

Sağlık Kurumlarında Sağlık Yönetimi ve İkiz Yönetim Uygulamaları

Menekşe KILIÇARSLAN¹

Haluk SAK²

Hakan Burak TÜRKSEZER³

¹ Dr., İstanbul Topkapı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, e-mail: meneksekilicarslan@topkapi.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0580-8645

² Dr., İstanbul Topkapı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, e-mail: haluksak@topkapi.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2564-1552

³ İstanbul Topkapı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, e-mail: hakanturksezer@hotmail.com, ORCID: 0009-0009-5448-8770

Özet: Artan hizmet talebi, teknolojik dönüşüm ve kaynak kısıtlamaları nedeniyle sağlık hizmetleri, geleneksel yönetim yaklaşımlarını aşan bütüncül modellere ihtiyaç duymaktadır. Hastanelerin karmaşık yapısı içinde ortaya çıkan "tıbbi mantık" (bakım odaklı) ve "yönetimsel mantık" (maliyet/verimlilik odaklı) arasındaki gerilimler, yeni işbirlikçi modelleri gerektirmektedir. Bu politik sağlık yönetimi alanındaki öne çıkan yöntemlerden biri de ikili/ikiz yönetim modelidir. İkili yönetim, sorumluluğun paylaşıldığı, klinik ve idari yönetimin eş zamanlı ve entegre kullanımına dayalı bir yönetim yaklaşımını ifade eder. Bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi perspektifinden sağlık yönetiminde uygulanan ikili yönetim yaklaşımını incelemek ve bu modelin kurumsal işleyiş, hizmet kalitesi ve sürdürülebilirlik üzerindeki etkilerini klinik yönetim kapsamında değerlendirmektir. Çalışmada nitel bir araştırma yöntemi benimsenmiş; ulusal ve uluslararası literatür sistematik olarak incelenmiştir. Elde edilen örnekler, ikili yönetim modelinin klinik karar verme bileşenleri ile yönetim planlama departmanı arasındaki uyumun izlenmesini teşvik ettiğini ve hekimlerin yönetim hizmetlerine katılımını desteklediğini göstermektedir. Modelin, hekim-yönetici çatışmalarını ayırdığı, kaynak kullanımını bölüştürdüğü ve sağlık hizmetlerini iyileştirdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak, ikili yönetim yaklaşımı, çağdaş sağlık yönetimine önemli bir tamamlayıcı olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, İkiz Yönetim, Klinik Liderlik, Klinik Yönetişim, Kurumsal Performans, Tıbbi ve İdari İşbirliği.

Healthcare Management and Dual Management Practices in Healthcare Institutions

Abstract: Healthcare organizations require comprehensive management models that go beyond traditional approaches due to increasing service demands, technological transformation and resource constraints. The tensions between "medical logic" (care-oriented) and "managerial logic" (cost/efficiency-oriented) within the complex structure of hospitals necessitate new collaboration models. In this context, the dual/twin management model is one of the prominent approaches in healthcare management. This study aims to examine the dual management approach from a healthcare management perspective and to analyze its effects on organizational functioning, service quality and sustainability within the clinical governance framework. A qualitative research method was adopted and the national and international literature was systematically reviewed. The findings indicate that the dual management model ensures alignment between clinical decision-making processes and managerial planning mechanisms and encourages physician participation in managerial processes. It was determined that this model reduces physician-manager conflicts, optimizes resource utilization and increases the effectiveness of healthcare services. In conclusion, the dual management approach can be considered an important complement to contemporary healthcare management.

Key Words: Healthcare Management, Dual Management, Clinical Leadership, Clinical Governance, Organizational Performance, Medical and Administrative Cooperation.

1. GİRİŞ

Sağlık kuruluşları, sundukları hizmetlerin kalitesi, insan yaşamı üzerindeki doğrudan etkileri ve karmaşık organizasyonel yapıları bakımından diğer kamu ve özel sektör kuruluşlarından önemli ölçüde farklılık gösterir. Bu benzersiz yapı, kendine özgü ihtiyaçları ve çözüm arayış yaklaşımlarıyla sağlık yönetimi alanını da şekillendirir. Mintzberg (1979), hastaneleri "profesyonel bürokrasi" olarak tanımlayarak, uzman çalışanların mesleki özerkliğe ihtiyaç duyduğu ancak koordinasyonun da hayati önem taşıdığı bu yapılarda yönetimin çok boyutlu bir sorun olduğunu vurgular. Bu bağlamda, temel gerilimlerden biri "tıbbi mantık" ve "yönetimsel mantık" arasındaki potansiyel çatışmadır. Tıbbi mantık hasta merkezlidir; bakımın kalitesini ve güvenliğini ve klinisyenin özerk karar alma sürecini önceliklendirir. Yönetimsel mantık ise maliyet etkinliğini, kaynak optimizasyonunu ve organizasyonel verimliliği önceliklendirir. Bu iki yaklaşımın aynı kurumsal çatı altında bir arada bulunması bir zorunluluktur; ancak bu zorunluluk beraberinde organizasyonel gerilim de getirir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 45).

