

Sağlık yönetimi terimleri

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Kavramlar ve terimler, mesleki ve bilimsel konularda doğru bilgi aktarımının sağlanması ve iyi iletişimin kurulabilmesi için önemli araçlardır. Yeniliklerin ve gelişmelerin ortaya çıkması, sağlıklı tartışma zeminlerinin oluşturulmasına bağlıdır. Sağlıklı tartışma zeminleri ise kullanılan dil, terminoloji ve kavramlarda birlik sağlanması ile mümkündür. Bu amaçla, ülkemizde geçmiş diğer sağlık bilimlerine kıyasla daha yeni sayılabilecek sağlık yönetimi konusunda sık kullanılan bazı terim ve sözcüklerin taşıdığı anlamlar, ulusal ve uluslararası kullanım amaçları, sözlük tanımları, konuya ilişkin kaynaklar ışığında gözden geçirilerek aşağıda kullanım birlikteliğine göre sıralanarak özetlenmiştir. Sosyal bilimler alanında, doğa bilimlerinde olduğu gibi mutlak doğruların olmaması ve özellikle kavramların tartışmaya açık olması nedeniyle bu tanımların da tartışmaya açık olduğu ortadadır. Bu nedenle okuyuculardan gelecek görüş ve katkıların değerli olacağı ve arzu edildiği bilinmelidir.

Temel sağlık hizmetleri: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlanan temel sağlık hizmetleri; bir ülkede vatandaşların tamamına, yaygın biçimde ve yaşadıkları yerin yakınında, sektörler arası iş birliği ve vatandaşın katılımı ile sunulması gereken, ülke koşullarına göre değişebilmekle birlikte en azı belirlenmiş olan bir hizmet paketini ifade eder (1). Bu hizmet paketinin ülke koşullarına göre farklılık göstermesi normal olsa da en azından birinci basamak tedavi edici hizmetler ile kişiye yönelik koruyucu hizmetleri kapsaması beklenir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Bir ülkedeki sağlık sisteminde hastalıkların tanı ve tedavisi için ilk başvuru yeri olarak örgütlenmiş olan muayenehane, sağlık ocağı, aile sağlığı birimi gibi genellikle ayakta tanı-tedavi hizmetlerinin verildiği birimleri ifade eder.

İkinci basamak sağlık hizmetleri: Yatarak tanı ve tedavi hizmetinin sunulduğu sağlık kuruluşlarında verilen hizmetleri ifade eder. Bu tür hizmetler genellikle uzman hekimlerin denetiminde sunulan hizmetlerdir. Ülkemizdeki devlet hastaneleri, özel hastaneler bu tür hizmetleri sunan başlıca kurumlardır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Akademik uzmanlık gerektiren tanı ve tedavi hizmetleri demektir. Ülkemizdeki üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastaneleri bu tür hizmetlerin verildiği kurum örnekleridir.

Sevk zinciri: Tedavi edici hizmetlerin sunumu sırasında her bireyin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma zorunluluğu olması, buradaki muayene sonucuna göre gerek görülenlerin tanı veya tedavi için ikinci basamağa gönderilmesi, ikinci basamakta uygun görülenlerin de tanı veya tedavi için üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmalarının sağlanması şeklinde işleyen bir zincirdir. Kaynakların etkili ve verimli şekilde kullanılması açısından önem taşıyan ve yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir.

Sağlık okuryazarlığı: Bireylerin, kendilerinin, ailelerinin ve toplumun sağlığını geliştirmek ve iyi bir biçimde sürdürebil-

mek için gerekli olan bilgilere ulaşabilme, anlayabilme ve kullanabilme yeteneklerini ifade eder (2, 3). Tanımından da anlaşılacağı gibi sadece tıbbi metinleri, broşürleri, ilaç prospektüslerini ya da yiyecek etiketlerinde yazanları okuyup anlamaktan çok öte bir kavramdır.

Sağlık politikası: Sağlıkla ilgili konularda, amaçların, hedeflerin, önceliklerin saptanması ve bunlara başarılı şekilde ulaşılması için yapılması gerekenler konusunda varılan uzlaşma veya anlaşmadır (4). Siyaset anlamındaki politika sözcüğü ile karıştırılmaması gerekir.

Sağlık hizmet sistemi: Bir ülkede ya da bölgedeki sağlık sektörüne verilen isimdir. Bu sistem içerisinde sağlık hizmeti sunumunda rolü olan hastaneler, muayenehaneler, hizmet sunucuları, sağlık teknolojisi ve ilaç endüstrisi gibi her türlü kurum ve kuruluş yer alır (5). Daha kısa bir deyişle, sağlıkla ilgili "sunum" cephesine verilen isimdir.

Sağlık sistemi: Bireylerin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan tüm paydaşları, kurum, kuruluş ve sektörleri ifade eder (5). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ek olarak, eğitim, tarım ürünleri, gıda endüstrisi, çevresel riskler, sağlık okuryazarlığı gibi sağlık hizmetinin "talep" cephesini etkileyen, ilgilendiren konular da sağlık sisteminin içinde yer alır.

