)'si sertifika eğitimi almış ve %22,3 (n=29)'ü örgün eğitim almıştır. "Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir." ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

"Hastane yöneticileri için "yönetim tecrübesi" ve "yöneticilik eğitimine" sahip olmak önemlidir." ifadesine katılanların (n=233) %53,2'si yönetim eğitimi almamış, %21,0 (n= 49)'i sertifika eğitimi almış ve %25,8 (n=60)'si ise yönetim ve işletmecilik alanında örgün eğitim almıştır. Söz konusu ifadeye katılmayanların (n=22) %59,1'i yönetim eğitimi almamış, %18,2 (n=4)'si sertifika eğitimi almış ve %22,7 (n=5)'si örgün eğitim almıştır (Tablo 58). "Hastane yöneticileri için "yönetim tecrübesi" ve "yöneticilik eğitimine" sahip olmak önemlidir." ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). H5d numaralı "hekim yöneticilerin sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargıları, yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir" hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 58. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargıların Yönetim Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Katılmıyorum n (%)	Emin Değilim n (%)	Katılıyorum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapımları için eğitilmişlerdir.					
Almadım	83 (54,6)	21 (55,3)	41 (51,9)	0,187	0,911
Sertifika Eğitimi	30 (19,7)	9 (23,7)	17 (21,5)		
Örgün Eğitim	39 (25,7)	8 (21,1)	21 (26,6)		
Toplam	152 (100,0)	38(100,0)	79 (100,0)		
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.					
Almadım	19 (42,2)	17 (70,8)	109 (54,5)	0,568	0,753
Sertifika Eğitimi	11 (24,4)	3 (12,5)	42 (21,0)		
Örgün Eğitim	15 (33,3)	4 (16,7)	49 (24,5)		
Toplam	45 (100,0)	24(100,0)	200 (100,0)		
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.					
Almadım	10 (35,7)	17 (65,4)	118 (54,9)	1,113	0,573
Sertifika Eğitimi	7 (25,0)	4 (15,4)	45 (20,9)		
Örgün Eğitim	11 (39,3)	5 (19,2)	52 (24,2)		
Toplam	28 (100,0)	26(100,0)	215 (100,0)		
Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.					
Almadım	76 (58,5)	44 (48,9)	25 (51,0)	1,668	0,434
Sertifika Eğitimi	25 (19,2)	20 (22,2)	11 (22,4)		
Örgün Eğitim	29 (22,3)	26 (28,9)	13 (26,5)		
Toplam	130 (100,0)	90(100,0)	49 (100,0)		
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.					
Almadım	13 (59,1)	8 (57,1)	124 (53,2)	0,346	0,841
Sertifika Eğitimi	4 (18,2)	3 (21,4)	49 (21,0)		
Örgün Eğitim	5 (22,7)	3 (21,4)	60 (25,8)		
Toplam	22 (100,0)	14(100,0)	233 (100,0)		

5.1.11. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan yöneticilerin yerine getirdikleri yönetmel rollerin sıklığı birbirinden farklıdır. Yöneticilere hiçbir zaman yerine getirmedikleri yönetmel roller için 1, her zaman yerine getirdikleri roller için 4 puan verilerek yönetmel rollere ilişkin aritmetik ortalama ve skorları hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yöneticilerin en sık yerine getirdikleri yönetmel rol, bilgi yayma rolü iken en az yerine getirilen yönetmel rol, karışıklık ve sorun giderme rolüdür (Tablo 59).

Tablo 59. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına İlişkin Aritmetik Ortalamaları ve Skorları (%)

Yönetmel Roller	Ortalama	%
Temsilci Rolü	3,16	78,903
Lider Rolü	3,26	81,599
İrtibat Sağlama Rolü	3,28	82,063
İzleme ve Fark Etme Rolü	3,24	80,970
Bilgi Yayma Rolü	3,40	85,075
Resmi Sözcü Rolü	3,17	79,135
Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci Rolü	3,16	78,933
Karışıklık ve Sorun Giderme Rolü	3,11	77,799
Kaynak Ayırma ve Dağıtma Rolü	3,33	83,270
Arabulucu ve Müzakereci Rolü	3,16	78,903

Araştırmaya katılan yöneticilerin %39,4'ü (n=106) her zaman, %36,8'i (n=99) sık sık, %23,8'i (n=64) ara sıra olmak üzere kurumu çeşitli sosyal faaliyet, toplantı ve protokolde başarılı bir şekilde temsil ettiklerini ifade etmektedir. Benzer şekilde yöneticilerin %48,3'ü (n=130) sık sık, %39'u (n=105) her zaman, %12,7'si (n=34) ara sıra olmak üzere kurumda çalışanları yönlendirerek motive edici ortam oluşturduklarını ifade etmektedir.

Yöneticilerin %47,2'si (n=127) sık sık, %40,5'i (n=109) her zaman, %12,3'ü (n=33) ara sıra olmak üzere kurum içi ve dışı çevrelerle etkili iletişimde bulunarak kuruma fayda sağlayacak bir irtibat ağı kurduklarını ifade etmektedir. Yöneticilerin %42,8'i (n=142) sık sık, %35,3'ü (n=95) her zaman, %11,5'i (n=31) ara sıra olmak üzere kurum içi ve dışındaki gelişmeleri takip ederek bu gelişmeler doğrultusunda gerekli değişiklikleri yaptığını ifade etmektedir.

Yöneticilerin %52,8'i (n=142) sık sık, %35,3'ü (n=95) her zaman, %11,5'i (n=31) ara sıra ve %0,4'ü (n=1) hiçbir zaman olmak üzere kurum içi ve dışındaki gelişmeleri takip ederek bu gelişmeler doğrultusunda gerekli değişiklikleri yaptığını ifade etmektedir. Yöneticilerin %47,6'sı (n=128) her zaman, %44,6'sı (n=120) sık sık, %7,4'ü (n=20) ara sıra ve %0,4'ü (n=1) hiçbir zaman olmak üzere kurum dışından edinilen ve kurumu ilgilendiren önemli bilgileri ilgililere aktardığını ifade etmektedir.

Yöneticilerin %40,2'i (n=108) sık sık, %37,5'i (n=101) her zaman, %21,2'si (n=57) ara sıra ve %1,1'i (n=3) hiçbir zaman olmak üzere kurum içinden ve dışından insanlarla kurum adına konuşma yaptığını ifade etmektedir. Yöneticilerin %39,1'i (n=105) sık sık, %37,9'u (n=102) her zaman, %22,3'ü (n=60) ara sıra ve %0,7'si (n=2) hiçbir zaman olmak üzere yeni fikirler ve projeler ortaya koyarak kurumda değişimi sağladıklarını ifade etmektedir.

Yöneticilerin %53,5'i (n=144) sık sık, %28,6'sı (n=77) her zaman, %17,5'i (n=47) ara sıra ve %0,4'ü (n=1) hiçbir zaman çatışma yönetiminde farklı yöntemleri kullanıp kurumdaki sorunları ortadan kaldırdığını ifade etmektedir. Yöneticilerin %44,6'sı (n=120) sık sık, %42,8'i (n=115) her zaman, %10,4'ü (n=28) ara sıra ve %2,2'si (n=6) hiçbir zaman kurum kaynaklarının etkili dağıtılması için kurum içinden gelen bütçe taleplerini gözden geçirip öncelikli olan taleplere karar verdiklerini ifade etmektedir.

Yöneticilerin %47,6'sı (n=128) sık sık, %28,6'sı (n=77) her zaman, %22,3'ü (n=60) ara sıra ve %1,5'i (n=4) hiçbir zaman kurumun içinden ve dışından insanlar arasında gerekli durumlarda ara buluculuk yaptıklarını ve aynı fikirde buluşmalarını sağladıklarını ifade etmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %47,6'sı yönetsel rollerden bilgi yayma rolünü her zaman yerine getirdiklerini ifade etmektedirler. Yöneticilerden 18'i hiçbir

zaman yerine getirmediikleri roller bulunduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan %33,3'ünün hiçbir zaman yapmadıklarını ifade ettikleri rol, kaynak ayırma ve dağıtma rolüdür. %22,2'si ise arabulucu ve müzakereci rolünü hiçbir zaman yerine getirmediğini ifade etmektedir (Tablo 60).

Tablo 60. Yönetsel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Dağılımı

İfadeler	Hiçbir Zaman n (%)	Ara Sıra n (%)	Sık Sık n (%)	Her Zaman n (%)
Kurumu çeşitli sosyal faaliyet, toplantı ve protokolde başarılı bir şekilde temsil ederim. (Temsilci Rolü)	0 (0,0)	64 (23,8)	99 (36,8)	106 (39,4)
Kurumda çalışanları yönlendirir ve motive edici ortam oluştururum. (Lider Rolü)	0 (0,0)	34 (12,7)	130 (48,3)	105 (39,0)
Kurum içi ve dışı çevrelerle etkili iletişim kurarak kuruma fayda sağlayacak bir irtibat ağı kurarım. (İrtibat Sağlama Rolü)	0 (0,0)	33 (12,3)	127 (47,2)	109 (40,5)
Kurum içi ve dışındaki gelişmeleri takip ederek bu gelişmeler doğrultusunda gerekli değişiklikleri yaparım. (İzleme ve Fark Etme Rolü)	1 (0,4)	31 (11,5)	142 (52,8)	95 (35,3)
Kurum dışından edinilen ve kurumu ilgilendiren önemli bilgileri ilgililere aktarırım. (Bilgi Yayma Rolü)	1 (0,4)	20 (7,4)	120 (44,6)	128 (47,6)
Kurum içinden ve dışından insanlarla kurum adına konuşma yaparım. (Resmi Sözcü Rolü)	3 (1,1)	57 (21,2)	108 (40,2)	101 (37,5)
Yeni fikirler ve projeler ortaya koyarak kurumda değişimin gerçekleşmesi sağlarım. (Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci Rolü)	2 (0,7)	60 (22,3)	105 (39,1)	102 (37,9)
Çatışma yönetiminde farklı yöntemleri kullanıp kurumdaki sorunları ortadan kaldırırım. (Karışıklık ve Sorun Giderme Rolü)	1 (0,4)	47 (17,5)	144 (53,5)	77 (28,6)
Kurum kaynaklarının etkili dağıtılması için kurum içinden gelen bütçe taleplerini gözden geçirip öncelikli olan taleplere karar veririm. (Kaynak Ayırma ve Dağıtma Rolü)	6 (2,2)	28 (10,4)	120 (44,6)	115 (42,8)
Kurumun içinden ve dışından insanlar arasında, gerekli durumlarda ara buluculuk yapar ve aynı fikirde buluşmalarını sağlarım. (Arabulucu ve Müzakereci Rolü)	4 (1,5)	60 (22,3)	128 (47,6)	77 (28,6)

Yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığının, yöneticilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği kruskal wallis varyans analizi ile test edilmiştir. 27-34 yaş grubundaki hekim yöneticilerin %33,3'ü ara sıra, %41,7'si sık sık ve %25,0'i her zaman temsilci rolünü yerine getirmekte iken; 51-58 yaş grubundaki yöneticilerin %13,6'sı ara sıra, %18,2'si sık sık ve %68,2'si her zaman temsilci rolünü yerine getirmektedir (Tablo 61). Yapılan benforroni düzeltmesine göre, temsilci rolünün

yerine getirilme sıklığı bakımından 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 51-58 yaş grubundaki yöneticiler arasında farklılık vardır. Benzer şekilde 27-34 yaş grubundaki hekim yöneticilerin %13,9'u ara sıra, %61,1'i sık sık ve %25,0'i her zaman bilgi yayma rolünü yerine getirmektedir. 43-50 yaş grubundaki yöneticilerin %2,4'ü ara sıra, %46,3'ü sık sık ve %51,2'si her zaman bilgi yayma rolünü yerine getirmektedir. 51-58 yaş grubundaki yöneticilerin ise %63,6'sı bilgi yayma rolünü her zaman yerine getirmektedir. Yapılan benforroni düzeltmesine göre, bilgi yayma rolünün yerine getirilme sıklığı bakımından 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 43-50 yaş grubundaki yöneticiler arasında ve 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 51-58 yaş grubundaki yöneticiler arasında farklılık vardır. Buna göre H6a numaralı "hekim yöneticilerin yönetsel rolleri yerine getirme sıklığı, yaşa göre farklılık göstermektedir" hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 61. Yönetsel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yaşa Göre Dağılımı