Bu gerilimin yönetimi, özellikle günümüz sağlık sistemlerinin dönüşüm süreçlerinde kritik önem kazanmıştır. Türkiye'de 2003 yılından beri uygulanan Sağlık Dönüşüm Programı, kamu hastanelerindeki yönetim yapılarının

yeniden yapılandırılmasını ve performansa dayalı ödeme sistemlerinin uygulanmasını gerektirmiştir (Tatar vd., 2011: 35). Bu dönüşüm sürecinde idari yönetim yaklaşımı güçlendirilmiş olsa da, klinik boyutun yönetim süreçlerine yeterince entegre edilmediği gözlemlenmiştir. Bu eksikliği gidermek için en kapsamlı modellerden biri olarak kabul edilen ikili/ikiz yönetim yaklaşımı, klinik liderliği ve idari yönetimi eş zamanlı ve entegre bir şekilde yürütmeyi amaçlamaktadır (Savage ve Scott, 1992: 175).

İkili yönetim modelinde, sorumluluk bir klinik lider ve bir idari yönetici arasında paylaşılır. Bu yapı, hekimlerin yönetim süreçlerine aktif katılımını teşvik ederken, idari yöneticilerin klinik gerçekleri anlamalarını da sağlar. Llewellyn (2001: 595), bu modeli "iki yönlü pencereler" metaforuyla açıklayarak, klinik yöneticilerin tıp ve yönetim arasında bir köprü görevi üstlendiğini belirtmektedir. Nazish (2023: 8), klinik yöneticilerin hibrit bir liderlik profili sergilediğini ve bu profilin hasta bakım kalitesinin ve örgütsel verimliliğin eş zamanlı olarak iyileştirilmesini sağladığını ortaya koymaktadır. Bu çalışma, sağlık yönetimi perspektifinden bu yaklaşımı ele almayı; klinik yönetim çerçevesinde ikili yönetim modelinin bileşenlerini, avantajlarını, risklerini ve başarı koşullarını analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın hem Türk sağlık yönetimi literatürüne hem de pratik uygulamalara katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Kurumlarının Örgütsel Yapısı

Sağlık kuruluşları, özellikle hastaneler, örgütsel karmaşıklıkları nedeniyle benzersiz bir konumdadır. Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010: 52), bu kurumların hem klinik hem de idari boyutlarla yönetilmesi gerektiğini ve klinik ve yönetsel süreçlerin ayrı ayrı değil, entegre bir şekilde yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Tengilimoğlu vd. (2015: 78), sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalitenin ancak verimlilik odaklı yönetim ve hasta bakım kalitesinin birlikte ele alınmasıyla sağlanabileceğini savunmaktadır.

Mintzberg'in (1979: 348) profesyonel bürokrasi modeli çerçevesinde, hastanelerde iki ana güç merkezi vardır: profesyonel otorite (klinikler) ve idari otorite (yöneticiler). Bu iki merkez arasındaki ilişki genellikle iş birliğinden ziyade rekabete dayalı bir dinamik sergiler. Nitekim, Bouras vd. (2022: 7), Almanya ve İsrail'deki hastanelerde yürüttükleri nitel araştırmalarında, klinik ve ekonomik değerlendirmelerin sıklıkla çatıştığını, ancak belirli koşullar altında uyumun sağlandığını bulmuşlardır. Araştırmacılar, uyumluluğu sağlamak için karar alma mekanizmalarının şeffaf olması gerektiğini belirtiyor.

Hastane yönetiminin hesap verebilirlik boyutu da bu tartışmada önemlidir. Bagheri ve ark. (2024: 4), kapsamlı inceleme çalışmalarında klinik ve idari aktörlerin hesap verebilirlik konusunda farklı anlayışlara sahip olduğunu ve bu farkın kurumsal gerilimin ana kaynağı olduğunu göstermiştir. Klinik hesap verebilirlik hasta güvenliğini ve klinik kaliteyi önceliklendirirken, idari hesap verebilirlik finansal performansı ve yasal uyumluluğu önceliklendirir. Bu iki boyutun entegrasyonu ancak etkili bir yönetim modeliyle mümkündür.