Hakkaniyet: Kısaca "adil olma" anlamına gelen hakkaniyet Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, "hak ve adalete uygunluk, doğruluk" olarak tanımlanmaktadır. Hakkaniyet, eşitlikten farklı bir kavramdır. Eşitlik "aynı" olmayı gerektirirken hak-



kaniyet “adil” olmayı gerektirir. Örneğin eşitlik gözetilerek herkese aynı miktarda ve türde sağlık hizmeti verilmesi adil olmayabilir. Eşitliği sağlamak için kaynak ya da hizmet dağılımına matematiksel yaklaşmak gerekirken, adaleti sağlamak için etik gerekçelerin ön planda olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde yatay ve dikey hakkaniyet ayrımı önemlidir. Benzer sorunları olanlara benzer sağlık hizmeti verilmesi yatay, farklı sorunları olanlara farklı hizmet verilmesi ise dikey hakkaniyet anlamına gelir. Başka bir deyişle, eldeki kaynakların ihtiyaçları aynı olan kişilere eşit şekilde kullanılması yatay hakkaniyet, ihtiyaçları farklı olanlara farklı kaynakların kullanılması ise dikey hakkaniyet anlamına gelir (6). Örneğin bir bölgedeki tüm insanları kapsayacak şekilde sağlık hizmeti örgütlenmesi ve sunulması, herkesin ihtiyacını karşılamayı amaçladığından yatay hakkaniyeti sağlamış olur. Oysa yoksulların sorunlarını ön planda tutan ve kaynakların onların ihtiyaçlarına yönelik kullanılmasını hedefleyen bir sağlık sistemi, yoksul olmayanları dikkate almadığından ya da daha az dikkate aldığından dikey hakkaniyeti sağlayacaktır. Dikey hakkaniyetin gerçekleşmesi için kaynakların herkese eşit dağıtılmaması nedeniyle ciddi politik ve toplumsal engellerle karşılaşılması söz konusudur. Bir durumun, örneğin kaynakların dağılımının hakkaniyetsiz

sayılabilmesi için şu özelliklerin bulunması gerekir: Dağılım farklılığının önlenilebilir, kaçınılabılır olması; özgür tercihler sonucu ortaya çıkmamış olması; sorumlu bir aracı (ajan) ile bağlantısının olmasıdır.

Cevap verebilirlik: Cevap verebilirlik, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar konusuna sağlık hizmet sisteminin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, tersine, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunu bir göstergesidir. Herhangi bir sorunu nedeniyle sağlık hizmet sistemine başvuran bir bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerinin iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu; diğeri ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel kanıtlar açısından en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin “iyi olma” durumu için gerekli ancak her zaman yeterli değildir. Hizmeti sunan kişilerin hizmeti alanla kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önemlidir. İşte bu özelliklere “cevap verebilirlik” denmektedir (7). Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin; etkinlik, verimlilik, kalite, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekir. Sağlık sistemlerinin cevap verebilirliği en basit

Eşitlik “aynı” olmayı gerektirirken hakkaniyet “adil” olmayı gerektirir. Örneğin eşitlik gözetilerek herkese aynı miktarda ve türde sağlık hizmeti verilmesi adil olmayabilir. Eşitliği sağlamak için kaynak ya da hizmet dağılımına matematiksel yaklaşmak gerekirken, adaleti sağlamak için etik gerekçelerin ön planda olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde yatay ve dikey hakkaniyet ayrımı önemlidir.

şekilde kişinin birey olarak gördüğü saygı ve yakın çevresinin, ailesinin hizmet sunulan yere ilişkin değerlendirmeleri ile ölçülebilmektedir (8). Kişinin birey olarak gördüğü saygı denilince insanlık onuruna duyulan saygı, ilişkilerin mahremiyetine gösterilen saygı ve bireyin verilecek kararlar konusundaki özerkliğine gösterilen saygı anlaşılmalıdır. Hiç kimsenin sağlık sorunları nedeniyle küçümsenmemesi, aşağılanmaması, dışlanmaması, kişisel bilgilerinin gizliliğinin ihlal edilmemesi, yapılacak tedaviler, işlemler konusunda görüşünün alınması, söz hakkına saygı duyulması her sistemin temel özellikleri arasında yer almalıdır. Öte yandan hizmete ihtiyacı olan bireylerin bu hizmetlere en kısa sürede ulaşabilmeleri, istedikleri hizmet sunucusunu seçebilmeleri, hizmeti alırken aile-arkadaş gibi sosyal çevreleri ile olan ilişkilerini aynı kalitede sürdürebilmeleri, hizmet aldıkları mekânlardaki temizlik, havalandırma, insani ihtiyaçların karşılanması gibi ortam özelliklerinin yeterliliğinin sağlanmış olması da gerekmektedir (9).

Evrensel kapsayıcılık: Sunulan sağlık hizmetlerinin toplum içindeki tüm grupları, sosyal sınıfları, sağlıklı olsun ya da olmasın tüm bireyleri, her türlü gelir düzeyindeki insanları kapsayacak şekilde sunuluyor olması, hiç kimsenin hizmetlerden dışlanmaması anlamına gelir.