	Ara Sıra n (%)	Sık Sık n (%)	Her Zaman n (%)	Test istatistiği*	
				χ^2	p
Temsilci Rolü					
27-34	12 (33,3)	15 (41,7)	9 (25,0)	10,432	0,034
35-42	28 (23,5)	44 (37,0)	47 (39,5)		
43-50	17 (20,7)	33 (40,2)	32 (39,0)		
51-58	3 (13,6)	4 (18,2)	15 (68,2)		
59-66	4 (40,0)	3 (30,0)	3 (30,0)		
Lider Rolü					
27-34	4 (11,1)	20 (55,6)	12 (33,3)	4,474	0,346
35-42	19 (16,0)	57 (47,9)	43 (36,1)		
43-50	7 (8,5)	43 (52,4)	32 (39,0)		
51-58	2 (9,1)	7 (31,8)	13 (59,1)		
59-66	2 (20,0)	3 (30,0)	5 (50,0)		
İrtibat Sağlama Rolü					
27-34	5 (13,9)	18 (50,0)	13 (36,1)	6,877	0,143
35-42	18 (15,1)	58 (48,7)	43 (36,1)		
43-50	7 (8,5)	41 (50,0)	34 (41,5)		
51-58	1 (4,5)	7 (31,8)	14 (63,6)		
59-66	2 (20,0)	3 (30,0)	5 (50,0)		
İzleme ve Fark Etme Rolü					
27-34	6 (16,7)	19 (52,8)	11 (30,6)	4,313	0,365
35-42	13 (11,0)	59 (50,0)	46 (39,0)		
43-50	7 (8,5)	52 (63,4)	23 (28,0)		
51-58	3 (13,6)	7 (31,8)	12 (54,5)		
59-66	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)		
Bilgi Yayma Rolü					
27-34	5 (13,9)	22 (61,1)	9 (25,0)	11,591	0,021
35-42	11 (9,3)	50 (42,4)	57 (48,3)		
43-50	2 (2,4)	38 (46,3)	42 (51,2)		
51-58	1 (4,5)	7 (31,8)	14 (63,6)		
59-66	1 (10,0)	3 (30,0)	6 (60,0)		
Resmi Sözcü Rolü					
27-34	14 (38,9)	9 (25,0)	13 (36,1)	3,147	0,533
35-42	23 (19,8)	47 (40,5)	46 (39,7)		
43-50	14 (17,1)	41 (50,0)	27 (32,9)		
51-58	4 (18,2)	7 (31,8)	11 (50,0)		
59-66	2 (20,0)	4 (40,0)	4 (40,0)		

Tablo 61. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yaşa Göre Dağılımı (devam)

	Ara Sıra n (%)	Sık Sık n (%)	Her Zaman n (%)	Test istatistiği*	
				χ^2	P
Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci Rolü					
27-34	7 (20,0)	15 (42,9)	13 (37,1)	1,817	0,769
35-42	25 (21,2)	45 (38,1)	48 (40,7)		
43-50	19 (23,2)	38 (46,3)	25 (30,5)		
51-58	6 (27,3)	5 (22,7)	11 (50,0)		
59-66	3 (30,0)	2 (20,0)	5 (50,0)		
Karışıklık ve Sorun Giderme Rolü					
27-34	4 (11,1)	25 (69,4)	7 (19,4)	7,998	0,092
35-42	21 (17,8)	62 (52,5)	35 (29,7)		
43-50	18 (22,0)	45 (54,9)	19 (23,2)		
51-58	1 (4,5)	10 (45,5)	11 (50,0)		
59-66	3 (30,0)	2 (20,0)	5 (50,0)		
Kaynak Ayırma ve Dağıtma Rolü					
27-34	5 (14,7)	14 (41,2)	15 (44,1)	5,640	0,228
35-42	13 (11,3)	54 (47,0)	48 (41,7)		
43-50	8 (9,8)	39 (47,6)	35 (42,7)		
51-58	2 (9,1)	11 (50,0)	9 (40,9)		
59-66	0 (0,00)	2 (20,0)	8 (80,0)		
Arabulucu ve Müzakereci Rolü					
27-34	11 (30,6)	16 (44,4)	9 (25,0)	4,608	0,330
35-42	30 (25,6)	55 (47,0)	32 (27,4)		
43-50	14 (17,5)	43 (53,8)	23 (28,8)		
51-58	4 (18,2)	10 (45,5)	8 (36,4)		
59-66	1 (10,0)	4 (40,0)	5 (50,0)		

Genel sekreterler ve hastane yöneticileri arasında yönetmel rollerin yerine getirilme sıklığı bakımından farklılık olup olmadığı Pearson ki kare (χ^2) test istatistiği kullanılarak incelendiğinde, genel sekreterlerin %37,0'sinin (n=10) her zaman, %33,3'ünün (n=9) sık sık, %29,7'sinin (n=8) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %39,74'sinin (n=96) her zaman, %37,2'sinin (n=90) sık sık, %23,1'inin (n=56) ara sıra temsilci rolünü yerine getirdikleri görülmektedir (Tablo 62). Farklı unvana sahip

yöneticilerin, yerine getirdikleri temsilci rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 0,571$, $p = 0,752$).

Genel sekreterlerin %44,5'inin (n=12) sık sık, %40,7'sinin (n=11) her zaman, %14,8'inin (n=4) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %48,8'inin (n=118) sık sık, %38,8'inin (n=94) her zaman, %12,4'ünün (n=30) ara sıra lider rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri lider rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 0,228$, $p = 0,892$).

Genel sekreterlerin %51,9'unun (n=14) her zaman, %40,7'sinin (n=11) sık sık, %7,4'ünün (n=2) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %47,9'unun (n=116) sık sık, %39,3'ünün (n=95) her zaman, %12,8'inin (n=31) ara sıra irtibat sağlama rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri irtibat sağlama rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 1,795$, $p = 0,408$).

Genel sekreterlerin %51,9'unun (n=14) sık sık, %37,0'ının (n=10) her zaman, %11,1'inin (n=3) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %52,9'unun (n=128) sık sık, %35,1'inin (n=85) her zaman, %11,6'sının (n=28) ara sıra, %0,4'ünün (n=1) hiçbir zaman izleme ve fark etme rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri izleme ve fark etme rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 0,034$, $p = 0,983$).

Genel sekreterlerin %48,1'inin (n=13) her zaman, %33,3'ünün (n=9) sık sık, %18,5'inin (n=5) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %47,5'inin (n=115) her zaman, %45,9'unun (n=111) sık sık, %6,2'sinin (n=15) ara sıra, %0,4'ünün (n=1) hiçbir zaman bilgi yayma rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri bilgi yayma rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 5,797$, $p = 0,055$).

Genel sekreterlerin %55,6'sının (n=15) sık sık, %33,3'ünün (n=9) her zaman, %11,1'inin (n=3) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %38,4'ünün (n=93) sık sık,

%38,0'ünün (n=92) her zaman, %22,3'ünün (n=54) ara sıra, % 1,3'ünün (n=3) hiçbir zaman resmi sözcü rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri resmi sözcü rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 3,318$, $p= 0,190$). Genel sekreterlerin %48,2'sinin (n=13) sık sık, %29,6'sının (n=8) her zaman, %22,2'sinin (n=6) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %38,8'inin (n=94) her zaman, %38,0'ünün (n=92) sık sık, %22,4'ünün (n=54) ara sıra, % 0,8'inin (n=2) hiçbir zaman fırsatları değerlendirme ve girişimci rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri fırsatları değerlendirme ve girişimci rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 1,173$, $p= 0,556$).

Genel sekreterlerin %63,0'ünün (n=17) sık sık, %18,5'inin (n=5) her zaman, %18,5'inin (n=5) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %52,5'inin (n=127) sık sık, %29,7'sinin (n=72) her zaman, %17,4'ünün (n=42) ara sıra, % 0,4'inin (n=1) hiçbir zaman karışıklık ve sorun giderme rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri karışıklık ve sorun giderme rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 1,583$, $p= 0,453$).

Genel sekreterlerin %48,2'sinin (n=13) sık sık, %40,7'sinin (n=11) her zaman, %11,1'inin (n=3) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %44,2'sinin (n=107) sık sık, %43,0'ünün (n=104) her zaman, %10,3'ünün (n=25) ara sıra, % 2,5'inin (n=6) hiçbir zaman kaynak ayırma ve dağıtma rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri kaynak ayırma ve dağıtma rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 0,109$, $p= 0,947$). Genel sekreterlerin %48,1'inin (n=13) sık sık, %25,9'unun (n=7) her zaman, %22,3'ünün (n=6) ara sıra, hastane yöneticilerinin ise %47,5'inin (n=115) sık sık, %28,9'unun (n=70) her zaman, %22,4'ünün (n=54) ara sıra, % 1,2'sinin (n=3) hiçbir zaman arabulucu ve müzakereci rolünü yerine getirdikleri görülmektedir. Farklı unvana sahip yöneticilerin, yerine getirdikleri arabulucu ve müzakereci rolünün sıklığına ilişkin görüşlerinde farklılık olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 0,065$, $p= 0,968$). Buna göre H6b numaralı “hekim yöneticilerin yönetsel rolleri yerine getirme sıklığı, görev unvanına göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 62. Yönetmel Rollerinin Yerine Getirilme Sıklıklarının Unvana Göre Dağılımı

	Hiçbir Zaman n (%)	Ara Sıra n (%)	Sık Sık n (%)	Her Zaman n (%)	Test istatistiği*	
					χ^2	p
Temsilci Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	8 (29,7)	9 (33,3)	10 (37,0)	0,571	0,752
Hastane Yöneticisi	0 (0,0)	56 (23,1)	90 (37,2)	96 (39,7)		
Lider Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	4 (14,8)	12 (44,5)	11 (40,7)	0,228	0,892
Hastane Yöneticisi	0 (0,0)	30 (12,4)	118 (48,8)	94 (38,8)		
İrtibat Sağlama Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	2 (7,4)	11 (40,7)	14 (51,9)	1,795	0,408
Hastane Yöneticisi	0 (0,0)	31 (12,8)	116 (47,9)	95 (39,3)		
İzleme ve Fark Etme Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	3 (11,1)	14 (51,9)	10 (37,0)	0,034	0,983
Hastane Yöneticisi	1 (0,4)	28 (11,6)	128 (52,9)	85 (35,1)		
Bilgi Yayma Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	5 (18,5)	9 (33,3)	13 (48,1)	5,797	0,055
Hastane Yöneticisi	1 (0,4)	15 (6,2)	111 (45,9)	115(47,5)		
Resmi Sözcü Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	3 (11,1)	15 (55,6)	9 (33,3)	3,318	0,190
Hastane Yöneticisi	3 (1,3)	54 (22,3)	93 (38,4)	92 (38,0)		
Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	6 (22,2)	13 (48,2)	8 (29,6)	1,173	0,556
Hastane Yöneticisi	2 (0,8)	54 (22,4)	92 (38,0)	94 (38,8)		
Karışıklık ve Sorun Giderme Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	5 (18,5)	17 (63,0)	5 (18,5)	1,583	0,453
Hastane Yöneticisi	1 (0,4)	42 (17,4)	127 (52,5)	72 (29,7)		
Kaynak Ayırma ve Dağıtma Rolü						
Genel Sekreter	0 (0,0)	3 (11,1)	13 (48,2)	11 (40,7)	0,109	0,947
Hastane Yöneticisi	6 (2,5)	25 (10,3)	107 (44,2)	104(43,0)		
Arabulucu ve Müzakereci Rolü						
Genel Sekreter	1 (3,7)	6 (22,3)	13 (48,1)	7 (25,9)	0,065	0,968
Hastane Yöneticisi	3 (1,2)	54 (22,4)	115 (47,5)	70 (28,9)		

*"hiçbir zaman" kategorisi çıkarılarak elde edilen test sonucudur.

Yöneticilerin eğitim alma durumlarına göre yerine getirdikleri yönetsel rollerin sıklığı dağılımı (Tablo 63) incelendiğinde, lider rolünün yerine getirilme sıklığının yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Yönetim eğitimi almayan hekim yöneticilerin %31,7'si, sertifika eğitimi alan yöneticilerin %44,6'sı ve önlisans, lisans ve lisansüstü eğitim gibi örgün eğitim alan hekim yöneticilerin %50,0'si her zaman liderlik rolünü yerine getirmektedirler. Buna göre H6c numaralı “yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığı yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermektedir” hipotezi, liderlik rolü dışında reddedilmiştir.