2.2. İkiz Yönetim Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık yönetimi literatüründe ikili liderlik veya ikiz yönetim, kurumsal düzeyde klinik ve idari sorumlulukların paylaşımını ifade eden bir model olarak sınıflandırılır. Sağlık kuruluşlarında ikili liderliği ilk kez sistematik olarak ele alan Savage ve Scott (1992: 175), bu modelin hekimler ve yöneticiler arasındaki gerilimi azaltabileceğini ve örgütsel karar alma süreçlerini daha kapsayıcı bir zemine taşıyabileceğini göstermiştir. Modelin temel özellikleri, tek bir bireyin aynı anda hem klinik etkiye hem de yönetsel yetkinliğe sahip olmasının zorluğuna dayanmaktadır. Llewellyn (2001: 600), klinisyenleri "çift yönlü parçalar" olarak tanımlayarak, hem klinik dünyayı hem de yönetsel gerçekliği aynı anda görebildiklerini vurgulamaktadır. Bu bakış açısı, ikili liderliğin yapısal bir çözüm olmadığını; aynı zamanda örgütsel kültür ve kimlik üzerinde de derin etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Nitekim, Ivcovici vd. (2025: 290), klinisyenlerin hibrit yönetsel rollere geçiş süreçlerini inceleyerek, bu kimlik dönüşümünün mevcut süreçlerdeki başarısının kritik bir faktör olduğunu bulmuştur. Uluslararası literatürdeki kavramın yansımalarına göre, Goodall'ın (2011: 160) ABD'deki en iyi 100 hastaneyi kapsayan ampirik çalışması, CEO'nun doktorunun bulunduğu hastanelerin kalite takvimlerinde sürekli olarak yüksek sıralarda yer aldığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, klinik başarının örgütsel performansa katkısına ilişkin ampirik kanıt olarak kabul edilmektedir. Goodall (2020: 506) tarafından yakın zamanda yapılan bir yeniden değerlendirme, bu ilişkinin zaman içinde korunduğunu doğrulamıştır.

2.3. Klinik Yönetişim: Tanım ve Bileşenler

Klinik yönetim (Clinical governance), hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi için bir ortam yaratarak sağlık kuruluşlarını hesap verebilir kılan bir çerçeve olarak tanımlanır. Şahin (2018: 5), Türk sağlık yönetimi literatürüne

katkıda bulunan kavramsal çalışmada, klinik yönetişimin beş temel bileşenden oluştuğunu belirtmektedir: klinik denetim, kanıta dayalı uygulama, risk yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği ile şeffaflık ve hesap verebilirlik. Bu bileşenler, ikili yönetim modelinin klinik boyutunu doğrudan desteklemektedir. Sağlık kurumlarında klinik ve kurumsal yönetişimin birlikte çalışmasının gerekliliği giderek daha fazla kabul görmektedir. Nitekim, Li vd. (2024: 8), hekim-hastane entegrasyonunu inceleyen çalışmalarında, yalnızca finansal veya yalnızca klinik odaklı entegrasyonun yetersiz olduğunu; her ikisini de birlikte ele alan ikili odaklı stratejilerin hastane verimliliği üzerinde çok daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, ikili yönetim modelinin teorik temelini güçlendirmektedir.

3. İKİLİ YÖNETİM MODELİNİN BİLEŞENLERİ VE UYGULAMASI

3.1. Modelin Yapısal Unsurları

İkili yönetim modelinin işlevsel olarak uygulanması, birkaç temel yapısal unsurun bir arada bulunmasını gerektirir. Birinci ve en kritik unsur, net rol tanımlarıdır. Klinik liderin sorumluluk alanı ve idari yöneticinin yetki sınırları açıkça tanımlanmalıdır; aksi takdirde, ikili liderlik algısı ve yetki çatışmaları kaçınılmaz hale gelir (Savage ve Scott, 1992: 176). Bu bağlamda, Bagheri vd. (2024: 6), net hesap verebilirlik yapılarının eksikliğinin hastane yönetimindeki başarısızlığın en yaygın kaynağı olduğunu vurgulamaktadır. İkinci unsur, güvene dayalı bir liderlik kültürüdür. Llewellyn'in (2001: 605) çalışması, ikili yönetimin sadece yapısal bir düzenleme olmadığını; her şeyden önce karşılıklı güven, saygı ve sürekli iletişime dayalı bir ilişki temeli gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Güvenin yokluğunda, model mevcut gerilimleri azaltmak yerine derinleştirme riski taşır. Üçüncü unsur, örgütsel iletişim mekanizmalarıdır. Düzenli ortak karar alma toplantıları, şeffaf raporlama sistemleri ve çapraz bilgi akışı, modelin sürdürülebilirliği için vazgeçilmezdir. Mintzberg'in (1979: 356) koordinasyon mekanizmaları çerçevesinde değerlendirildiğinde, ikili yönetim modeli, hem standardizasyon hem de karşılıklı uyumlaştırma mekanizmalarını aynı anda kullandığı için özellikle güçlü bir koordinasyon kapasitesi gerektirir.