Hizmetlere erişim: Sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmada söz konusu olabilecek çeşitli engellerin ne ölçüde kaldırıldığını ifade eder. Bu engeller, sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara olan uzaklıktan kaynaklanan coğrafi engeller olabileceği gibi hizmetlerin bedelini ödeme gücünün veya sağlık güvencesinin olmaması şeklinde ekonomik engeller; sağlık okur-yazarlığı, dil ve eğitim düzeyi düşüklüğünden kaynaklanan eğitsel engeller; sunulan hizmetlerin yarar algısı açısından anlamlı görülmemesi; farklı inanç ve beklentiler nedeniyle benimsenmemesi şeklinde ortaya çıkan sosyokültürel engeller de olabilir. Erişimin sadece coğrafi ve ekonomik erişim anlamında ele alınmaması önemlidir.

Kâhyalık/vekil harçlık/gözetmenlik: En kısa tanımla, kaynakların başkaları adına yönetilmesi anlamına gelen bu kavram, ulusal sağlık politikalarının başarıya ulaşması için hükümetlerin üstlendiği ve sorumlu olduğu çeşitli işlevlerin genel adıdır. Toplumsal iyilik halinin gerçekleştirilmesi amacıyla eldeki kaynakların sağlık bakanlıkları kanalıyla dikkatli ve sorumlu bir şekilde yönetilmesidir. Bu yapılırken hizmetlerin hükümet tarafından finanse edilmesi veya sunulması değil bunları yapacak olan kamu, özel ve gönüllü sektör kaynaklarının yönlendirilmesi ve yönetilmesi demektir. Başka bir deyişle,

hükümetlerin eldeki tüm kaynakları toplum adına ve onların sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla kullanılmasını yönetmesi, bunu yaparken de hakkaniyet, kapsayıcılık, kalite, erişim ve hasta hakları gibi konulara özen gösterilmesini sağlamasıdır (10). Bu kavram, çoğu zaman yönetim kavramı ile benzer amaçla kullanılmakla birlikte başlıca farkı, burada toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve iyilik halinin gerçekleştirilmesi konusundaki temel sorumluluğun devlete verilmiş olması ve sistemin bütününe devlet tarafından yönlendirilecek olmasıdır (11).

Sağlık savunuculuğu: Hasta haklarının korunup geliştirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için kapasite oluşturulması, kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine ulaşılabilmesi için politikalar belirlenmesi doğrultusunda yürütülen çalışmalara verilen ad. Özellikle 1970'li yıllardan sonra yaygınlaşan bir toplumsal akım şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu amaçla, özel olarak kurulmuş sivil toplum örgütleri, aracı kuruluşlar, hukuk ve danışmanlık büroları, toplum gönüllüleri olabileceği gibi, günümüzde tüm sağlık meslekleri ile sağlık yöneticilerinin de savunuculuk fonksiyonu olmak zorundadır.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, arzu edilen sonuçların, geçerli mesleki bilgi ile uyumlu şekilde ve uygun bir maliyetle elde edilmesi demektir.

Kalite güvencesi: Çok kısa olarak, hizmet sunumu sırasında "hatasız çalışılması" şeklinde tanımlanır. Standartları belirlenmiş olan bir hizmetin sunumu sırasında gerçekleşen performansın, standartlarla ve beklenen performansla ne derece örtüştüğünün bir ifadesidir. Beklenen performansla, gerçekleşen, ölçülen performans arasında fark olması halinde bunun nedenlerinin saptanarak ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir.

Kalitenin iyileştirilmesi: Kalite güvencesinde kullanılan yöntemlere başvurularak, yani ölçülen performans ile beklenen performans arasındaki farkın nedenleri ortadan kaldırılarak, hizmet kalitesinin sürekli olarak iyileştirilmesi, geliştirilmesi anlamına gelir. Bu faaliyetlerin güncellenen amaçlar doğrultusunda yenilenen, tekrarlayan, sonu olmayan faaliyetler olması nedeniyle bu kavrama "kalitenin sürekli iyileştirilmesi" (CQI) ya da "performans iyileştirilmesi" de denilmektedir.

Toplam kalite yönetimi: Hizmet veya ürün alan ve sunanların beklentilerinin gerçekleştirilmesini esas alan, çalışanların bilgilendirilmesi, yetkilendirilmesi ve ekip çalışması ile tüm süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesini hedefleyen bir yönetim anlayışıdır.

Pareto analizi: Pareto analizi, sorunun

ortaya çıkışında "hayati önem" taşıyan etkenlerin belirlenmesi için kullanılan bir yöntemdir. İtalyan-İsviçreli ekonomist Vilfredo Pareto, sorunların çoğunluğunun, örneğin yüzde 80'inin aslında "hayati azınlık" adını verdiği yüzde 20'lik bir neden grubu yüzünden ortaya çıktığını savunmuş ve tüm nedenlere eğilerek zaman kaybetmek yerine bu nedenler üzerinde yoğunlaşmanın önemine değinmiştir. Daha sonra Juran bunu kalite yönetimi sırasında kullanmış ve yöntem Pareto analizleri olarak anılmaya başlanmıştır.

Planlama: Planlama, bir işe yön vermek için amaçlar saptamak ve bu amaçlara ulaşmak için gereken faaliyetleri tasarlayarak uygulamaya koymak demektir.

Stratejik plan: Bir kuruluşun, örgütün amaçlarına ulaşmak için gerekli olan eylemlerin üç, beş yıl boyunca nasıl yapılması gerektiğini ayrıntılı biçimde gösteren ve genellikle üst düzey yöneticilerin sorumluluğunda olan eylem planıdır.

Strateji: Bir kuruluşun amacına ulaşmak için izlemesi gereken yol ve yöntemler anlamına gelir.

Stratejik yönetim: Stratejik düşünce ve stratejik plan kavramlarını da kapsayan bir yönetim anlayışıdır.

Operasyonel plan: Bir kuruluşun, örgütün stratejik planındaki amaçlarına ulaşmak için kimlerin, hangi birimlerin, nasıl katkı sağlayacağını ayrıntılarını gösteren plana verilen isimdir.

Taktik plan: Stratejik plandaki hedeflere ulaşmak için gerekli olan kısa vadeli veya anlık faaliyetlerin planıdır.

SWOT (GZFT) analizi: Bir kurum, kuruluş ya da örgütün iç ortamına ilişkin güçlü, zayıf yönleri ile dış ortamda karşı karşıya olduğu fırsatlar ve tehditlerin ayrıntılı biçimde incelenmesine, durum değerlendirilmesine dayanan bir analiz yöntemidir. Stratejik planlamanın önemli bir parçasıdır. SWOT, İngilizce "güçler", "zayıflıklar", "fırsatlar", "tehditler" sözcüklerinin baş harfleridir. (Türkçesi: GZFT)

Vizyon: Bir kuruluşun, örgütün faaliyet gösterdiği sektörde uzun vadede olmak istediği durumunun özet bir ifadesidir.

Misyon: Bir kuruluşun, örgütün neler yapmak istediğini, nasıl olmak istediğinin ifadesidir.

Paydaş: Herhangi bir faaliyetin yürütülmesinden ve sonuçlarından olumlu ya da olumsuz, dolaylı ya da doğrudan etkilenmesi söz konusu olan tüm taraflar anlamına gelir.

Paydaş analizi: Stratejik planlama veya politika analizi süreçlerinde, paydaşların ilgilerine, güçlerine ve olası katkı düzeylerine göre sınıflanarak değerlendirilmesi şeklinde yapılan bir analiz yöntemidir.

İhtiyaç: İhtiyaç en kısa tanımla "yararlanma kapasitesi" demektir (12). Günlük konuşma dilindeki anlamından farklı olarak, sağlık veya sağlık hizmetleri konusunda karşılanması gereken herhangi bir eksiklik ya da yetersizlik yerine, yararlanma kapasitesi olarak tanımlanması daha doğru olmaktadır. Eksikliği, yetersizliği olan bir sağlık hizmeti konusunda eğer etkin bir müdahale yapılamıyorsa, kullanılabilir kaynak bulunamayacak ise ya da sorunun özelliği nedeniyle yarar sağlanması söz konusu değilse, o zaman bunu ihtiyaç kategorisinde değerlendirmek gerekir. Tanımındaki bu özellik nedeniyle "ihtiyaç" kavramı, genellikle birlikte anıldığı "talep" kavramı ile karıştırmamalıdır (13). Örneğin estetik amaçlı dudak kalınlaştırma, burun düzeltme gibi bazı uygulamalar talep edildiği halde ihtiyaç olmayabilir. Öte yandan yenidoğan sorunları, Alzheimer hastalarının durumu, komadaki hastaların sorunları gibi talep edilemeyen ihtiyaçların bulunması da söz konusudur.

İhtiyaç analizi: Sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesinin değerlendirilmesi ya da bir toplumdaki sağlık sorunlarına ilişkin ihtiyaçların, insidans, prevalans ve diğer epidemiyolojik ölçütlerden de yararlanılarak tahmin edilmesi ve var olan hizmetlere ek olarak gerekecek olan müdahalelerin maliyet etkinliklerinin de dikkate alınacak şekilde belirlenmesi anlamına gelir (14).

Hastalık yükü: Herhangi bir hastalık ya da sağlık sorununun topluma getirdiği maliyet, neden olduğu yüküdür. Sanıldığı gibi tersine parasal bir değer olmayıp o sorunun topluma getirdiği ortalama yükün "engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları-DALY" cinsinden ölçülerek ifade edilir. İlk kez 1990 yılında geliştirilen bu kavram o zamandan beri kullanılmakta ve belirli aralıklarla küresel düzeyde ölçümler yapılmaktadır.

Yönetim: Yönetim, saptanan amaçların insanlarla birlikte ve onlar sayesinde gerçekleşmesi için gereken örgütsel bir süreçtir.

Kanıt dayalı yönetim: Elde edilebilen en doğru araştırma kanıtlarının, karar vericilerin uzmanlıkları ve hizmet alanların tercihleri ile bir araya getirilerek arzu edilen sonuçların elde edilebilmesi için kullanılması ilkelerine dayanan yönetim anlayışıdır.

Sağlık yönetimi: Sağlık yönetimi, bireyler ve toplumlara, her türlü sağlık hizmetlerinin sunulması ve daha iyi bir ortamda

yaşamalarının sağlanması için yapılacak işleri, kullanılacak kaynakları, ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir.

Yerinden yönetim (desantralizasyon): Planlama, yönetme ve karar verme gibi konularda merkeze ait yetki ve gücün periferiye yani hiyerarşik açıdan daha alt kesimlere aktarılması demektir (15). Dört farklı şekilde olabilir: Dekonsantrasyon, devolusyon, delegasyon ve özelleştirme (16, 17).

- Dekonsantrasyon: Yönetimsel desantralizasyon anlamına gelir, karar verme yetkisinin daha alt yönetim kademelerine devri şeklinde tanımlanır. Örnek: İl Sağlık Müdürlükleri.

- Devolusyon: Politik desantralizasyon anlamına gelir ve karar verme yetkisinin daha alt politik kademelere devri şeklinde tanımlanır. Örnek: Karayolları Bölge Müdürlükleri.

- Delegasyon: Örgütsel desantralizasyon anlamına gelir ve her türlü görevin daha alt seviyedeki örgütlere devri şeklinde tanımlanır. Örnek: Üniversite hastaneleri.

- Özelleştirme: Kamu kuruluşlarının yapması gereken her türlü görevin özel sektöre devri anlamına gelmektedir.

Örgütlenme: Örgütlenme, yetki, sorumluluk ve raporlama ilişkilerinin kurulması ve bunun için gerekli yapılanmanın oluşturulması demektir.

Liderlik: Liderlik, davranışları etkileyebilme yeteneğidir. Liderler, konularından bağımsız olarak sözlerine değer verilen ve peşinden gidilen kişilerdir.

Motivasyon: Motivasyon, ihtiyaç duyulan doyum sağlamaya yönelik bir içgüdüdür. Davranışın uyarıcısıdır.

Yönetişim: Birleşmiş Milletler (BM) onaylı olarak faaliyet gösteren Küresel Yönetişim Komisyonunun tanımına göre yönetişim; özel ya da kamusal, bireylerin ve kurumların ortak işlerini yönetmek için gerekli olan yolların tümüne verilen isimdir (18). Bu anlamda, birbirinden farklı, hatta çatışan ilgi alanlarının ortak bir zeminde buluşturulmasını amaçlayan ve bitmeyen bir süreçtir. Gerekli uyumun sağlanması için resmi kurum ve kuruluşların zorlayıcı kararlar almasının yanı sıra gayri resmi kuruluş ve bireylerin gönüllü katılımlarını, ilgilerini artırıcı düzenlemeleri gerektirmektedir. Daha kısa bir deyişle "birlikte, etkileşim içerisinde yönetmek" demektir ve bir organizasyondaki yetkilendirme, liderlik, gözetim, yönlendirme, denetim ve hesap verebilirlik işlevlerinin nasıl sağlandığını belirtmektedir.

"İhtiyaç" kavramı, genellikle birlikte anıldığı "talep" kavramı ile karıştırmamalıdır. Örneğin estetik amaçlı dudak kalınlaştırma, burun düzeltme gibi bazı uygulamalar, talep edildiği halde ihtiyaç olmayabilir. Öte yandan, yenidoğan sorunları, Alzheimer hastalarının durumu, komadaki hastaların sorunları gibi talep edilemeyen ihtiyaçlar da söz konusudur.

Sağlık için yönetişim: Hükümetlerin veya sağlıkla ilgili diğer oyuncuların, toplumları, ülkeleri veya ülke gruplarını, iyilik halinin önkoşulu olan sağlık konusunda, toplumsal ve devlet düzeyinde yönlendirme çabalarıdır (19). Bu tanım doğrultusunda sağlık ve iyilik hali sadece sağlık sektörünün değil tüm sektörlerin, resmi ve özel kesimlerin, tüm vatandaşların ortak ilgi alanı olmak durumundadır. Sağlık sektörü ve hükümet dışı kurum ve kuruluşların sinerji oluşturacak politikalarla bir araya gelmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

Klinik yönetişim: Sağlık hizmeti sunan kuruluşların ve mesleklerin, mükemmel ve güvenli hizmet sunumu konusunda standartları yüksek bir ortam oluşturması ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliğini ifade etmektedir (20, 21). İlk olarak İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından gündeme getirilen klinik yönetişim uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle sağlık hizmet sunucuları tarafından hatalı, gereksiz veya yetersiz hizmet sunulması sonucu ortaya çıkan hasta ölümlerinin ve sorunlarının tahminlerin çok ötesinde olduğunun anlaşılması, hasta güvenliğini ve hizmet kalitesini artırıcı önlemlerin gözden geçirilmesine neden olmuştur. Buna ek olarak hasta beklentilerindeki değişimler, teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin maliyet ve harcamalarındaki artışlar gibi bir dizi neden, başta hekimlik olmak üzere sağlık mesleklerinin ve tıbbi uygulamaların niteliğini sorgulanır hale getirmiş, hesap verebilirliklerini değiştirmeye başlamıştır.

Üretim verimliliği, sağlıkla ilgili en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun şekilde kullanılması yani belirli bir girdi maliyeti için en iyi çıktının elde edilmesi demektir. Bunu, aşağı yukarı aynı anlamda kullanılan teknik verimlilik ile karıştırmamak gerekir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması yani “aynı sonucun daha az girdi ile elde edilmesi” anlamına gelir.

Küreselleşme: Sermayenin, malların, bilginin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır olmaksızın dolaşması, yayılması anlamına gelmektedir (22). Başka bir tanıma göre ise zaman, mekân ve düşünce açısından var olan sınırların kalkması ile günlük hayatın her alanında insan ilişkisi ve etkileşimlerinin yoğunlaşması sürecidir (23).

Küresel yönetim: Sınırlar ötesindeki ilişkilerin egemen bir güce, bir iktidara bağlı olmadan yönetilmesi olarak tanımlanmaktadır (24). Bu kavramın “küresel hükümet” ile karıştırılmaması özellikle önem taşımaktadır. Küresel hükümet, her türlü küresel düzenleme ve faaliyetin bir otorite tarafından yapılmasını, yaptırımların bulunmasını ve denetim için, örneğin, polis örgütü gibi zorlayıcı veya caydırıcı unsurların bulunmasını gerektirmekte iken, küresel yönetim, paylaşılan ve üzerinde anlaşılacak ortak amaçlar doğrultusunda sürdürülen, kesinlikle polis gücü gibi zorlayıcı güce dayanmayan bir takım faaliyetlere verilen isimdir. Küresel yönetimin bir diğer özelliği “hükümet dışı kuruluşlar ile iş birliği” olarak öne çıkmaktadır.

Küresel sağlık yönetimi: Henüz üzerinde görüş birliği sağlanmış bir tanımı olmamakla birlikte “sağlıkla ilgili sorunlar

konusunda, uluslararası ve uluslar ötesi bağımlılığın gerektirdiği ortak düzenlemelerin yapılması için gereken tüm çabalar” anlamına gelmektedir (25).

Kamusal (mallar/hizmetler/iyilik): Dışlanmanın ve rekabetin söz konusu olmadığı, herkesin kullanımına veya tüketimine açık olandır.

Sağlık alanında özel sektör: Kâr-amaçlı özel sağlık kuruluşları ve özel girişimcilerin yanı sıra, yardım ve dayanışma amaçlı dernek ve vakıflar, üniversiteler tarafından kurulmuş olan “kâr amacı gütmeyen kuruluşları” da kapsayan bir kavramdır.

Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar: Birincil amacı kâr etmek olmayan ve genellikle sivil toplum örgütleri, vakıflar, yardım kuruluşları, üniversiteler tarafından kurulup işletilen kuruluşlardır.

Ahlaki tehlike: Sağlık hizmetini alanlar ile sunanlar arasındaki para alışverişinin üçüncü taraflara -devlet, sigorta- devredilmesi sonucu ortaya çıkan ve hizmeti alan kişinin, sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerini kullanma konusunda artan bir savurganlığı ile sağlığını koruma konusunda özensizliği şeklinde kendini gösteren sorun. Benzer bir sorun, hizmeti sunanların fazla gelir sağlamak amacıyla abartılı ve gereksiz hizmet sunumu şeklinde de ortaya çıkabilmektedir.

Bilgi asimetrisi: Sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasında hizmetin miktarı, kapsamı, önceliği, alternatifleri konusundaki bilgi farklılığıdır.

Sunucu tarafından uyarılan talep: Sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilendirme nedeniyle sunucuların, özellikle de hekimlerin aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesidir (26).

Sunum (arz) tarafından uyarılan talep: Bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan taleplerdir (27).

Yönetimli rekabet: Hizmet sunucuları ile sigortacıların, devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesi demektir (28). Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanırken diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunması anlamına gelir.

Sağlık diplomasisi: Türk Dil Kurumu tarafından uluslararası ilişkileri düzenleyen anlaşmalar bütünü olarak tanımlanan diplomasi kavramı; ülkeler arasındaki sorunların savaş yerine karşılıklı görüşmeler, değiş tokuşlar ve uzlaşmalar yoluyla daha

rahat çözülebileceği fikrinden hareketle ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sınır güvenliği, ticaret gibi konularda önem taşıyan diplomasi, zaman içerisinde bulaşıcı hastalık salgınları, çevre kirlenmesi gibi sorunların da güvenlik sorunu haline dönüşebilmesi nedeniyle sağlık konularında da gündeme gelmiştir. Hastalıkların ve hastalık etkenlerinin sınır tanımamaları, güvenlikçi yaklaşımlardan fazlaca etkilenmemeleri, bu alanın sadece devletlerin değil, özel kuruluşların, bireylerin ve sivil toplumun da faaliyeti alanı olması gibi nedenler sağlık alanındaki diplomasiyi önemini artırmıştır. Diplomasi sadece sorunların çözümü için görüşmeler yapmak, uzlaşma zeminleri ve iş birliği yolları aramaya çalışmaktan ibaret olmayıp bu uzlaşma ve iş birliğini sürekli kılmak için gerekli olan izleme, denetleme, gerekli durumlarda yasal düzenleme gibi bir dizi faaliyeti de kapsamaktadır.

Küresel sağlık diplomasisi: Sağlık için gerekli olan küresel politika ortamını şekillendirmek ve yönetmek amacıyla yönelik çok aşamalı görüşme süreçleri olarak tanımlanmaktadır (29). Küresel sağlık diplomasisi konusunda yetkin olmak şu bilgi ve becerileri gerektirmektedir (30):

- Diplomatik ilişkilerin anlamını, güvenlik, ticaret ve kalkınma konularının küresel sağlık sorunlarıyla bağlantısını bilmek
- “Küresel kamu malları” ve “küresel sağlık yönetimi” kavramlarını bilmek
- Küresel sağlık bileşenlerini ve dış ilişkiler ile ilgisini anlayabilmek
- Küresel sağlık konusunun insan hakları açısından etik ve moral temellerini kavramak ve farklı kültürlerle göre açıklayabilmek
- Küresel sağlık diplomasisinin çok uluslu ve çok yönlü yapısını anlayabilmek
- Görüşme süreçleri, iletişim teknikleri ve becerileri konusunda eğitilmiş olmak

Uluslararası hastalık sınıflandırması (ICD-10): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş, epidemiyolojik, klinik ve yönetsel amaçlarla kullanılan bir hastalık tanıları listesidir. Halen kullanılmakta olan sınıflama listesi Mayıs 1990'daki Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilerek 1994'de uygulamaya konulan 10. versiyon olduğu için ICD-10 olarak anılmaktadır. Daha önceki versiyon olan ICD-9'da 6.969 olan hastalık kodu sayısı ICD-10'da 14.199'a ulaşmıştır. Yeni revizyon olan ICD-11'in 2017 yılında tamamlanarak kullanılmaya başlaması planlanmıştır.

Tanı ilişkili gruplar (TİG-DRG): Farklı sağlık kuruluşlarında tedavi gören benzer vakalar için izlenen süreçlerin ve sonuçların ne ölçüde benzer ve karşılaştırılabilir olduğunu değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen her ölçüm

yöntemi. TIG'ler, Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Listesinde (ICD-10) yer alan tanıları, yapılan işlemleri, hastaların yaş ve cinsiyetini, komplikasyon veya komorbidite durumları ile yatma sürelerini dikkate alan bir gruplama yöntemi ile hazırlanmaktadır.

Açıklanması zor farklılıklar: Aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin verilmesi ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantıkla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesidir (31).

Sağlık sistemi performans değerlendirilmesi: Bir ülkedeki sağlık sistemi için belirlenmiş amaçların, öngörülen stratejiler doğrultusunda ne ölçüde gerçekleştiğinin izlenmesi, incelenmesi, tartışılması ve gözden geçirilmesi süreçleri için kullanılan bir kavramdır.

Verimlilik: Verimlilik, en kısa tanımla, "bir işin enerji ve zaman israfına yol açmadan iyi yapılması" ya da sağlık hizmetleri için "en kaliteli hizmetin en düşük maliyetle verilebilmesi" anlamına gelmektedir. Ekonomi bilimindeki anlamı biraz daha farklı olup, "eldeki kaynakların alternatif yollara kıyasla en fazla değeri üretecek şekilde kullanılması" demektir (32). Verimlilik konusu, üretim verimliliği, teknik verimlilik ve dağıtım verimliliği şeklinde farklı açılardan ele alınmakta ve özel yöntemlerle değerlendirilmektedir. Üretim verimliliği, sağlıkla ilgili en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun şekilde kullanılması yani belirli bir girdi maliyeti için en iyi çıktılardan elde edilmesi demektir. Bunu, aşağı yukarı aynı anlamda kullanılan teknik verimlilik ile karıştırmamak gerekir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması yani "aynı sonucun daha az girdi ile elde edilmesi" anlamına gelir. Üretim verimliliği buna ek olarak "birim maliyet" üzerinde durur. Dağıtım verimliliği (tahsis verimliliği/kaynak dağılımı verimliliği), en iyi sonuçların elde edilebilmesi için kaynakların en uygun biçimde dağıtılması anlamına gelir. Bu da, Pareto verimlilik ya da Pareto-olmayan verimlilik şeklinde ortaya çıkabilir. Pareto-verimlilik, aynı kaynaklarla bazı sonuçların iyileştirilmesi için diğer bazı sonuçların iyileştirilmesinden fedakarlık edilmesi gerektiği anlamına gelir. Pareto olmayan verimlilik, kaynakların farklı dağıtım sonucunda belirli kesimlerden elde edilen sonuçlarda iyileşme sağlanırken diğerlerinde kötüleşme olmaması demektir (32). Bir başka kavram olan Kaldor-Hicks verimliliği ise bir grup için iyileşme sağlanırken bu iyileşmenin, kötüleşme beklenen grubu telafi edebildiği durumlar için kullanılmaktadır (32). Klasik

pazar mantığına göre, üretim verimliliği ve dağıtım verimliliğinin pazar koşullarında kendiliğinden gerçekleşmesi beklenir. Bunun için en iyiyi en ucuza almak isteyen talep cephesindekilerin satın alacakları malın fiyatı ve alternatifleri konusunda bilgi sahibi olması; kazançlarını artırma amacıyla olan arz cephesindekilerin ise pazara giriş ve çıkışı engellenmeyen diğer sunucular ile rekabet içinde olması yeterlidir. Oysa sağlık sektöründe durum bundan çok farklıdır. Talep cephesindeki hastalar bilgi asimetrisi nedeniyle ne gerçek ihtiyaçları, ne alacakları hizmetin niteliği, ne de alternatifler konusunda yeterince bilgi sahibi değildir. Arz cephesinde ise bilgisi az olan tüketiciyi koruma amacıyla her sunucunun pazara rahatça girip çıkması engellenmiştir. Örneğin hekimlik, hemşirelik, eczacılık yapabilmek ve hastane açabilmek pek çok diploma, ruhsat ve izin gibi belge ve standartlara bağlanmıştır. Üstelik klasik pazar anlayışında sunucuların kârlarını artırma amacı bulunmakta iken sağlık alanında "kâr amacı gütmemek" önem taşımakta ve kâr amaçlı sunucuların pazara girişi engellenebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde verimlilik konusu, ölçümleri ve değerlendirmeleri özel teknikler gerektiren, karmaşık işlemlerdir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva:WHO
- 2) Nutbeam D. Health promotion Glossary. Health Promot. Int., 1998;13(4):349-364.
- 3) Sorensen K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012;12(80).
- 4) http://www.who.int/topics/health_policy/en/ (Erişim Tarihi: 02.03.2017)
- 5) Arah O, Westert G, Hurst J, Klazinga N. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care, 2006;18 (Suppl. 1): 5-13.
- 6) Culyer AJ. Equity-some theory and its policy implications. Journal of Medical Ethics 2001;27:275-283.
- 7) WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000.
- 8) Valentine NB, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Soc. Sci. Med. 2008;66 (9):1939e- 1950.
- 9) Gostin L, Hodge J G, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. Health and human rights working paper series No. 2, World Health Organization, Geneva, 2003.
- 10) <http://www.who.int/healthsystems/stewardship/en/> (Erişim Tarihi: 22.02.2017)
- 11) Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: Concepts and critical issues. WHO, Geneva, 2002.
- 12) Williams A. "Need" as a demand concept. In:

Culyer A (ed) Economic policies and social goals. Martin Robertson, London, 1974.

13) Wright J. Assessing health needs. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA (eds) Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. Oxford, 2001:38-46.

14) Williams R, Wright J. Health needs assessment: Epidemiological issues in health needs assessment. BMJ, 1998;316 (7141): 1379-82.

15) Conyers D. Decentralisation: The latest fashion in development administration. Public Administration and Development, 3, 1983, s.97-109.

16) Mills A, Vaughan PJ, Smith DL, Tabipzadeh I, (eds). Health system decentralization. Concepts, issues and country experience. WHO, Geneva, 1990.

17) Rondinelli DA. Government decentralization and economic development: the evolution of concepts and practices. Comparative Administration. 2006;15:433-445. doi:10.1016/S0732-1317(06)15018-6.

18) Commission on Global Governance. Our global neighbourhood. Oxford, Oxford University Press, 1995. (<http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighborhood/chap1.htm> (Erişim Tarihi: 03.03.2017))

19) Kickbush I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe, 2012.

20) Scally and L. J. Donaldson, Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England BMJ (4 July 1998): 61-65.

21) National Health Service (NHS). A First Class Service. Quality in the new NHS. London. UK , 1998.

22) Daulaire N. Globalization and health. Development, 1999;42(4): 22-24.

23) Lee K. Globalization and health: an introduction. 1st edition, Palgrave MacMillan: London, 2003.

24) Finklestein L. What is global governance? Glob Gov 1996;9(3):367-372.

25) Hein W, Kohlmorgen L. Global health governance. Conflicts on global social rights. Global Social Policy 2008;8(1):80-108.

26) Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supply Induced Demand for Medical Services. Productivity Commission, Melbourne, Australia, 2002.

27) Dartmouth Atlas Project Topic Briefing 2007. Supply Sensitive Care. www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/supply_sensitive.pdf. 2007. (Erişim Tarihi: 22.02.2017)

28) Alain C. Enthoven, The History and Principles of Managed Competition, Health Aff., Supp. 1993: 24-48.

29) Kickbush I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches, and skills in global health. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(3)-243-244.

30) Roskam E, Kickbush I, (eds.). Negotiating and navigating global health: Case studies in global health diplomacy. London: WorldScientific/Imperial College Press, 2011.

31) Wennberg JE. Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press. 2010: 4.

32) Gyrd-Hansen D. Efficiency in Health Care, concepts of. İçinde: Culyer AJ. (ed.)Eyclopedia of Health Economics. First edition, Elsevier, London 2014:267-271.