Tablo 63. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Ara Sıra n (%)	Sık Sık n (%)	Her Zaman n (%)	Test istatistiği*	
				χ^2	p
Temsilci Rolü					
Almadım	38 (26,2)	52 (35,9)	55 (37,9)		
Sertifika Eğitimi	13 (22,2)	19 (33,9)	24 (42,9)	0,719	0,698
Örgün Eğitim	13 (23,2)	28 (42,2)	27 (39,7)		
Lider Rolü					
Almadım	26 (17,9)	73 (50,3)	46 (31,7)		
Sertifika Eğitimi	3 (5,7)	28 (50,0)	25 (44,6)	10,653	0,005
Örgün Eğitim	5 (7,4)	29 (42,6)	34 (50,0)		
İrtibat Sağlama Rolü					
Almadım	20 (13,8)	71 (49,0)	54 (37,2)		
Sertifika Eğitimi	6 (10,7)	28 (50,0)	22 (39,3)	2,405	0,300
Örgün Eğitim	7 (10,3)	28 (41,2)	33 (48,5)		
İzleme ve Fark Etme Rolü					
Almadım	18 (12,5)	81 (56,3)	45 (31,3)		
Sertifika Eğitimi	4 (7,1)	32 (57,1)	20 (35,7)	2,290	0,318
Örgün Eğitim	9 (13,2)	29 (42,6)	30 (44,1)		
Bilgi Yayma Rolü					
Almadım	10 (6,9)	73 (50,7)	61 (42,4)		
Sertifika Eğitimi	45(8,9)	21 (37,5)	30 (53,6)	3,624	0,269
Örgün Eğitim	5 (7,4)	26 (38,2)	37 (54,4)		
Resmi Sözcü Rolü					
Almadım	36 (23,6)	57 (39,6)	53 (36,8)		
Sertifika Eğitimi	13 (23,6)	23 (42,8)	19 (34,5)	2,121	0,346
Örgün Eğitim	10 (14,9)	28 (41,8)	29 (43,3)		
Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci Rolü					
Almadım	37 (25,7)	58 (40,3)	49 (34,0)		
Sertifika Eğitimi	11 (19,6)	22 (39,3)	23 (41,1)	3,090	0,213
Örgün Eğitim	12 (17,9)	25 (37,3)	30 (44,8)		
Karışıklık ve Sorun Giderme Rolü					
Almadım	32 (22,1)	74 (51,0)	39 (26,9)		
Sertifika Eğitimi	5 (8,9)	35 (62,5)	16 (28,6)	3,610	0,271
Örgün Eğitim	10 (14,9)	35 (52,2)	22 (32,8)		

Tablo 63. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklıklarının Yöneticilerin Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı (devam)

Kaynak Ayırma ve Dağıtma Rolü					
Almadım	15 (10,6)	75 (52,8)	52 (36,6)		
Sertifika Eğitimi	6 (11,1)	19 (35,2)	29 (53,7)	4,524	0,104
Örgün Eğitim	7 (10,4)	26 (38,8)	34 (50,7)		
Arabulucu ve Müzakereci Rolü					
Almadım	31 (21,8)	76 (53,5)	35 (24,6)		
Sertifika Eğitimi	14 (25,5)	24 (43,6)	17 (30,9)	1,378	0,502
Örgün Eğitim	7 (10,4)	26 (38,8)	34 (50,7)		

*"hiçbir zaman" kategorisi çıkarılarak elde edilen test sonucudur.

5.1.12. Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorlarına İlişkin Bulgular

Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmenin yararlı olacağını düşünenlerin bilişim becerileri skoru daha yüksektir. Diğer beceri skorları bakımından fark yoktur. Yönetici olarak işiyle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünenlerin temel yönetim işlevleri, analitik beceri, finansal beceri ve özyönetim beceri skorları daha yüksektir. Sağlık kurumları yönetimi eğitimlerinin yöneticiler için faydalı olacağına inananların tüm beceri faktörleri skorları daha yüksektir. Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklar için hazırlıklı olduğunu düşünen yöneticilerin temel yönetim işlevleri, sağlık sektörü becerisi, analitik beceri, özyönetim becerisi ve bilişim beceri skorları daha yüksektir (Tablo 64). Buna göre H7 numaralı "yönetim geliştirme ihtiyaçlarına göre yönetmel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir" hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 64. Yönetmel Yetkinlik Skorlarının Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarına Göre Dağılımı

	Temel Yönetim İşlevleri Becerileri	Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri	Analitik Beceriler	Finansal Beceriler	Özyönetim Becerileri	Bilişim Becerileri
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)
Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.						
Katılmıyorum	80,0 (22,5)	80,0 (17,5)	82,5 (17,5)	73,3 (26,7)	80,0 (20,0)	60,0 (10,0) ^a
Emin değilim	80,0 (17,5)	78,3 (15,8)	77,5 (18,8)	80,0 (20,0)	80,0 (8,3)	70,0 (25,0)
Katılıyorum	82,5 (12,5)	80,0 (13,3)	80,0 (12,5)	80,0 (13,3)	83,3 (16,6)	80,0 (10,0) ^a
χ^2; p	2,644; 0,267	2,601; 0,272	4,603; 0,100	4,923; 0,085	6,121; 0,047	9,778; 0,008
Yönetici olarak işlemlerle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.						
Katılmıyorum	80,0 (17,5) ^a	80,0 (11,7)	75,0 (15,0) _a	73,3 (13,3)	80,0 (16,7) ^a	70,0 (20,0)
Emin değilim	80,0 (10,0) ^b	80,0 (13,3)	80,0 (12,5) _b	73,3 (20,0) ^a	80,0 (13,3) ^b	70,0 (20,0)
Katılıyorum	85,0 (15,0) ^{a,b}	80,0 (15,0)	82,5 (12,5) _{a,b}	80,0 (20,0) ^a	86,7(13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0)
χ^2; p	18,184; <0,001	3,730; 0,155	20,286; <0,001	20,157; <0,001	14,666; 0,001	5,637; 0,060
Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.						
Katılmıyorum	82,5 (23,1)	80,0 (21,7)	85,0 (25,6)	80,0 (21,7)	86,7 (17,5)	70,0 (20,0)
Emin değilim	82,5 (10,0)	80,0 (11,3)	82,5 (10,6)	80,0 (15,0)	80,0 (13,3)	70,0 (20,0)
Katılıyorum	80,0 (12,5)	80,0 (11,7)	80,0 (12,5)	73,3 (13,3)	83,3 (13,3)	80,0 (20,0)
χ^2; p	0,491; 0,782	0,817; 0,665	0,529; 0,768	2,816; 0,067	5,414;0,067	1,541;0,463

Tablo 64. Yönetmel Yetkinlik Skorlarının Yönetim Geliştirme İhtiyaçlarına Göre Dağılımı (devam)

Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.						
Katılmıyorum	72,5 (16,9) ^a	63,3 (18,7) ^a	72,5(14,4) ^a	73,3 (20,0)	73,3 (20,0) ^a	65,0 (30,0) ^a
Emin değilim	72,5 (20,0) ^b	79,1 (25,4)	75,0 (28,8)	60,0 (33,3) ^a	80,0 (24,2) ^b	70,0 (40,0)
Katılıyorum	82,5 (12,5) ^{a,b}	80,0 (13,3) ^a	82,5(11,3) ^a	80,0 (13,3) ^a	86,7(13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0) ^a
χ^2; p	24,256; <0,001	22,994; <0,001	19,189; <0,001	12,137;0,002	25,675; <0,001	8,402; 0,015
Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıktydım.						
Katılmıyorum	72,5 (16,3) ^a	75,0 (12,1) ^a	75,0(18,1) ^a	73,3 (15,0)	80,0 (16,7) ^a	70,0 (20,0)
Emin değilim	78,7 (19,4) ^b	78,3 (12,5) ^b	77,5(13,8) ^b	73,3 (20,0)	80,0 (15,0) ^b	65,0 (20,0) ^a
Katılıyorum	82,5 (12,5) ^{a,b}	80,0(13,3) ^{a,b}	82,5 (12,5) ^{a,b}	80,0 (13,3)	86,7(13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0) ^a
χ^2; p	15,547; <0,001	12,084;0,002	11,602;0,003	2,566 ;0,277	12,419 ;0,002	8,968 ;0,011

a,b,c:p<0,05

5.1.13. Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları

Hastane yöneticilerinin tamamının hekimlik geçmişine sahip olması gerektiğini düşünenlerin ve düşünmeyenlerin temel yönetim becerileri skorları eşittir. Her iki grubun skoru emin olmayanlara göre daha yüksektir. Hastane yöneticilerinin tamamının hekimlik geçmişine sahip olması gerektiğini düşünenlerin sağlık hizmetleri sektör becerisi, analitik beceri ve finansal beceri skoru daha yüksektir. Hekimlere yönetmel görev vermenin kurumsal etkililiğın gereklerinden olduğunu düşünenler ile emin olmayanların temel yönetim işlevleri, sağlık sektörü ve analitik beceri skorları arasında fark vardır. Hekimlik eğitiminin, yöneticilik görevi için yeterli olduğunu düşünenlerin sağlık sektörü ve özyönetim beceri skorları daha yüksektir (Tablo 65). Buna göre H8 numaralı “sağlık kurumları yönetimine ilişkin yargılara göre yönetmel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 65. Yönetmelik Yetkinlik Skorlarının Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Göre Dağılımı

	Temel Yönetim İşlevleri Becerileri	Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri	Analitik Beceriler	Finansal Beceriler	Özyönetim Becerileri	Bilişim Becerileri
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)
Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir.						
Katılmıyorum	80,0 (10,0)	80,0 (13,3)	80,0 (12,5)	80,0 (13,3)	86,7 (13,3)	70,0 (20,0)
Emin değilim	87,5 (15,0)	80,0 (19,7)	83,7 (17,5)	76,6 (15,0)	81,6 (13,3)	80,0 (20,0)
Katılıyorum	82,5 (12,5)	80,0 (11,7)	82,5 (15,0)	80,0 (20,0)	83,3 (13,3)	70,0 (20,0)
$\chi^2; p$	2,917; 0,233	1,286; 0,526	1,236; 0,539	0,795; 0,672	0,741; 0,690	1,668; 0,434
Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.						
Katılmıyorum	82,5 (22,5)	80,0 (15,8) ^b	82,5 (13,8)	73,3 (20,0)	80,0 (15,0)	70,0 (25,0)
Emin değilim	77,5 (8,8) ^a	76,7 (11,3) ^a	77,5 (11,9)	66,7 (13,3) ^a	83,3 (11,6)	70,0 (17,5)
Katılıyorum	82,5 (12,5) ^a	81,7 (13,3) ^{ab}	81,2 (15,0)	80,0 (18,3) ^a	86,7 (13,3)	80,0 (20,0)
$\chi^2; p$	10,295; 0,006	19,865; <0,001	6,275; 0,043	15,647; <0,001	4,521; 0,104	2,016; 0,365
Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir.						
Katılmıyorum	77,5 (22,5)	78,3 (15,0)	81,2 (14,4)	73,3 (13,3)	81,6 (20,0)	70,0 (20,0)
Emin değilim	77,5 (15,0) ^a	76,7 (9,5) ^a	77,5 (8,1) ^a	73,3 (8,3)	80,0 (20,8)	80,0 (22,5)
Katılıyorum	82,5 (12,5) ^a	80,0 (13,3) ^a	82,5 (15,0) ^a	80,0 (13,3)	86,7 (10,0)	70,0 (20,0)
$\chi^2; p$	12,006; 0,002	9,804; 0,007	9,953; 0,007	1,673; 0,433	5,427; 0,066	1,196; 0,550

Tablo 65. Yönetmel Yetkinlik Skorlarının Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılara Göre Dağılımı (devam)

Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.						
Katılmıyorum	80,0 (13,1)	80,0 (10,0) ^a	80,0 (12,5)	73,3 (13,3)	83,3 (13,3) ^a	80,0 (20,0)
Emin değilim	85,0 (15,0)	80,0 (15,4)	82,5 (17,5)	80,0 (20,0)	83,3 (16,6)	70,0 (20,0)
Katılıyorum	80,0 (12,5)	81,7 (16,7) ^a	82,5 (15,0)	80,0 (20,0)	86,7 (13,3) ^a	70,0 (10,0)
$\chi^2; p$	5,974; 0,050	6,940; 0,031	4,483; 0,106	2,877; 0,237	6,020; 0,049	1,513; 0,469
Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.						
Katılmıyorum	80,0 (22,5)	79,1 (10,0)	78,7 (15,6)	76,6 (6,7)	81,6 (26,7)	70,0 (20,0)
Emin değilim	78,7 (27,5)	80,0 (15,4)	76,2 (22,5)	66,7 (20,0)	75,0 (29,2)	70,0 (32,5)
Katılıyorum	82,5 (12,5)	80,0 (13,3)	82,5 (12,5)	80,0 (13,3)	83,3 (11,7)	80,0 (20,0)
$\chi^2; p$	3,162; 0,206	3,042; 0,218	4,361; 0,113	4,641; 0,098	3,293; 0,193	3,045; 0,218

a,b,c:p<0,05

5.1.14. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları

Temsilci rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktörleri bakımından skorları daha yüksektir. Liderlik rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktörleri bakımından skorları daha yüksektir. İrtibat sağlama rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktör skorları daha yüksektir. İzleme ve fark etme rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktör skorları daha yüksektir. Bilgi yayma rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin temel yönetim işlevleri, sağlık hizmetleri sektör becerileri, analitik beceriler ve özyönetim becerileri skorları diğerlerinden daha yüksektir. Resmi sözcü rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin temel yönetim işlevleri, sağlık hizmetleri sektör becerileri, analitik becerileri ve özyönetim becerileri skorları

diğerlerinden daha yüksektir. Fırsatları değerlendirme ve girişimci rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktör skorları diğerlerinden daha yüksektir. Sorun giderme rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktör skorları diğerlerinden daha yüksektir. Kaynak ayırma ve dağıtma rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin tüm beceri faktör skorları diğerlerinden daha yüksektir. Arabulucu ve müzakereci rolünü her zaman yerine getirdiğini belirtenlerin temel yönetim işlevleri, sağlık hizmetleri sektör becerileri, analitik becerileri, finansal beceriler ve özyönetim becerileri skorları diğerlerinden daha yüksektir (Tablo 66). Buna göre H9 numaralı “yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığına göre yönetsel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.