3.2. Hibrit Yöneticilik

İkili yönetim modelinin en eşsiz ve işlevsel bileşenlerinden biri de hibrit yönetim kavramıdır. Hibrit yönetici, hem klinik uzmanlığa hem de yönetsel yetkinliğe sahip, bu iki kimliği örgütsel hedeflere ulaşmak için bütünleştiren bir bireydir. Llewellyn (2001: 610), bu bireylerin örgüt içindeki iki dünya arasında bir köprü görevi gördüğünü ve hem klinisyenler hem de yöneticiler tarafından meşru ve güvenilir olarak algılandıklarında son derece etkili olduklarını vurgulamaktadır. Nazish (2023: 10), hibrit yöneticilerin üstlendiği rolleri dört alana ayırmaktadır: klinik kalite güvencesi, kaynak savunuculuğu, personel eğitimi ve örgütsel temsil. Bu roller, klinisyenin odağını bireysel bakımdan örgütsel bir bakış açısına kaydırmasını gerektirir ve bu da kapsamlı bir kimlik dönüşüm sürecini zorunlu kılar. Ivcovici vd. (2025: 295), örgütsel destek, mentorluk ve yeterli zaman tahsisinin bu kimlik dönüşümünü başarıyla tamamlamak için kritik öneme sahip olduğunu göstermiştir. Ancak Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010: 67), hibrit yönetim profilinin Türk sağlık sistemi bağlamında yeterince kurumsallaştırılmadığını ve sağlık yöneticisi eğitim programlarının müfredatlarında bu açığı henüz yeterince ele almadığını belirtmektedir.

4. BULGULAR: AVANTAJLAR, RİSKLER VE BAŞARI KOŞULLARI

4.1. Modelin Sağladığı Avantajlar

Literatür bulguları, ikili liderlik modelinin sağlık kurumlarına çeşitli kritik avantajlar sunduğunu göstermektedir. Bunların başında klinik-idari uyum gelmektedir. Savage ve Scott'a (1992: 177) göre, ikili liderlik yapısı, klinik karar verme ve idari planlama mekanizmaları arasında çatışma yerine sinerji yaratır ve aynı zamanda kurumsal süreçlerin hem klinik hem de finansal geçerliliğini sağlar. Goodall (2011: 162), hekim liderliğindeki hastanelerin kalite göstergelerinde istatistiksel olarak anlamlı üstünlük sergilediğini ampirik olarak göstermiştir. İkinci önemli avantaj, hekim-yönetici çatışmasının azaltılmasıdır. Bouras vd. (2022: 9), klinik ve ekonomik değerlendirmelerin çatıştığı durumlarda, ikili karar verme yapısının bu çatışmayı yönetilebilir hale getirdiğini; hekimlerin idari süreçlere katılımının güvensizliği ve rekabeti önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu, Llewellyn'in (2001: 598) "iki yönlü pencere" metaforuyla örtüşmektedir. Bu, klinisyen-yöneticilerin her iki taraf için de meşru arabulucu olarak işlev gördüğü fikrini desteklemektedir. Üçüncü avantaj ise kaynak optimizasyonudur. Li vd. (2024: 8) klinik bilginin kaynak planlamasına dahil edilmesinin hem israfı hem de klinik açıdan önemsiz harcamaları azalttığını ve böylece kurumsal verimliliği artırdığını göstermiştir. Tengilimoğlu vd. (2015: 95), bu etkinin Türk sağlık sistemi bağlamında da görüldüğünü ve klinisyen katılımlı yönetim yapılarının bütçe süreçlerinde daha doğru kararlar alınmasını sağladığını belirtmektedir. Dördüncü avantaj ise hasta güvenliği ve hizmet kalitesi üzerindeki olumlu etkisidir. Şahin (2018: 12), klinik yönetim çerçevesinde faaliyet gösteren ikili yönetim modelinin klinik risklerin

erken tespiti ve müdahalesini kolaylaştırdığını ve bunun doğrudan hasta güvenliği ve bakım kalitesine yansıdığını vurgulamaktadır.

4.2. Modelin Riskleri ve Sınırlılıkları

İkili yönetim modelinin pratikte karşılaşılabileceği riskler de literatürde genişçe tartışılmaktadır. En temel risk, örgütsel ikiliğin algılanmasıdır. Personelin ve paydaşların iki eşit yetki merkezi arasında sıkışıp kalması, kafa karışıklığı yaratabilir ve örgütsel bütünlük algısını zayıflatır (Mintzberg, 1979: 360). Bu riskle ilgili rol belirsizliği, klinik ve idari sorumluluklar yeterince tanımlanmadığında ortaya çıkar ve performans kayıplarına yol açar. İkinci önemli risk, yetki çatışmasıdır. İki lider arasında kritik kararlar konusunda yaşanan anlaşmazlıklar, karar alma süreçlerini engelleyebilir ve örgütsel hızı önemli ölçüde azaltabilir. Bu risk, özellikle güven temelini zayıf olduğu ortamlarda belirgindir. Bouras vd. (2022: 11), hekimler ve yöneticiler arasındaki uzlaşma stratejilerinin bazen kırılabilir olduğunu ve küçük bir güven krizinin bile modelin işlevselliğini yok edebileceğini vurgulamaktadır. Üçüncü sınırlama ise sistemik bağlamdır. Türkiye gibi ülkelerde, kamu hastanelerindeki yasal çerçeve ve hiyerarşik yapılar, ikili liderlik modelinin tam olarak uygulanmasına yapısal engeller oluşturabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 72). Bagheri vd. (2024: 9), gelişmekte olan ülkelerdeki hastane yönetim yapılarının çoğunlukla merkezi olarak kontrol edildiğini ve bu yapının ikili liderlik kavramıyla bağdaşmadığını belirtmektedir.

4.3. Başarı Koşulları

Literatür bulguları, ikili liderlik modelinin başarılı bir şekilde uygulanması için birkaç temel koşulun karşılanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Birinci koşul, açık ve yazılı rol tanımlarıdır. Hangi liderin hangi kararı vereceğine dair kuralların kurumsal belgeler aracılığıyla belirlenmesi, yetki çatışmalarını ve belirsizliği önlemenin en etkili yoludur (Savage ve Scott, 1992: 178). İkinci koşul, karşılıklı güvene dayalı ilişkisel bir temeldir. Model, yalnızca yapısal değil, aynı zamanda kültürel bir dönüşüm gerektirir ve güvensizliğin hakim olduğu ortamlarda işlevsiz kalır (Llewellyn, 2001: 615). Üçüncü koşul, hibrit liderlik eğitim programlarıdır. Klinisyenlerin yönetsel yetkinliklerini geliştirmeyi amaçlayan eğitim ve mentorluk süreçleri, modelin sürdürülebilirliğinde çok önemli bir rol oynar (Nazish, 2023: 12; Ivovici vd., 2025: 300). Dördüncü koşul, kurumsal iletişim mekanizmalarıdır. Şeffaf raporlama sistemleri, düzenli ortak toplantılar ve bilgilerin karşılıklı incelenmesi, iki lider arasında koordinasyonu sağlar (Şahin, 2018: 14).

5. TARTIŞMA

İkili yönetim modeli, modern sağlık sistemlerinin artan karmaşıklığına ve çok yönlü baskılarına yapısal bir yanıt sunmaktadır. Literatür bulguları, modelin yalnızca klinik veya tamamen idari bir bakış açısıyla ele alınamayacağını, aksine her ikisinin entegrasyonu anlam kazandığını göstermektedir. Bu bütünlük bakış açısı, Tengilimoğlu vd.'nin (2015) sağlık yönetimi anlayışı ve Şahin'in (2018) klinik yönetim çerçevesiyle uyumludur. Türkiye bağlamında, 2003'ten sonra uygulanan sağlık hizmetleri dönüşüm süreci idari yönetim kapasitesini güçlendirmiştir; ancak klinik liderlik boyutu yeterince kurumsallaştırılmamıştır. Bu yapısal boşluk, ikili yönetim modelinin Türk sağlık sistemi için hem gerekli hem de pratik bir çözüm sunabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, modelin yasal çerçeve, kurumsal kültür ve insan kaynakları altyapısıyla uyumlu hale getirilmesi gerektiği göz ardı edilmemelidir. Uluslararası bir perspektiften bakıldığında, Goodall (2011; 2020), Bouras vd. ve Li vd.'nin (2022) ve Li vd.'nin bulguları bu konuda önemli katkılar sağlamaktadır. (2024) klinik ve idari süreçlerin entegrasyonunun hem kalite hem de verimlilik göstergelerini iyileştirdiğini güçlü bir şekilde öne sürmektedir. Bu bulguların Türkiye gibi orta gelirli ülkeler bağlamına aktarılması için dikkatli bir uyarılma sürecine ihtiyaç vardır, zira yasal çerçeve, kültürel normlar ve mevcut yönetim gelenekleri önemli ölçüde farklılık göstermektedir.