Tablo 66. Yönetmel Rollerin Yerine Getirilme Sıklığına Göre Yönetmel Yetkinlik Skorları Bulguları

	Temel Yönetim İşlevleri Becerileri	Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri	Analitik Beceriler	Finansal Beceriler	Özyönetim Becerileri	Bilişim Becerileri
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)
Temsilci						
Ara Sıra	80,0 (16,9) ^b	78,3 (15,0) ^b	78,7 (12,5) ^b	73,3 (20,0) ^b	80,0 (15,8) ^b	70,0 (20,0) ^a
Sık Sık	80,0 (10,0) ^a	80,0 (13,3) ^a	77,5 (12,5) ^a	73,3 (13,3) ^a	83,3 (16,7) ^a	70,0 (20,0)
Her zaman	87,5 (12,5) ^{a,b}	83,3 (13,3) ^{a,b}	87,5 (15,0) ^{a,b}	80,0 (20,0) ^{a,b}	86,7 (13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0) ^a
χ^2 ; p	30,793; <0,001	23,642; <0,001	51,452; <0,001	16,068; <0,001	15,536; <0,001	14,792; 0,001
Liderlik						
Ara Sıra	77,5 (20,0) ^a	75,0 (13,4) ^a	76,2 (23,1) ^a	73,3 (20,0)	80,0 (23,3) ^a	70,0 (20,0) ^a
Sık Sık	80,0 (12,5) ^b	80,0 (11,7) ^b	80,0 (10,6) ^b	73,3 (13,3) ^a	80,0 (16,7) ^b	70,0 (20,0)
Her zaman	90,0 (15,0) ^{a,b}	81,7 (13,3) ^{a,b}	85,0 (12,5) ^{a,b}	80,0 (20,0) ^a	90,0 (11,7) ^{a,b}	80,0 (10,0) ^a
χ^2 ; p	52,999; <0,001	27,577; <0,001	48,560; <0,001	9,964; 0,007	38,672; <0,001	8,620; 0,013
İrtibat Sağlama						
Ara Sıra	72,5 (22,5) ^a	68,3 (13,3) ^{a,b}	67,5 (20,0) ^{a,b}	66,7 (20,0) ^a	80,0 (21,7) ^{a,b}	70,0 (20,0) ^a
Sık Sık	80,0 (12,5) ^b	80,0 (11,7) ^{a,c}	80,0 (10,0) ^{a,c}	73,3 (13,3) ^b	80,0 (13,3) ^{a,c}	70,0 (20,0) ^b
Her zaman	87,5 (15,0) ^{a,b}	83,3 (11,7) ^{b,c}	85,0 (12,5) ^{b,c}	80,0 (16,7) ^{a,b}	90,0 (16,7) ^{b,c}	80,0 (20,0) ^{a,b}
χ^2 ; p	44,172; <0,001	50,260; <0,001	61,298; <0,001	15,894; <0,001	48,959; <0,001	20,732; <0,001
İzleme ve Fark Etme						
Ara Sıra	77,5 (17,5) ^{a,c}	73,3 (11,7) ^{a,c}	72,5 (17,5) ^{a,c}	73,3 (20,0) ^a	76,7 (16,6) ^{a,c}	80,0 (20,0)
Sık Sık	82,5 (12,5) ^{a,b}	80,0 (12,1) ^{a,b}	80,0 (10,0) ^{a,b}	73,3 (20,0) ^b	83,3 (13,3) ^{a,b}	70,0 (20,0) ^a
Her zaman	85,0 (12,5) ^{b,c}	83,3 (11,7) ^{b,c}	85,0 (15,0) ^{b,c}	80,0 (13,4) ^{a,b}	90,0 (13,3) ^{b,c}	80,0 (20,0) ^a
χ^2 ; p	27,229; <0,001	28,981; <0,001	57,034; <0,001	25,060; <0,001	33,811; <0,001	22,839; <0,001
Bilgi Yayma						
Ara Sıra	77,5 (9,4) ^a	75,8 (12,5) ^a	77,5 (15,0) ^a	73,3 (13,3)	78,3 (20,0) ^a	80,0 (27,5)
Sık Sık	80,0 (15,0) ^b	80,0 (16,2) ^b	78,7 (10,0) ^b	80,0 (20,0)	80,0 (10,0) ^b	70,0 (20,0)
Her zaman	86,2 (12,5) ^{a,b}	81,7 (11,7) ^{a,b}	82,5 (12,5) ^{a,b}	80,0 (18,3)	90,0 (13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0)
χ^2 ; p	25,247; <0,001	22,057; <0,001	24,809; <0,001	2,898; 0,408	28,799; <0,001	5,084; 0,166

a,b,c: p<0,05

Tablo 66. Yönetmelik Rollerinin Yerine Getirilme Sıklığına Göre Yönetmelik Yetkinlik Skorları Bulguları (devam)

	Temel Yönetim İşlevleri Becerileri	Sağlık Hizmetleri Sektör Becerileri	Analitik Beceriler	Finansal Beceriler	Özyönetim Becerileri	Bilişim Becerileri
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)	(ÇAG)
Resmi Sözcü						
Ara Sıra	77,5 (12,5) ^a	75,0 (10,8) ^{a,b}	77,5 (13,8) ^{a,b}	73,3 (20,0)	80,0 (13,3) ^a	70,0 (20,0)
Sık Sık	80,0 (11,9)	80,0 (11,7) ^a	80,0 (10,0) ^{a,c}	80,0 (13,3)	83,3 (13,3)	75,0 (20,0)
Her zaman	85,0 (13,8) ^a	81,7 (13,4) ^b	85,0 (13,8) ^{b,c}	80,0 (20,0)	86,7 (13,3) ^a	80,0 (10,0)
χ^2 ; p	16,696; <0,001	25,032; <0,001	26,202; <0,001	6,223; 0,101	16,056; 0,001	5,766; 0,124
Fırsatları Değerlendirme ve Girişimci						
Ara Sıra	80,0 (15,0) ^a	75,8 (11,7) ^{a,b}	77,5 (15,0) ^{a,b}	73,3 (13,3)	80,0 (18,3) ^a	70,0 (20,0) ^a
Sık Sık	80,0 (12,5) ^b	80,0 (13,3) ^{a,c}	80,0 (10,0) ^{a,c}	73,3 (16,7)	83,3 (13,3) ^b	70,0 (20,0) ^b
Her zaman	86,2 (12,5) ^{a,b}	83,3 (13,3) ^{b,c}	86,2 (15,0) ^{b,c}	80,0 (20,0)	88,3 (16,7) ^{a,b}	80,0 (20,0) ^{a,b}
χ^2 ; p	26,562; <0,001	50,563; <0,001	63,170; <0,001	12,437; 0,006	25,607; <0,001	26,895; <0,001
Sorun Giderme						
Ara Sıra	77,5 (20,0) ^a	75,0 (11,7) ^a	75,0 (12,5) ^{a,b}	73,3 (20,0) ^a	80,0 (23,3) ^a	70,0 (20,0) ^a
Sık Sık	82,5 (10,0) ^{a,b}	80,8 (13,0) ^{a,b}	82,5 (12,5) ^{a,c}	73,3 (13,3)	83,3 (13,3) ^b	80,0 (20,0)
Her zaman	85,0 (15,0) ^b	80,0 (15,0) ^b	85,0 (15,0) ^{b,c}	80,0 (13,4) ^a	90,0 (16,7) ^{a,b}	80,0 (20,0) ^a
χ^2 ; p	20,653; <0,001	23,845; <0,001	39,880; <0,001	12,402; 0,006	25,009; <0,001	12,445; 0,006
Kaynak Ayırma ve Dağıtma						
Ara Sıra	77,5 (16,3) ^a	72,5 (8,0) ^{a,b}	73,7 (11,9) ^{a,b}	73,3 (20,0) ^a	80,0 (9,1) ^a	70,0 (20,0)
Sık Sık	80,0 (10,0) ^b	80,0 (13,4) ^{a,c}	80,0 (10,0) ^{a,c}	73,3 (20,0) ^b	80,0 (16,7) ^b	70,0 (20,0)
Her zaman	85,0 (15,0) ^{a,b}	81,7 (11,7) ^{b,c}	85,0 (12,5) ^{b,c}	80,0 (13,4) ^{a,b}	90,0 (13,3) ^{a,b}	80,0 (10,0)
χ^2 ; p	26,101; <0,001	42,334; <0,001	42,362; <0,001	25,245; <0,001	28,547; <0,001	8,584; 0,035
Arabulucu ve Müzakereci						
Ara Sıra	77,5 (11,9) ^a	75,8 (13,4) ^{a,b}	75,0 (9,4) ^{a,b}	73,3 (20,0)	80,0 (20,0) ^a	80,0 (20,0)
Sık Sık	82,5 (11,9)	80,0 (11,7) ^a	82,5 (12,5) ^a	80,0 (13,3)	83,3 (12,5) ^b	80,0 (20,0)
Her zaman	85,0 (16,3) ^b	81,7 (14,2) ^b	85,0 (12,5) ^b	80,0 (20,0)	90,0 (16,7) ^{a,b}	80,0 (25,0)
χ^2 ; p	13,476; 0,004	17,108; 0,001	28,601; <0,001	8,096; 0,044	24,368; <0,001	2,2505; 0,531

5.2. TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görevli yönetici hekimlerin yönetsel becerilerine yönelik algılama düzeylerini, yönetsel becerilerin önem derecelerini, yönetim geliştirme ihtiyaçlarını, sağlık kurumları yönetimine ilişkin düşüncelerini, yönetsel rollerin yerine getirilme sıklıklarını ve yöneticilik faaliyetlerine ayırdıkları günlük mesaiyi ortaya koymak, yönetsel yetkinlik düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılıklarını belirlemek, hastane yöneticilerinin kendilerini değerlendirmelerinde ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemede kullanabilecekleri bir yönetsel yetkinlik ölçme aracı oluşturmaktır.

Araştırmaya 18'i kadın, 251'i erkek olmak üzere 269 yönetici katılmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticileri ile genel sekreterlerin tamamı hekimdir. Gunderman ve Kanter (2009), hekimler tarafından yönetilen hastane sayılarının ABD'de gitgide azalan bir seyir gösterdiğini, bu oranın 1935'te %35 iken, 2008'de %3,6'ya gerilediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgunun aksine Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin tamamı, hekimler tarafından yönetilmektedir. Güç kuramına göre "güç", bilgiyi elinde bulduranın sahip olduğu bir kavramdır. Sağlık kurumlarında gücü elinde bulduran, sağlık kurumlarının temel fonksiyonu olan ve varlık amacını oluşturan klinik hizmetleri sunan meslek mensubu olan hekimlerdir. Türkiye'de sağlık sektöründe görev yapan ve sağlık ekibinin içinde yer alan tüm diğer meslekler, hekim dışı sağlık personeli ya da yardımcı sağlık personeli olarak adlandırılmaktadır. Söylem olarak da hekimlerin, farklılaştırılmış ve öne çıkarılmış bir meslek olarak "güce" sahip oldukları anlaşılmaktadır. Dolayısıyla statü sahibi olan yöneticilerin, aynı zamanda "gücü" elinde bulduran kişilerden seçilmesi daha az çatışma tercih eden ve geleneksel sağlık sistemlerinin tercihi olmaktadır.

Yöneticilerin yaşlarının ortancası 41, çalışma sürelerinin ortancası 2 yıl, sektörde deneyim sürelerinin ortancası 3 yıldır. Toker (2000) tarafından sağlık yöneticilerinin hali hazırdaki yönetim görevlerine gelmeden önce %69'unun deneyimsiz, %25'inin 1 yıldan az, %6'sının ise 1 yıl ve daha fazla süre deneyimlerinin olduğu ortaya konmuştur. Pillay (2010) tarafından hastane yöneticilerinin yetkinliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, kamu sektöründe görevli hastane yöneticilerinin, 5 yıldan

daha az süredir yöneticilik görevinde bulduklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca hastane yöneticilerinin yönetici olarak toplam çalışma süreleri incelenmiş ve yöneticiler için tecrübenin önemli olduğu vurgusu yapılmıştır. Bulgular, bu araştırma sonuçlarını desteklemekle birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticilik görevlendirmelerinde yöneticilik deneyim süresinin kriter olarak göz önünde tutulmadığını göstermektedir.

269 hekim yöneticinin %53,9'u yönetim eğitimi almamıştır. %20,8'i sertifika eğitimi, %25,3'ü iktisat, işletme, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yönetimi, kamu yönetimi gibi alanlarda örgün eğitim almışlardır. Toker (2000) tarafından Kocaeli ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık yöneticilerine yönelik yapılan çalışmada, başhekimlerin %77,8'inin yönetim eğitimi almadığını, %22,2'sinin eğitim aldığını ortaya konulmuştur. Pillay (2010) tarafından yapılan çalışmada Güney Afrika'daki kamu sektörü hastane yöneticilerinin %25,2'sinin yönetim eğitimi almadığı bulunmuştur.

Araştırmada yöneticilerin, hekimlik uygulamalarına ayırdıkları sürenin, günlük mesai saatlerinin %10'unu; yöneticilik faaliyetlerine ayırdıkları sürenin ise günlük mesai saatlerinin %90'ını oluşturduğu bulunmuştur. Toker tarafından hastane başhekimlerine yönelik yapılan araştırmada başhekim ve yardımcılarının %30,85'inin yöneticiliğe ayırdıkları zamanın %50'nin altında, %69,15'inin ise %50'nin üstünde olduğu ortaya konmuştur. Grebenschikoff (1997), yönetim kademelerinde bulunan hekimlerin aynı zamanda hasta bakımı sürecine katıldıklarının düşünüldüğünü ancak hekim yöneticilerin %89'unun klinik uygulamalara katılmadığını ortaya koymaktadır. Kindig ve Lastiri-Quiros (1989) tarafından ABD'de yapılan bir çalışma, yaşlı hekimlerin zamanlarının önemli bir kısmını yönetsel konulara ayırdıklarını, üst yönetici olan hekimlerin ise zamanlarının en fazla %10'unu klinik faaliyetlere ayırdıklarını ortaya koymaktadır. Grebenschikoff (1997) ile Kindig-Quiros (1989) tarafından ortaya konulan bulgular ile araştırmadan elde edilen hekim yöneticilerin günlük mesailerinin %90'ını yöneticilik faaliyetlerine ayırmaları yönündeki bulgu birbirini desteklemektedir.

Bu durum, her ne kadar yönetici pozisyonunda bulunsalar da halen hekimlik faaliyetlerini yürüten yöneticilerin bulunduğunu göstermektedir. Sadece yöneticilik faaliyetlerine günlük mesai saatlerinin tamamını harcayan ve yöneticilik görevini yürüttüğü süre boyunca hekimlik uygulamalarından uzak kalan hekim yöneticilerin, sözleşmeli olarak yürüttükleri yöneticilik görevleri sona erdiğinde asıl mesleklerine yeniden uyum sağlamakta değişen miktarlarda zorluk yaşayacakları söylenebilir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği 2016-2019 yıllarını kapsayan döneme ilişkin hazırladığı stratejik planda kurumun zayıf yönlerinin kurum çalışanlarının kariyer endişesinin neden olduğu verimsizlik, kurum içi ve dışı koordinasyon ve iletişim eksikliği, tanıtım, halkla ilişkiler faaliyetlerinin ve kurumsal algı yönetiminin yetersiz olması, eğitimlerin yetersizliği ve çalışanlar arasında fırsat eşitliğinin bulunmaması olarak sıralamaktadır. Kurumun stratejik planında da vurgulandığı üzere kurum çalışanlarına yönelik eğitimlerin yetersiz olduğu görülmektedir.

Moltrop (1990) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, hekimlerin, kendilerine sunulan tıbbi eğitimin uygulamada bir 'sağlık kurumunun yönetimi' konusunda oldukça az sayıda bilgi sağladığının farkında olduklarını ve bu konuda daha fazla söz sahibi olmak için yönetim ile ilgili konulara daha fazla zaman ayırmaları gerektiğini düşündükleri bulgusu ortaya konmaktadır. Toker (2000) tarafından yapılan araştırmada, araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin şimdiki buldukları görevi yerine getirmek için %81,40'nın yönetim eğitimine ihtiyaç duyduğunu, %18,60'nın ise ihtiyacı olmadığını, başhekimlerin %70,40'nın şimdiki buldukları görevi yerine getirmek için yönetim eğitimine ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Araştırmada, yöneticilerin büyük çoğunluğunun (%87,4) sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmenin kendileri için yararlı olacağını ifade etmişlerdir. Yöneticilerin %46,5'i yönetici olarak işiyle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünmektedirler. Yeterli eğitim almadığını düşünenlerin oranı, %24,9 iken kararsızların oranı ise %28,6'dır. Yöneticilerin %76,2'si yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumlulukları için hazırlıklı olduğunu ifade etmektedir. Yöneticilerin %70,3'ü, sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duymaktadır. Yöneticilerin %88,1'i sağlık kurumları yönetimi eğitimlerinin, yöneticiler için faydalı olacağını ifade

etmektedir. Moltrop ve Toker tarafından ortaya konulan bulgular ile bu araştırmada elde edilen bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Yöneticilerin %56,5'i hekimlerin, yöneticilik yapmak için değil, hekimlik yapmak için eğitilmiş olduklarını düşünmektedir. Toker (2000) tarafından yapılan bir araştırmada sağlık yöneticilerinin %54,0'ünün hekimlerin yöneticilik yapmasını kaynak israfı olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Yöneticilerin %74,4'ü hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerektiği görüşünü paylaşmaktadır. Yöneticilerin %79,9'u hekimlere yönetsel görevler vermenin, kurumsal etkiliğin önemli gereklerinden biri olduğunu düşünmektedir. Yöneticilerin %48,3'ü hekimlik eğitiminin, yöneticilik görevi için yeterli olmadığını düşünürken, % 18,2'si yeterli olduğunu düşünmektedir. Toker (2000), başhekim ve yardımcılarının %53,6'sının göreve başladıklarında kendilerini yeterli bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yöneticilerin %86,6'sı hastane yöneticileri için "yönetim tecrübesi" ve "yöneticilik eğitimine" sahip olmanın önemli olduğunu düşünmektedir. Toker (2000) tarafından yapılan araştırmada da sağlık yöneticilerin tamamı, yöneticilik becerilerinin gelişimi için deneyimin gerekli olduğunu belirtmiştir.

Araştırmada, hekim yöneticilerin kendilerini en yetkin gördükleri becerinin sırasıyla özyönetim becerileri (83,324), temel yönetim işlevleri becerileri (82,128), analitik beceriler (81,180), sağlık hizmetleri sektör becerileri (80,253), finansal beceriler (74, 797) ve bilişim becerileri (74,015) olduğu bulunmuştur. Sperry (2003), etkili lider olabilmek için bir yöneticinin sahip olması gereken yönetsel becerilerden birinin etkili stres ve zaman yönetimi olduğunu ortaya koymaktadır. Leggat (2007) da yönetsel yetkinlikleri belirlediği çalışmasında zaman yönetimi ile özyönetim becerilerinin önemine vurgu yapmış ve etkili yönetim için bu becerilere sahip olmak gerektiğini belirtmiştir. Bu araştırmada özyönetim becerileri olarak belirlenen yetkinlik bileşenleri, tecrübelerden öğrenmeye yatkın olma, zaman yönetimi, iş ve yaşam konularını dengede tutabilme, kendi özelliklerinin farkında olma, kendini geliştirme ile dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerilerdir. Bu beceriler, yöneticiler için sahip olunması gereken ortak ve temel nitelikteki becerilerdir. Ireri ve diğerlerince (2011) yapılan çalışmada yöneticilerin sahip olması gereken kişisel niteliklerin ekip çalışması

becerisi, kendi ile ilgili farkındalık, kendini yönetme ve geliştirme becerisine sahip olmayı gerektirdiği belirtilmektedir. Bax ve diğerlerinin (2011) yaptıkları çalışmada, yöneticilik görevini yürüten hekimlerin sahip olması gereken yetkinliklerden en önemlilerinin, zaman yönetimi ile iş ve özel hayat arasında denge kurabilme olduğunu belirtmektedir.

Pillay (2010) tarafından yapılan çalışmada, hastane yöneticilerinin kendilerini en yetkin olarak hissettikleri yetkinlik bileşeninin insan kaynakları yönetimi becerileri (94,20), özyönetim becerileri (90,2) ve görevle ilgili beceriler (89,2) olduğu, stratejik (89,2) ve sağlık hizmeti sunumu becerileri (84,4) konusunda ise görece olarak daha az yetkin hissettikleri bulunmuştur. Khadka tarafından 2013 yılında yapılan araştırmada, sağlık yöneticilerinin kendilerini en yetkin gördükleri yönetsel becerilerin dürüstlük (88,75) ve bilgi-iletişim (81,50) olduğu bulunmuştur. Ileri ve diğerleri (2011), hekim yöneticilerde finans yönetimi, bütçeleme ve müzakere becerilerinde boşluklar olduğunu, özellikle orta ve üst düzey yöneticilerde özel sektördeki meslektaşları ile kıyaslandığında yönetsel bilgi ve beceri anlamında önemli açıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Sperry (2003), Leggat (2007), Ileri ve diğerleri (2011), Bax ve diğerleri (2011), Pillay (2010) ve Khadka tarafından ortaya konulan bulgular ile bu araştırmada elde edilen bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Araştırmada tüm yetkinlik bileşenlerine ait beceri skor ortalamasının %80,6 olduğu bulunmuştur. Berkenbosch tarafından 2013 yılında sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri üzerine yapılan uluslar arası sonuçları ortaya koyan araştırmada, araştırmaya katılan Danimarkalı yöneticilerin yetkinlik puan ortalaması %70,8, Kanadalı yöneticilerin yetkinlik puan ortalamaları %67,0, Avustralyalı yöneticilerin puanları %69,0 ve Hollandalı yöneticilerin yetkinlik puan ortalamaları %67,8 olarak bulunmuştur. Pillay tarafından yapılan çalışmada, Güney Afrikalı hastane yöneticilerinin yetkinlik puan ortalamasının 84,40 olduğu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin yetkinlik puan ortalaması ise 80,67'dir. Yönetsel yetkinlik algılamalarının ölçümü, subjektif verilere dayandığından farklı ülkelerdeki yöneticilerin yetkinlik skorları farklı düzeylerde dir.

Araştırmada, yöneticilerin en önemli gördükleri yönetsel yetkinlik bileşeninin, insan ilişkileri ve etik konular (90,255), özyönetim ile ilgili konular (88,589), finansal konular (86,690), tıbbi süreçlere ilişkin konular (86,445), analitik konular (86,126) ve örgüt geliştirmeye ilişkin konular (85,145) olduğu bulunmuştur. Erigüç ve diğerlerince 2014 yılında yapılan araştırmada, sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken en önemli yetkinliğin stresle başa çıkabilme yetkinliği olduğu, ikinci ve üçüncü sıralarda ise etik ve yasal standartlara bağlı olma ile zamanı yönetme yetkinliklerinin yer aldığı belirlenmiştir. Pillay (2010) tarafından yapılan çalışmada hastane yöneticilerinin en önemli gördükleri yönetsel yetkinliği oluşturan becerilerin sırasıyla insan kaynakları yönetimi, öz yönetim, görevle ilgili beceriler, stratejik yönetim becerileri ve sağlık hizmeti sunumu becerileri olduğu ortaya konmuştur. Pillay, hastane yöneticilerinin en az önemli gördükleri yetkinliğin klinik bilgi ve beceriler olduğunu, en önemli gördükleri yetkinliğin de kendinin ve diğerlerinin yönetimi olduğunu ortaya koymaktadır. Yöneticinin özyönetim becerisi ile ifade edilenin, kişinin kendi zayıf ve güçlü özelliklerinin farkında olması olduğu; insan kaynakları yönetimi becerisi ise kastedilenin ise takım oyuncusu olabilmek, farklı özgeçmişe sahip insanlarla çalışabilmek, çatışmaları çözmek, yetki dağıtmak ve bilgi paylaşmak olduğu belirtilmektedir.

Khadka (2013) tarafından yapılan araştırmada, sağlık yöneticilerinin en önemli gördükleri yönetsel becerilerin, stratejik yetkinlik ve liderlik (85,75) ile insan kaynakları yönetimi (85,00) olduğu ortaya konmuştur. Khadka (2013), Erigüç ve diğerleri (2014) ve Pillay (2010) tarafından ortaya konulan bulgular ile bu araştırmada elde edilen bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Guo (2003) tarafından yapılan çalışmada liderlik, irtibat sağlama, izleme ve fark etme, fırsatları değerlendirerek girişimcilik yapma ve stratejist, karışıklıkları ve sorunları giderme ile kaynak ayırma ve dağıtma rolünün sağlık yöneticilerince en sık yerine getirildiğini ortaya koymaktadır. Bu araştırmada ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görevli hekim yöneticilerin görece olarak daha az yerine getirdikleri rol karışıklık ve sorun giderme rolü ile arabulucu ve müzakereci rolü iken en sık yerine getirdikleri yönetsel rol, bilgi yayma rolüdür.

5.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ortaya çıkan sonuçlar ve bunlara yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur. Araştırmaya katılan yöneticilerin %6,7'si (n=18) kadın, %93,3'ü (n=251) erkektir. Yöneticilerin %10,0' unun (n=27) genel sekreter, %90,0'ının (n=242) hastane yöneticisi olduğu; %100'ünün tıp fakültesi mezunu olduğu belirlenmiştir. Yöneticilerin %53,9'u (n= 145) iktisat, işletme, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yönetimi, kamu yönetimi gibi alanlarda eğitim almamıştır. Belirtilen alanlarda sertifika eğitimi alanlar, %20,8 (n=56), önlisans düzeyinde eğitim alanlar %5,2 (n=14), lisans düzeyinde eğitim alanlar %4,1 (n=11), yüksek lisans düzeyinde eğitim alanlar %15,6 (n=42) ve doktora eğitimi alanlar %0,4 (n=1)'dir. Yönetim alanında lisansüstü eğitim almak isteyen yöneticiler ise araştırmaya katılan yöneticilerin %60,8'ini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan yöneticilerin yaşları 27 ile 64 arasında değişmektedir. Yaş ortancası 41 olarak hesaplanmıştır. Yönetici olarak toplam çalışma süresi 0-20 yıl arasında değişmekte olup ortancası 2 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanlar, günlük mesailerinin %10'unu klinik ve aktif hekimlik faaliyetlerine, %10'unu ise yöneticilik faaliyetlerine ayırmaktadır.

Araştırmaya katılan yöneticilerin kendilerini en yetkin gördükleri beceri, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi (x= 4,53), en az yetkin gördükleri beceri ise bilgi sistemleri yönetimi becerisi (x= 3,65)'dir. Araştırmaya katılan yöneticilerin, en önemli gördükleri beceri, dürüst ve etik kurallara uygun hareket etme becerisi (x= 4,67), en az önemli gördükleri beceri ise hükümet programlarını analiz edebilme becerisi (x=4,05)'dir.

39 yönetsel beceri, temel yönetim işlevleri becerileri, sağlık hizmetleri sektör becerileri, analitik beceriler, finansal beceriler, özyönetim becerileri ve bilişim becerileri olmak üzere 6 faktör altında gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan 269 hastane yöneticisi ve genel sekreterin temel yönetim işlevleri becerilerinin ortalamasının 82,128; sağlık hizmetleri sektör becerilerinin ortalamasının 80,253; analitik becerilerin ortalamasının 81,180; finansal becerilerin ortalamasının 74, 797; özyönetim becerileri ortalamasının

83,324 ve bilişim becerileri ortalamasının 74,015 olduğu bulunmuştur. Yöneticilerin özellikle finansal beceri açıklarının kapatılması kurumların sürdürülebilir finansman yapısına kavuşturulması önem taşımaktadır. Bu nedenle hastane yöneticileri için gelişmeler doğrultusunda sağlık kurumlarında finansal yönetim içerikli eğitimler verilmeli ya da kurumun finansal yönetim görevi ayrılarak profesyonel bir pozisyona dönüştürülmelidir.

Yönetimsel beceriler önem düzeyine göre insan ilişkileri ve etik konular, analitik konular, özyönetim ile ilgili konular, finansal konular, örgüt geliştirmeye ilişkin konular ve tıbbi süreçlere ilişkin konular olmak üzere 6 faktör altında gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan yöneticilere göre yönetimsel yetkinliklerin önem düzeylerine ait toplam skorların, her faktör bazında değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. İnsan ilişkileri ve etik konuların ortalamasının 90,255; analitik konuların ortalamasının 86,126; özyönetim ile ilgili konuların ortalamasının 88,589; finansal konuların ortalamasının 86,690; örgüt geliştirmeye ilişkin konuların ortalamasının 85,145 ve tıbbi süreçlere ilişkin konuların ortalamasının 86,445 olduğu görülmektedir.

51-58 yaş grubundaki yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en düşük yöneticiler ise 27-34 yaş grubunda yer almaktadır. Hekim yöneticilerin yaş gruplarına göre yönetimsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırmada yöneticilik süresi 10-14 yıl olan yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en düşük yöneticiler ise 20 ve üstü yıl yönetici olarak çalışanlardır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yönetici olarak toplam çalışma süresine göre yönetimsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Her ne kadar hekim yöneticilerin yaş gruplarına ve toplam çalışma süresine göre yönetimsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olsa da hastane yöneticisi olarak görevlendirmelerde yönetici olarak çalışma süresi fazla olan ve tecrübeli yöneticilerin görevlendirilmesi önerilebilir.

Yönetimsel yetkinlik skor ortalamaları incelendiğinde, yönetim alanında sertifika eğitimi alan yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Yetkinlik skoru en düşük yöneticiler ise yönetim alanında eğitim almayanlardır. Bununla birlikte hekim

yöneticilerin yönetim eğitimi almalarına göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Lisansüstü eğitim almak isteyen hekim yöneticilerin en yüksek skora sahip oldukları saptanmıştır. Bununla birlikte hekim yöneticilerin yönetim alanında lisansüstü eğitim alma istemlerine göre yönetsel yetkinlik skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yöneticilerin lisansüstü eğitim alma isteğine göre çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre yönetici olarak çalışma süresi az olan yöneticilerin yönetim alanında lisansüstü eğitim almak istedikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca hekimlik ve yöneticilik faaliyetlerine ayrılan mesai saatlerinin, eğitim alma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 59-66 yaş grubundaki yöneticilerin %90,0'ı, 27-34 yaş grubundaki yöneticilerin ise %50,0'si yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumlulukları için hazır olduğunu düşünmektedir. “Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıklıydım.” ifadesine verilen cevapların, yaşa göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Araştırmaya katılan genel sekreterlerin %74,1'i, hastane yöneticilerinin ise %43,4'ü işiyle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünmektedir. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen cevapların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmenin kendisi için yararlı olacağını düşünen yöneticilerin sayısı, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre değişmektedir. Benzer şekilde sağlık kurumları yönetimi eğitimlerinin, yöneticiler için faydalı olacağını ve yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumlulukları için hazırlıklı olduğunu düşünen yöneticilerin sayısı, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre değişmektedir. Çalışma süresi arttıkça yöneticilerin edindikleri tecrübe nedeniyle eğitime daha az ihtiyaç duyacağı söylenebilir. Bu nedenle yönetici seçiminde kullanılacak kriterlerinden birinin, yöneticilik tecrübesi olması önerilebilir.

“Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek benim için yararlı olabilir.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. “Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı; “Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı; “Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıklıydım.” ifadesine verilen yanıtlar bakımından yönetim eğitimi almış olanlar ve olmayanlar arasında gözlenen farkın anlamlı olmadığı görülmektedir. “Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.” ifadesine verilen cevapların, yönetim eğitimi alma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur.

“Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.” ifadesine verilen cevapların, yaşa göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. “Hekimler, yöneticilik yapmak için değil, hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir” ifadesine verilen cevapların; “Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir” ifadesine verilen cevapların ve “Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir” ifadesine verilen cevapların, unvana göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur.

“Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkililiğin önemli gereklerinden biridir” ve “Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir” ifadesine verilen cevapların, yönetici olarak toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yöneticilerin yönetim eğitimi alma durumlarına göre sağlık yönetimine ilişkin yargılar bölümünde yer alan ifadelerle verilen yanıtların, istatistiksel olarak farklılık göstermediği bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre yöneticilerin en sık yerine getirdikleri yönetsel rol, bilgi yayma rolü iken en az yerine getirilen yönetsel rol, karışıklık ve sorun giderme rolüdür. Temsilci rolünün yerine getirilme sıklığı bakımından 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 51-58 yaş grubundaki yöneticiler arasında farklılık vardır. Bilgi yayma rolünün yerine getirilme sıklığı bakımından 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 43-50 yaş grubundaki yöneticiler arasında ve 27-34 yaş grubundaki yöneticiler ile 51-58 yaş grubundaki yöneticiler arasında farklılık vardır.

Farklı unvana sahip hekim yöneticilerin, yönetsel rolleri yerine getirme sıklığı, görev unvanına göre farklılık göstermemektedir. Lider rolünün yerine getirilme sıklığının yönetim eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklar için hazırlıklı olduğunu düşünen yöneticilerin temel yönetim işlevleri, sağlık sektörü becerisi, analitik beceri, özyönetim becerisi ve bilişim beceri skorları daha yüksektir. Yönetici olarak işiyle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünenlerin temel yönetim işlevleri, analitik beceri, finansal beceri ve özyönetim beceri skorları daha yüksektir. Hekimlik eğitiminin, yöneticilik görevi için yeterli olduğunu düşünenlerin sağlık sektörü ve özyönetim beceri skorları daha yüksektir. Yönetsel rollerin yerine getirilme sıklığına göre yönetsel yetkinlik skorları farklılık göstermektedir.

Sağlık kurumlarının beklenen ve istenen etkinlik ve verimlilik düzeyine ulaşmaları için yöneticilerin seçiminde profesyonel sağlık yöneticilerinden yararlanmaları yerinde olacaktır. Türkiye’de hali hazırda önlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde sağlık yönetimi (sağlık kurumları yönetimi veya işletmeciliği gibi farklı adlarla) eğitimi verilmektedir. Ancak sağlık kurumlarının yöneticilerinin belirlenmesi ve görevlendirilmesi aşamasında bu eğitimi almış kişilerden yararlanılmasına yönelik sistematik bir yol izlenmemektedir. Sağlık kurumlarında yönetim görevinin, sektöre ve sağlık hizmetine yönelik teknik beceri isteyen düzeye kaymasının, yönetim eğitimi alma oranını düşürdüğü izlenmektedir.

Türkiye’de kamu sektöründe sağlık kurumlarının yönetiminde, geleneksel bir yaklaşım olan hekimlerin görevlendirilmesi söz konusudur. Seçilen ya da atanan yönetici

hekimler, opsiyonel olarak bireysel tercihleri doğrultusunda lisans ve doktora eğitimine nazaran daha ziyade kısa süreli olan önlisans ve tezli ya da tezsiz yüksek lisans eğitimine yönelmektedirler. Ancak sistemsal olarak eğitim almalarını mecburi kılan herhangi bir mevzuat bulunmamaktadır.

Bu araştırma ile ortaya konan yönetsel süreçlerle ilgili beceriler, tıbbi süreçlerle ilgili beceriler, analitik düşünme becerisi, insan kaynakları yönetimiyle ilgili beceriler, kendi özelliklerinin farkında olmaya yönelik özdeğerlendirme becerileri, finansman ve bilişim teknolojileri ile ilgili becerileri kazanmış kişilerin sağlık kurumları yönetiminde yer almaları gerekmektedir. Bu becerilere sahip yöneticilerin seçilmesi ise uygun kariyer yönetimi sistemlerinin kurulup izlenmesi sonucu mümkün olabilecektir.

Nüfus ekolojisi kuramının öngörüsüne göre statükocu, değişime kapalı, belli düzeyde eylemsizlik (atalet) içinde olan kurumlar uzun süre varlıklarını devam ettirme şansı bulamayacaklardır. Bu nedenle yönetsel düzeyde statükocu, geleneksel yaklaşımları benimseyen, değişimlere ayak uydurmayan, belli bir esneklik kabiliyeti bulunmayan, sürekli öğrenme ve gelişme amacı benimsemeyen sağlık kurumları ve sağlık sistemleri, nüfus ekolojisi kuramının öngörüsüne göre uzun yaşama şansı bulamayacaklardır. Bu nedenle, hekimlerin yer aldığı geleneksel hastane yönetimi anlayışında ısrar edilmemesi, bunun yerine değişime açık, ihtiyaçlara cevap verebilen, en az lisans düzeyinde yönetim eğitimi almış, sağlık hizmetleri sektör becerilerine sahip yöneticilerin görevlendirilmesi önerilebilir.

Yönetim eğitimi almak, başarılı yöneticilik için tek kriter olarak değerlendirilmeyebilir. Yönetim eğitimi verilmesi sürecinde, eğitim kurumlarının yönetim becerilerinin eksiksiz kazandırılması için müfredat ve eğitim programlarını güncellemeleri ve başarı kriterlerini gözden geçirmeleri gerekmektedir. Yönetim eğitimi alan kişilerin, eğitimleri süresince hedeflenen kazanımları ve bilgi ve becerileri edindikleri varsayılmaktadır. Hastane yönetiminde sadece hekimlere yetki ve sorumluluk verilmesi yerine meslekler arası dayanışma ve işbirliği kültürü geliştirilebilir.

Bu araştırma ile sağlık kurumları yöneticilerinin istenen performans düzeyinde yönetsel faaliyetlerini sürdürebilmeleri için kullanabilecekleri bir ölçme aracı ortaya konmuştur.

Hali hazırda hastane yönetiminden sorumlu yöneticilerin bu ölçme aracını kullanarak hangi yönetsel becerilere hangi düzeyde sahip olduklarına dair özdeğerlendirme yapmaları, ortaya çıkacak yetkinlik açıklarını ortadan kaldırmak için ise hizmet içi eğitim ya da örgün eğitim almaları sağlanabilir.

Yöneticiler eksik oldukları beceriler konusunda eğitim almaya yönlendirilebilecekleri gibi, hali hazırda bu becerilere sahip yöneticilerin görevlendirilmesi yoluna gidilebilir. Diğer bir alternatifin ise, tıp fakültesindeki eğitimi takiben tıpta uzmanlık kapsamında tercih eden hekimlerin, uzman yöneticiler olarak yetiştirileceği bir sistemin oluşturulması olduğu söylenebilir.

Sağlık kurumları yönetiminde hangi mesleğe öncelik verilmeli ya da hangi grup baskın olmalı sorusundan ziyade, bu araştırmada ortaya konulan becerilerin kazandırılmasına yönelik eğitim konularını kapsayacak şekilde ayrı bir kariyer sisteminin kurulması ve tanınması yerinde olacaktır. Belirlenmiş herhangi bir kriter olmadan, binlerce hekim arasından yöneticiliğin kime verileceğinin tespitinde kullanılacak yöntemlerin yasallığı ve meşruiyeti de ayrı bir araştırma sorusu olarak bir yerlerde durmaktadır.

Araştırma ile ortaya konan ölçme aracı, hastane yöneticilerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılabilir. Sağlık kurumlarının büyüyen ve karmaşıklaşan idari ve mali yapılarını yukarıdan makro gözle görüp değerlendirebilecek, aynı zamanda olayların içinde yer alıp detaylara hâkim olacak yöneticilerin yetiştirilmesi ve yöneticilerin sahip olması gereken yetkinlik alanlarının sağlık kurumlarına, içinde bulunulan sağlık sistemi koşullarına ve zamana özgü olmak üzere belirlenmesi ve güncel tutulması yerinde olacaktır. Yapılacak analizler doğrultusunda sağlık kurumları yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinlik alanlarına yönelik bilişsel, duyuşsal ve davranışsal eğitimlere yer verilmesi gerekmektedir.

Bir meslekte sahip olunan bilgi ve becerinin yöneticiliğe transfer olmayacağını farkında olarak yönetici olmak için gerekli bilgi ve becerilerin kazanılmasına önem verilerek hekimlerin hastane yöneticisi olarak görevlendirilmelerinde, en az lisans düzeyinde yönetim eğitimi almış olmaları şartı getirilebilir.

Sağlık Bakanlığının gündeminde olan ve stratejik planında yer verilen entegre sağlık kampüsleri, Mintzberg (1980)'e göre bölümlenmiş örgütler olarak görülebilir. Entegre sağlık kampüsleri içinde farklı hastane, laboratuvar ve bölümlerin ölçek ekonomisinin faydalarının ortaya çıkacağı kadar büyük, ancak özellikle operasyonel düzeyde faaliyet gösteren çalışanlar arasında koordinasyon sağlayabilecek ve yönetilebilecek kadar küçük yapılar oluşturulmalıdır. Tıbbi ve idari süreçler için ayrı olmak üzere sağlık hizmetleri sektör becerisine sahip ve işlerin teknik düzeyde kontrolünden sorumlu alt yönetim, yine tıbbi ve idari süreçler için ayrı olmak üzere günlük kararların verildiği desantralize yapıda bir orta kademe yönetim, Raelin (1999)'in ikili merdiven yapısında vurguladığı üzere tıbbi süreçler ve idari süreçler için ayrı olarak seçilmiş bölüm bazında üst yönetici seçerek bölümlerin tıbbi ve idari süreç yöneticilerinden oluşan komite yapısı kurulması ve paylaştırılmış yönetim modeline uygun olarak yönetilmeleri önerilebilir. Tüm yöneticilerin araştırma kapsamında belirlenen yönetsel becerilere sahip olması kurumun performansını doğrudan etkileyecektir. Ayrıca hastane yöneticilerinin seçiminde, en az lisans düzeyinde yöneticilik eğitimi alma kriterinin göz önünde bulundurulması önerilebilir. Son olarak hekimleri yönetici olmaya iten motivasyon faktörlerinin incelenmesi ise başka araştırmalara konu edilebilir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Allen, L. A. (1964). *The Management Profession*. New York: McGraw-Hill.
- Barker, R. (2010). The Big Idea: No, Management is not a Profession. *Harvard Business Review*, 88 (7-8). 52-60.
- Başaran, İ. E. (1998). *Yönetimde İnsan İlişkileri Yönetimsel Davranış*. Ankara: Aydan.
- Bax, M. F. P., Berkenbosch, L., Busari, J. O. (2011). How do medical specialists perceive their competency as physician-managers?. *International Journal of Medical Education*, 2: 133-139.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, New York.: John Wiley&Son.
<https://books.google.com.tr/books?id=KmFR7BnLdCoC&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false>
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. Pegem Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara.
- Can, H., D., Tuncer, D. Y., Ayhan (1995). *Genel İşletmecilik Bilgileri*. Ankara: Siyasal.
- Çetinkaya M. (2009). Yöneticilerin Yönetimsel Yetkinlik Algılamalarına İlişkin Bir Çalışma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 11(2):219-239.
- Çınaroğlu, S. (2012). Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:15, Sayı:1, 79-110.

Darzi, A. (2009). A Time for revolutions- The role of physicians in health care reform. *New England Journal of Medicine*, 361: 8.

Drucker, P. F. (1996). *Yönetim Uygulaması*. Çev: E. Sabri Yarmalı, İstanbul: İnkılâp.

Drucker, P. F. (1986). *The effective executive*. London: Heinemann.

Drucker P. F. (1980) *Fırtınalı Dönemlerde Yönetim*. Managing in Turbulent Times, Çev.: Bülent Toksöz, İstanbul: İnkılap.

Dwyer, A. J. (2010). Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Australian Health Review*, 34: 514-522.

Edmonstone, J. D. (1986). If you're not the woodcutter, what are you doing with that axe?: problems of managing the NHS. *Health Serv Manpow Rev*. November, 12(3):8-12.

Elmuti, D. (2004). Can management be taught? If so, what should management education curricula include and how should the process be approached? *Management Decision*, (42), 439-453.

Empey, D., Peskett, S., Lees, P. (2002). Medical Leadership. *Career Focus*, 7 December.

Eren, E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar*. İstanbul: Beta.

European Commission: Lifelong Learning Programme - LEONARDO DA VINCI

(2012). *Determination of Professional qualifications of Healthcare management and revision of the educational programmes*.

http://deprohealth.com/DEPROHEALTH/The_Project_files/DEPROHEALTH%200-%20Antalya5%20th%20%20meeting%20report%20-%20June%202012-1.pdf

Falcone R.E., Satiani B. (2008). Physician as Hospital Chief Executive Officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(1): 88-94.

Fayol, H. (2005). *Genel ve Endüstriyel Yönetim "General and Industrial Administration"*, Çev.: M.Asım Çalıkoğlu, Ankara: Adres Yayınları.

Fitzgerald L. (1994). Moving clinicians into management: a Professional challenge or threat? *Journal of Management in Medicine*. 8: 32-44.

Fişek, N. H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi.

Gabe, J., Bury, M., Elston, M. E. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage.http://books.google.com.tr/books?id=5twGr9MeH3MC&pg=PA1944&hl=tr&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

Galbraith, J. K. (1967). *The New Industrial State*. Houghton Mifflin Company, Boston, Erişim Tarihi: 12.01.2009
<http://www.ebbemunk.dk/technostructure/technostructurep3.html>

Gay, L.R. (1996). *Educational Research*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Gemlik, N., Manioğlu, Y., Çatar, Ö. (2015). Geert Hofstede'in Örgüt Kültürü Modeline Göre Sağlık Meslek Gruplarının İncelenmesi ve Kamu ve Özel Hastanelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, Vol 1, 1-14.

Glouberman S., Mintzberg H. (1997). *Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration*. NSEAD Working Paper Series.

Goodall, A. H. (2011). *Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?* IZA Discussion Paper No. 5830.

- Grebenschikoff J. (1997) "Six Myths About Physician Executives, Hospital and Health Networks"http://www.hhnmag.com.hhnmag_app/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HA/NewsStory_Article/data/HHNMAG245&domain=HHNMAG, 18.01.2012.
- Gökçora İ. H. (2005). Profesyonelliğe Saygı. *Üniversite ve Toplum*, 5(3) :1-6.
- Gunderman, R., Kanter, S. L. (2009). Educating physicians to lead hospitals. *Academic Medicine*, 84: 1348–1351.
- Guo, L. K. (2002). Roles of Managers in Academic Health Centers: Strategies for the Managed Care Environment, *Health Care Management*, Volume 20- Issue 3, 43–58.
- Guo, L. K. (2003). An Assessment Tool For Developing Healthcare Managerial Skills and Roles. *Journal of Healthcare Management*, No: 48:6.
- Henson RK, Roberts JK. (2006). Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*. 66(3): 393-416.
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programı*. <http://uses.gov.tr/goster.aspx?syf=2>
- Hopkins, A., Solomon, J., Abelson,J. (1996). Shifting Boundaries in Professional Care. *Journal of The Royal Society of Medicine*, Volume 89: 364-371. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1295848>
- Hunter, D. (1991). Managing medicine: a response to the crisis. *Social Science and Medicine*, 32 (4), 441-449.
- Ileri S., Walshe K., Benson L., Mwanthi M. A. (2011). A qualitative and quantitative study of medical leadership and management: experiences, competencies, and

development needs of doctor managers in the United Kingdom. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, Volume 4, No. 1, 16-29.

Khadka D.K., Gurung M., Chaulagain N. (2014). Managerial Competencies-A Survey of Hospital Managers' Working in Kathmandu Valley, Nepal. *Journal of Hospital Administration*, Vol. 3, No. 1, 62-72.

Katz, R. L. (1955). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, 33(1), 33-42. url: http://www.sagepub.com/upm-data/45968_Chapter_3.pdf

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Örgütleri Yönetimi*, Ankara: Siyasal.

Khurana, R., Nohria N., Penrice, D. (2005). *Management as a profession*. Working papers. Center for public leadership.

Kindig D. A., Lastiri-Quiros S. (1989). The Changing Managerial Role of Physician Executives. *The Journal of Health Administration Education*, 7(1): 33-46.

Kippist, L., Fitzgerald, A. (2010). *The Paradoxical Role of Hybrid Clinician Manager*. 7th Biennial Conference in Organizational Behaviour in Health Care. Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care, Birmingham, 11-14 April.

Koçel, T. (2007). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Arıkan.

Kouzes, J. M., Mico, P. R. (1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations. *Journal of Applied Behavioral Science* October, vol. 15 no. 4: 449-469.

Kwak, N., Radler, B. (2002). A Comparison Between Mail and Web Surveys: Response Pattern, Respondent Profile and Data Quality. *Journal of Official Statistics*, Volume 18, No. 2, 257-273.

Leatt P. (1994). Physicians in health care management: 1. Physicians as managers: roles and future challenges. *Canada Medical Association Journal*, 150 (2), 171-176.

- Leggat, S. G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, V.7.
- Levenson, R., Dewar, S., Shepherd, S. (2008). *Understanding Doctors: Harnessing Professionalism*. King's Fund, London.
- Lighter, D. E. (2000). The Path to Management: Physician Executives in Health Care, *Hospital Physician*, May, 64-68.
- Lin, L., Wu, J., Huang, I., Tseng, K., Lawler, J. J., Vestal, K. (2007). Management Development: a Study of Nurse Managerial Activities and Skills. *Journal of Healthcare Management Publisher: American College of Healthcare Executives Audience*. 52: 3, 169-9.
- Litvak E., M. C. Long (2000). Cost and Quality Under Managed Care: Irreconcilable Differences? *The American Journal of Managed Care*, 6, 3, 305-312.
- Lyons, M.F., Ford, D., Singer, GR (1996). How Do Physician Executives View Themselves?. *Physician Executive*, 22(9): 23-26.
- MacKinnon, N.J., Chow, C., Kennedy, P.L., Persaud, D.D., Metge, C.J. and Sketris, I. (2004). *Management Competencies for Canadian Health Executives: Views from the Field*. *Healthcare Management Forum*, 17: 4, 15–20.
- Mbabane, L. (2008). *The management profession and skills in South Africa. Report for the Scarce Skills Research Project of the Human Sciences Research Council*. http://www.labour.gov.za/DOL/downloads/documents/research-documents/Management_DoL_Report.pdf
- McConnell, C. R. (2002). The health care professional as a manager: finding the critical balance in a dual role. *The health care manager*, 20(3): 1-10.

- Milicevic M. M. S. , Bjegovic- Mikanovic, V. M., Terzic- Supic, Z. J., Vasic, V. (2010) Competencies gap of management teams in primary health care. *European Journal of Public Health*, 21:2, 247-253.
- Mintzberg H. (2012). Managing the myths of health care. *World Hosp Health Services*, 48(3): 4-7.
- Mintzberg, H. (2004). *Managers, Not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development*. San Francisco: Berrett Koehler.
url:http://books.google.com.tr/books?id=OXrVVAWtI-QC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Mintzberg, H., Gosling, J. (2002). Education managers beyond borders. *Academy of Management Learning and Education*, Vol. 1, No. 1, 64-75.
- Mintzberg H. (1998). Covert leadership: notes on managing professionals. Knowledge workers respond to inspiration, not supervision. *Harvard Business Review*, November-December, 76(6): 140-7.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*. Vol.26, 322-341.
<http://www.jstor.org/stable/2630506>
- Mintzberg, H. (1975). The Manager's Job: Folklore and Fact. *Harvard Business Review*, 53(4).
- Moltrop D. (1990). Views of A New Physician. *Physician Executive*, Jan-Feb, 27-28.
- Mumford, M. D., Zaccaro, S. J., Harding, F. D., Jacobs, T. O., Fleishman E. A. (2000). Leadership Skills for a Changing World: Solving Complex Social Problems. *Leadership Quarterly*, 11(1), 23.

- Nzinga, J., Mbaabu, L., English, M. (2013). Service delivery in Kenyan district hospitals – what can we learn from literature on mid-level managers? *Human Resources for Health*. 11:10 doi:10.1186/1478-4491-11-10
- Ong, B. N. (1998). Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England. *British Journal of Management*. Volume 9: 199–210.
- Peker Ö. (1994). *Yönetici Eğitimi*. Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi.
- Pfeffer, J., Fong, C. T. (2002). The End of Business Schools? Less Success Than Meets the Eye. *Academy of Management Learning & Education*, Volume 1, Number 1.
- Pillay, R. (2008a). Managerial competencies of hospital managers in South Africa: a survey of managers in the public and private sectors. *Human Resources for Health*, 6:4.
- Pillay, R. (2008). Defining competencies for hospital management: A comparative analysis of the public and private sectors. *Leadership in Health Services*, Vol. 21 Iss: 2, 99 – 110.
- Pillay, R. (2010). The skills gap in hospital management: a comparative analysis of hospital managers in the public and private sectors in South Africa. *Health Serv Manage Res*, vol. 23, no.130-36.
- Quinn, R., Faerman, S., Thompson, M., McGrath, M. (1990). *Becoming a master manager: A competency framework*. New York: John Wiley & Sons.
- Raelin, J. A. (1990). Let's not teach management as if it were a profession. *Business Horizons*, (33), 23-28.
- Raelin, J. A. (1999). *Kültürlerin Çatışması Yönetenler-Yönetilenler, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul*.

Resmi Gazete (2011). *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*, Resmi Gazete Sayı: 28103 (Mükerrer).

Roberts M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M. R. (2009). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2012). *Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge*, 05.10.2012 tarih ve 847 sayılı.

Salter B. (2007). Governing UK medical performance: A struggle for policy dominance. *Health Policy*, 82: 263-275.

Scott, R. W. (1982). Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations. *Health Services Research*, 17: 3, Fall.

Simpson, J. (1994). Management for Doctors: Doctors and management-why bother?. *BMJ*, 309: 1505-1508.

Spender, J. C. (2005). Speaking about management education: some history of the search for academic legitimacy and the ownership and control of management knowledge. *Management Decision*, Vol. 43: 10, 1282 – 1292.

Sperry, L. (2003). *Becoming An Effective Health Care Manager: The Essential Skills of Leadership*. Baltimore: Health Professions.
<http://www.healthpropress.com/store/sperry-2866/toc.htm>,
<http://www.healthpropress.com/store/sperry-2866/index.htm>.

Stefl, M. E. (2008). Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal Of Healthcare Management*, 53:6, 360-373.

- Stewart, R. (1965). The Use of Diaries to Study Managers Jobs. *Journal of Management Studies*, 228–235. <http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1467-486.1965.tb00139.x>
- Stoller, J.K. (2008). Developing physician-leaders: Key competencies and available programs. *Journal of Health Administration Education*, 25 (4), 307-328.
- Şahin, B. (1999). Sağlıkta Yönetim Zorluğu: Hekim Otonomisinin Sonu Olabilir mi? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* Cilt: 4; sayı: 1, 30-42.
- Şaylan, G. (2003). *Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*, 2. Baskı, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education Inc.
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). *Sağlıkta Yönetici Ve Birim Performansı*. Ankara.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu (2013). Erişim: 05.04.2013
<http://www.tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf>
- Thorne, M. L. (2002). Colonizing the new world of NHS management: the shifting power of professionals. *Health Services Management Resources*, vol. 15, no. 1, 14-26.
- Toker, F. (2000). Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi-Kocaeli Örneği. İstanbul Üniversitesi İşletme Yönetimi ve Organizasyonu ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Unger, J-P., Macq, J., Bredo, F., Boelaert, M. (2000). Through Mintzberg's glasses: a fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1005-1014.

Ural, A., Kılıç, İ. (2005). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Whetten,D. A., Cameron ,K. S. (1995). *Developing Management Skills*. New York: Mc Graw-Hill.

Williams, B., Brown, T., Onsman, A. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8(3).
<http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol8/iss3/1>

Yong A. G., Pearce S. (2013). A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis, *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, Vol. 9 (2), p. 79-94.

Zuckerman, H. S., Dowling, W. L. (1997). The Managerial Role. *Essentials of Healthcare Management*. Editors: S. M. Shortell ve A. D. Kaluzny, 34-62, New York:
Delmar.[url:http://books.google.com.tr/books?id=IwBY kt387AC&pg=PA34&hl=tr&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.tr/books?id=IwBY kt387AC&pg=PA34&hl=tr&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Ek 2: Anket Formu

ANKET

Sayın Yönetici,
 Bu anket, "Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin Yönetmel Rollerinin Revizyonu: Bir Model Önerisi" isimli doktora tez çalışması kapsamında uygulanmaktadır. Anket, demografik veriler, yönetsel beceriler, yönetim geliştirme ihtiyaçları, yönetim geçmişi ve yönetsel roller olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır. Anket formunu doldurmanız araştırmaya büyük katkılar sağlayacaktır. Sonuçlar, gizli tutulacak olup sadece bu tez kapsamında bilimsel amaç için kullanılacaktır. Yoğun işleriniz arasında zaman ayırıp bu araştırmaya katkı verdiğiniz için çok teşekkür eder, saygılar sunarım.

Doç.Dr. M.Kemal ÖKTEM	Mehtap ÇAKMAK BARSBAY
Hacettepe Üniversitesi	Hacettepe Üniversitesi
Kamu Yönetimi Bölümü	Kamu Yönetimi Bölümü
Öğr. Üyesi	Doktora Öğrencisi
Tez Danışmanı	mehtapcakmak@gmail.com
	Cep Tel.: 05072516899

1. BÖLÜM: Sosyo- Demografik Veriler

1. Cinsiyet: (.....) Erkek (.....) Kadın
2. Doğum Yılı:
3. Görev unvanı: (.....) Genel sekreter (.....) Hastane yöneticisi
4. Yönetici olarak toplam çalışma süresi: yıl
5. Yönetici olarak çalışılan sektör ve süresi: Kamu (.....) yıl Özel (.....) yıl
6. Eğitim Durumu: (.....) Tıp Fakültesi (.....) Yüksek Lisans (.....) Tıpta Uzmanlık/ Doktora
7. İktisat, İşletme, Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Kamu Yönetimi gibi alanlarda eğitim alma durumu:
 (.....) Almadım (.....) Sertifika Eğitimi (.....) Önlisans (.....) Lisans (.....) Yüksek Lisans (.....) Doktora
8. Sağlık Kurumları Yönetimi/ İşletmeciliği alanında yüksek lisans veya doktora eğitiminiz yok ise; önümüzdeki 2 yıl içinde eğitim programına katılmayı planlıyor musunuz?
 (.....) Evet (.....) Hayır
9. Günlük çalışma saatlerinin klinik ve yönetsel faaliyetlere göre kullanım durumu:
 Mesainin,
 (%.....) klinik ve aktif hekimlik faaliyetlerine
 (%.....) yöneticilik faaliyetlerine

III. Bölüm : Yönetim Geliştirme İhtiyaçları

Yönetim geliştirme: hali hazırda yöneticilik yapanların eğitimler ile bilgi ve becerilerinin artırılması sürecidir. Aşağıda “yönetim geliştirme” ihtiyaçlarınızın tespitine yönelik bir anket bulunmaktadır.

İfadelerden sizin için uygun olanın karşısına (X) işareti koyunuz. Her soru için bir cevap veriniz.

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Sağlık kurumları yönetimi ilke ve uygulamaları konusunda bilgilenmek, benim için yararlı olabilir.					
2. Yönetici olarak işimle ilgili yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.					
3. Sağlık kurumları yönetimi konusunda daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyorum.					
4. Sağlık kurumları yönetimi eğitimleri, yöneticiler için faydalı olacaktır.					
5. Yönetici olarak atanmadan önce yeni sorumluluklarım için hazırlıktıydım.					

IV. Bölüm : Sağlık Kurumları Yönetimine İlişkin Yargılar

Aşağıda “sağlık kurumları yönetimi” konusunda bir takım ifadeler bulunmaktadır. Teknik bilgi ve tecrübelerinize dayanarak ifadelerden sizin için uygun olanın karşısına (X) işareti koyunuz. Her soru için bir cevap veriniz.

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hekimler yöneticilik için değil hekimlik yapmaları için eğitilmişlerdir.					
2. Hastane yöneticilerinin tamamının, hekimlik geçmişine sahip olması gerekmektedir.					
3. Hekimlere yönetsel görevler vermek, kurumsal etkinliğin önemli gereklerinden biridir.					
4. Hekimlik eğitimi, yöneticilik görevi için yeterlidir.					
5. Hastane yöneticileri için “yönetim tecrübesi” ve “yöneticilik eğitimine” sahip olmak önemlidir.					

V. Bölüm : Yönetsel Roller

Aşağıda “sizin gerçekleştirdiğiniz yönetsel rolleriniz” konusunda bir takım ifadeler bulunmaktadır.

Sizin için uygun olan ifadenin karşısına (X) işareti koyunuz. Her soru için bir cevap veriniz.

İfadeler	Hiçbir Zaman	Arasıra	Sık sık	Her zaman
1. Kurumu çeşitli sosyal faaliyet, toplantı ve protokolda başarılı bir şekilde temsil ederim.				
2. Kurumda çalışanları yönlendirir ve motive edici ortam oluştururum.				
3. Kurum içi ve dışı çevrelerle etkili iletişim kurarak kuruma fayda sağlayacak bir irtibat ağı kurarım.				
4. Kurum içi ve dışındaki gelişmeleri takip ederek bu gelişmeler doğrultusunda gerekli değişiklikleri yaparım.				
5. Kurum dışından edinilen ve kurumu ilgilendiren önemli bilgileri ilgililerine aktarırım.				
6. Kurum içinden ve dışından insanlarla kurum adına konuşma yaparım.				
7. Yeni fikirler ve projeler ortaya koyarak kurumda değişimin gerçekleşmesini sağlarım.				
8. Çalışma yönetiminde farklı yöntemleri kullanıp kurumdaki sorunları ortadan kaldırıyorum.				
9. Kurum kaynaklarının etkili dağıtılması için kurum içinden gelen bütçe taleplerini gözden geçirip öncelikli olan taleplere karar veririm.				
10. Kurumun içinden ve dışından insanlar arasında, gerekli durumlarda ara buluculuk yapar ve aynı fikirde buluşmalarını sağlarım.				

Ek 3: Etik Kurul İzni

ETİK KURUL İZNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Sayı : 76000869/ 433-2014


19 Eylül 2014

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 05.09.2014 tarih ve 4139 sayılı yazımız

Enstitünüz Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi Bilim Dalı doktora programı öğrencisi Mehtap ÇAKMAK BARSBAY'ın Doç. Dr. M. Kemal ÖKTEM danışmanlığında hazırladığı "Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin Yönetimsel Rollerinin Revizyonu: Bir Model Önerisi" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 17.09.2014 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgi ve gereği için rica ederim.


Prof. Dr. U. Şehnem HARPUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

Ek 4: Orijinallik Raporu

ORJİNALLİK RAPORU



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 09/02/2016

Tez Başlığı: SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE HEKİM YÖNETİCİLERİN YÖNETSEL BECERİ VE ROLLERİNİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 188 sayfalık kısmına ilişkin, 09/02/2016 tarihinde şahsım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 8'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kaynakça hariç
- 2- Alıntılar dâhil

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

09.02.2016

Adı Soyadı: Mehtap ÇAKMAK BARSBAY

Öğrenci No: SA3094424

Anabilim Dalı: SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ

Programı: KAMU YÖNETİMİ

Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr., M. Kemal ÖKTEM