6. SONUÇ

Bu çalışma, sağlık yönetimi perspektifinden sağlık kurumlarındaki ikili yönetim yaklaşımını kapsamlı bir şekilde incelemektedir; modelin kavramsal temellerini, uygulama bileşenlerini, avantajlarını, risklerini ve başarı koşullarını klinik yönetim çerçevesinde analiz etmektedir. Bulgular, ikili yönetim modelinin klinik karar verme ve yönetsel planlama mekanizmaları arasında uyum sağladığını, hekim-yönetici çatışmalarını azalttığını ve hizmet kalitesi ile kurumsal performans üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Modelin başarılı bir şekilde işleyebilmesi için net rol tanımları, karşılıklı güvene dayalı bir liderlik kültürü, hibrit yönetim eğitim programları ve etkili kurumsal iletişim mekanizmaları şarttır. Rol belirsizliği, yetki çatışmaları ve yapısal ikiliğin algılanması model için kritik engellerdir. İkili yönetim modelinin Türk sağlık sistemindeki uygulanabilirliğini artırmak için yasal çerçevenin güncellenmesi, sağlık yönetimi eğitim programlarına klinik liderlik bileşenlerinin eklenmesi ve hekim-yönetici eğitim programlarına kurumsal yatırımın artırılması önerilmektedir. Gelecekteki

araştırmalar açısından, Türkiye'deki kamu ve özel hastanelerde ikili yönetim uygulamalarının uzunlamasına çalışmalarla incelenmesi, modelin farklı bağlamlardaki etkinliğinin niceliksel olarak test edilmesi ve Türkiye'ye özgü hibrit bir yönetici profilinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın, sağlık yönetimi literatürüne bütüncül bir bakış açısı sağlaması ve pratik uygulamaya yönelik politika önerileri için zemin hazırlaması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

- Bagheri, M., Gorji, H. A., Hatam, N., ve Khammarnia, M. (2024). Hospital governance accountability structure: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- Bouras, D., Bärnighausen, T., ve Barnighausen, K. (2022). Dual agency in hospitals: What strategies do managers and physicians apply to reconcile dilemmas between clinical and economic considerations? *International Journal of Health Policy and Management*, 11(9), 1-12. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6868>
- Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine*, 73(4), 535-539. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025>
- Goodall, A. H. (2020). Physician-leaders and hospital performance revisited. *Social Science & Medicine*, 249, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112848>
- Ivcovici, A., Bamber, G., Bartram, T., Stanton, P., Borg, J., ve Pariona-Cabrera, P. (2025). The regulation and reconciliation of hybrid professional-managerial identities in a public hospital: the case of Lean management. *Journal of Health Organization and Management*, 39(9), 284-304. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2024-0058>
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2010). Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi.
- Li, X., Williams, D. Jr., Lawrence, J., ve Park, J. M. (2024). Physician-hospital integration and hospital efficiency investigation. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 8, 8. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-24-10>
- Llewellyn, S. (2001). 'Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593-623. <https://doi.org/10.1177/0170840601224001>
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice Hall.
- Nazish, A. (2023). Dual role of clinician managers in healthcare - challenges and opportunities. *Journal of Clinical Medicine and Experimental Images*, 7, 007-013. <https://doi.org/10.46439/JCMEI.7.29>
- Savage, G. T., ve Scott, S. G. (1992). Dual leadership in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 37(2), 175-190.
- Şahin, İ. (2018). Sağlık hizmetlerinde klinik yönetişim: Kavramsal bir çerçeve. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 1-18.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Sahin, B., Aydın, S., Maresso, A., ve Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1-186.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık.