

Sağlıkta sistem liderliği*

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü olarak görev yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın Medipol Üniversitesi Rektörü olarak görev yapmaktadır.

Sistem liderliğinden ve özellikle sağlık sistemi liderliğine söz ederken, lider ve yönetici özellikleri, lider ve yöneticinin farkları gibi bildik konulara girmek istemiyorum. Hatta belki alıştığımız bazı kabullerin aksine ifadelerde bulunacağım; yöneticilik ve liderliğin bir arada olması gerektiğini savunacağım. Sağlık sistem liderliğinden söz ederken, liderliğin rolünü tanımlayabilmek için sağlık sistemine özet olarak biraz değinmek durumundayım. Ancak bunu dinamik bir sistem yapılanması şeklinde anlatmaya çalışacağım. Ardından sistemde liderlik ve yönetimin yerine işaret edip sağlık sistemindeki bütün girdilerin ürüne dönüştüğü sürecin odak noktası olan sağlık hizmeti anında, yani sağlık talebinin karşılanması noktasında liderliğin nasıl bir sorumluluk üstlendiğini anlatmaya çalışacağım. Dünya Sağlık Örgütü, her ülkenin sağlık sistemini kendisinin kurgulaması gerektiğini vurgular. Bu tavrın arka planında bilinen bir realite vardır. Belli teorileri farklı toplumlara uygulamaya çalıştığınızda aynı sonuçları vermediği görülmektedir. Aynı metodların toplumlar arasında aynı sonuçları vermemesine yol açan farklılıklar vardır. Bu farklılıklar o

toplumdaki sağlık sisteminin arka planını oluşturan dokuda yer alırlar. İnsanların tarihten getirdiği birikimlerini, davranış biçimlerini, inançlarını, sosyokültürel yapıyı ve daha birçok faktörü göz ardı ederek o topluma özgü bir sistemi kavrayamayız, sağlık sistemini tanımlayamayız ya da politika gereği olan kuralları topluma kabul ettiremeyiz. Toplumun ilkeleri ve değerleri de sistemin yapılanmasında bir o kadar öneme haizdir. Dayanışmacı ve hatta sosyal devlet yapısının olmadığı zamanlardaki açığı biraz da inancından kaynaklanan vakıf anlayışıyla kapatmaya çalışan bir toplumla, vergi vermeyenin devletten hizmet alma hakkının olmadığı anlayışındaki bir topluma benzer kuralları vadedemezsiniz. Bu açıdan metodumuza uygunluğu açısından toplumun genel değerlerini ve ilkelerini dikkate almak gerekir. Zira bütünüyle merkezden sahadaki en ücre köşeye kadar ana unsuru insan olan bir sistemden bahsediyoruz.

Şematik olarak düşünürsek, toplumu, arka planını, ilke ve değerlerini böyle bir yapının tabanına yerleştirdikten sonra sağlık sisteminin içine paydaşlarını yerleştirebiliriz. Hepimizin bildiği, altyapı, sağlık kuruluşları, teknolojik altyapı, insan kaynakları, finansman, vb. ve bütün bunların entegrasyonunu sağladığımız, kararlarımızda kanıt olarak kullanmaya çalıştığımız bilgi altyapısı, sağlık sisteminde ana girdileri olan

kaynakları oluşturmaktadır. Bütün bu girdilerden sonra ana süreci oluşturan bir hizmet üretilmektedir. Ancak sistemde esas bu noktada, çok fazla girdinin ve karmaşık hizmet yapısının koordinasyonunu sağlaması gereken bir liderlik ve yönetim gerekmektedir. Bu süreçten sonra sistemin çıktıları ve hedeflerine yüzümüzü dönebiliriz. Ne var ki, günlük hayatımızda ne altyapıyı yapanlar, ne insan kaynakları özelinde çalışanlar, ne bilgi sistemleri ve hatta finansman odakları sistemin bütününe bakarak en sondaki hedefleri yeterince gözetmemektedir. Genellikle hedefleri gözettiğimizi zannederiz; belki gayret de gösteririz. Ancak bu hedefleri çoğu zaman ihmal ettiğimiz bir vakıdır. Hâlbuki sistemin liderliğini yapacak ana unsur, her adımında hedeflere yönelip attığı adımın sistemin nihai hedefinin yararına olup olmadığına göre tavır almak durumundadır. İster kamu sektörü, ister özel sektör olsun, regülasyon yaparken, yeni bir açılım yaparken ya da kısıtlamalar getirirken sistemin nihai hedeflerine uygun davranıp davranmadığını gözetlemek durumunda; aksi takdirde liderlik değil o günü kurtaran yöneticilik yapmış olur. Liderlik vasfı burada ortaya çıkmaktadır.

Altyapı, insan kaynakları, bilgi sistemleri, finansman ve bununla beraber liderlik ve yönetimi, Dünya Sağlık Örgütü 2000 Sağlık Raporu'nda sağlık sisteminin

* SASDER Kongresi'nde yapılan konuşmanın değişiklerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.



ana yapı taşları diye tanımlamıştı (2). Dikkat ediniz; “ana yapı taşları” durağan, statik bir tanımlama. Yedi, sekiz yıl sonra Dünya Sağlık Örgütü özellikle Tallinn Konferansı’na geldiğimizde daha dinamik sağlık sistemi tanımlamaya başladı (3). Tallinn Konferansı’nda sağlık sisteminin güçlendirilmesi ana tema. Statik bir yapı değil, statik bir kurum gibi değil, sürekli gelişen, topluma göre kendini ayarlayan, çıktıları, hedefleri gözetleyip ona göre gerektiğinde öğrenen organizasyon olarak şekil değiştiren bir sağlık sisteminden söz ediyoruz. Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi gündeme gelince Dünya Sağlık Örgütü bu ana yapı taşlarını, “fonksiyon” olarak tanımlamaya başladı. Bu arada sistemin hedeflerinden söz ederken gözümüzü diktiğimiz ufuk çizgisinin yerine dikkat etmeliyiz. Alt-yapı, insan gücü, finansman gibi ana kaynakları sistemin girdisi kabul edip sunulan her türlü hizmetleri süreç olarak tanımlayabiliriz. Bu durumda bu süreç sonunda elde edilen ölçülebilir değerler sistemin çıktısını (output) oluşturmaktadır. Genellikle sağlık istatistikleri tablolarında bu çıktılar yer almaktadır. Çıktılar kolay anlaşılabilir, kolay karşılaştırılabilir rakamsal ifadeler olmakla birlikte ortaya konan birim eylemin sonuç göstergesi olmaktan öte gidemez. Sistem yöneticileri bu kısa vadeli çıktılara değil, toplumun bu çıktılardan elde ettiği kazanımlara, yani uzun vadeli çıktıya da daha doğru

bir ifadeyle akibete (outcome) bakmak durumundadır. Bu aşamada sağlık hizmetine erişilebilirlik, genel kapsayıcılık, hizmet kalitesi ve gerçek ihtiyaçların karşılanmasından söz edebiliriz. Sistem liderliğinin gözetmesini ısrarla vurgu yaptığımız sistemin hedefleri kabaca, toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesi, sosyal ve finansal koruyuculuk ile üzerine çok konuşulması gereken ve bugün de hala ölçmekte zorlandığımız sistemin cevap verebilirliği olarak özetlenmektedir (2, 4). Kendi faaliyet alanımızda bu sonuçları her zaman gözetmeye gayret etmek de yeterince gözetemediğimize işaret etmişim. Sağlık sisteminde önemli faaliyetler icra eden kişiler ve kurumlar olarak özeleştiriyi yapınca ne derece haklı olduğumu fark edebilirsiniz.

Dünya Sağlık Örgütü’nün önceden ana yapı taşları diye tanımladığı sistemin ana unsurlarını sonradan fonksiyon olarak tanımlamaya başladığından söz ettim. Şekil 2’deki şemaya dikkat ederseniz kaynaklar, finansman ve hizmet sunumuyla beraber liderlik bir fonksiyonlar bütünü olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın çok doğru olmadığını düşünüyorum. Liderlik diğer fonksiyonlar gibi bir fonksiyon değil sistemin fonksiyonlarını harekete geçiren, koordinasyon sağlayan, onları hedefe yönelten esas güçtür aslında. Bu fonksiyonların organizasyonu biçimi sağlık sisteminin performansını

ortaya çıkaracaktır. Yüksek performanslı bir sağlık sisteminde sistemin hedeflerine daha başarılı bir şekilde ulaşılacaktır. Bu açıdan sağlık sistemi içinde liderlik ve yönetimi sadece bir yapı taşı değil, sadece bir fonksiyon değil, belki bütün yapı taşlarıyla, bütün fonksiyonlarla ilişki içinde olan, her birinin yetki ve sorumluluğunu kavrayan ve bütün bunları da belli bir yöne sevk etme sorumluluğu taşıyan bir güç, bir inisiyatif olarak görmemiz gerekiyor. Bu durumda, klasik anlamda bir yönetimden, klasik anlamda bir liderlikten çok daha farklı, bütün sisteme hâkim olması gereken bir güçten bahsediyoruz. Sistem liderliğinin, klasik kitaplardaki liderlik tanımlarının biraz dışına çıkan bir güç olduğu anlaşılıyor. Bu yüzden olsa gerek, Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarında sağlık sistemi liderliğinde ana gücün hükümetler olduğuna vurgu yapılmaktadır. Genellikle hükümetlere vekâleten bakanlar, yani sağlık bakanları bu görevi üstlenmektedir. Her ülke kendi yapısı içinde bunu başka türlü de tanımlayabilir. Ancak genel teamül, dünyada bu liderliği hükümetlerin yapması ve özellikle sağlık bakanlarının yapmasıdır. Tabii devlet yapınıza, sizin merkezîyetçi ya da adem-i merkezîyetçi yönetim anlayışınıza, delege edip etmeme yeteneğinize dayalı olarak bu liderlik fonksiyonu paylaşılabilir. Burası, olayın detayı. Ne var ki, ister delege ederek olsun ister etmeyerek



Yüksek performanslı bir sağlık sisteminde sistemin hedeflerine daha başarılı bir şekilde ulaşılabilecektir. Bu açıdan sağlık sistemi içinde liderlik ve yönetişimi sadece bir yapı taşı değil, sadece bir fonksiyon değil, belki bütün yapı taşlarıyla, bütün fonksiyonlarla ilişki içinde olan, her birinin yetki ve sorumluluğunu kavrayan ve bütün bunları da belli bir yöne sevk etme sorumluluğu taşıyan bir güç, bir inisiyatif olarak görmemiz gerekiyor.

olsun, belli bir odaktan bu liderliğin üstlenilmesi gerekiyor. Liderlikle ilgili genel yaklaşımları bilirsiniz. Yönetişim ilkelerine uygun olması, bütün paydaşlar arasında koordinasyon ve karşılıklı ilişkileri yönetecek bir düzenleme biçiminde olması ve sağlık sisteminin bütününe politika rehberliği yapması gibi özellikler gerekmektedir. Bir tablonun herhangi bir yerine odaklanıp oradaki iyileştirme gayreti, bazen resmin öbür tarafının kötüleşmesine yol açabilir. Onun için iyi bir sistem liderinin tutum ve davranışlarını anlayabilmek için sistemin bütününü görebilmek gerekir. Sistemin performansı için bir ülkede sağlıkla ilgili insan kaynağı, finans kaynağı ve diğer bütün kaynakların uygun şekilde dağılımı sağlanmak zorundadır. Kaynakların dağılımı hep gündeme gelir ama sorumlulukların paylaşımı, sorumlulukların dağılımı böyle bir bütüncül sistemde çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Dolayısıyla sistemin lideri bütün sisteme bütüncül bir politika çizerken bütün kaynakları, sistemin paydaşlarına dağıtırken sorumlulukları da dağıtmak zorundadır. Bu açıdan sistem liderlerinin bence kaynak dağıtım gücü yanında sorumluluk paylaşım gücü ve sorumluluk dağıtabilecek yaptırım gücü de olmalıdır. Tabii ki klasik yönetim kuralları gereği hesap verebilir olmak, paydaşları da yönetime dahil etmek gibi hususlar zaten bilinmektedir.

Ana konumuza dönersek, güçlü bir

sağlık sisteminin güçlü bir sağlık sistemi liderliğiyle mümkün olabileceğini söyleyebiliriz. Bu güç, kamu ve özel sektörü yönlendirme kapasitesi ve yetkinliğiyle ilişkilidir. O zaman sağlık sisteminde liderlik sadece kamuyu değil, özel sektörü de aynı şekilde yönlendirebilme kapasite ve yetkinliğine sahip olmak zorundadır. İster merkezi yöntemle olsun ister delege ederek adem-i merkeziyetçi yöntemlerle olsun bütün bu araçları elinde bulundurmamak durumundadır. Ancak bu durumda güçlü bir sağlık sistemi liderliğinden söz edebiliriz. Liderin belli bir gücü elinde bulundurması gerektiğinin altını çizmek isterim. Sürecin, yönetimin temel gereklerinden bağımsız olması mümkün değildir. Bu itibarla lider yönetim fonksiyonlarından planlama, düzenleme ve yürürlüğe koyma yetkilerini elinde bulundurmalıdır. Bununla birlikte monitorizasyon, hedefe odaklanma, toplumu ve paydaşları mobilize edebilme yetisi, kısacası liderliğin zaten en ana unsuru olan kitleleri arkasından çekebilme, ilham verip hedefe doğru yönlendirme özelliği olmalıdır. Buna yönetim açısından geliştirme, hesap verebilir olma ve paydaşları sürece dahil etme gibi kavramları da ekleyebiliriz. Sistem liderliği bunların tümünü kapsamak durumundadır. Sistemdeki fonksiyonların organizasyon biçimi sistemin performansını ortaya koyacaktır. Yaptırım gücü olan, yönetim ilkelerini uygulayan bir liderlik, sağlık sisteminin performansını yükseltecek

etki yapacaktır. Sağlık hizmetinin verildiği ortamın iyileştirilmesi kaynakların temini ve uygun yerlerde uygun bir şekilde kullanımı ve sonuçta "cevap verebilen" (responsive) bir sağlık sisteminin ortaya çıkması beklenir. Bu saydıklarımın hiçbiri sistemin hedefleri değildir. Performans ölçütü olarak kullansak da, bunlar sistemin gerçek hedefleri değildir. Hizmete erişimi artırmak, hizmetin kapsamını genişletmek, hizmet kalitesini artırmak, maliyetleri düşürmek kendi mikro ölçüğümüzden baktığımızda, yönetiminde bulunduğumuz kurumlarımızda çok önemli başarılarıdır. Bunları küçümseyemeyiz ancak bütünüyle sistem söz konusu olduğunda bakış açımızın daha geniş, ufuk çizgimizin daha uzakta olması gerekmektedir. Bize uzak duran, uzaktaki hedefe bakabilmemiz gerekir. Ulusal hedeflerimiz olmalı, sürdürülebilir bir şekilde tümüyle toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine odaklanmak zorundayız. Dolayısıyla riskli gruplar, ihmal edilen gruplar, bir şekilde hizmete erişemeyenler, katastrofik harcama nedeniyle hizmet almada zorlananlar... Bunların hepsi görüş alanımızda yer almalı. Sistemin paydaşları olarak bizim de sorumluluk alanımıza girmektedir. Bu yüzden liderliğin sorumluluk paylaşırma gücü ve sorumluluk dağıtabilecek yaptırım gücüne önemle vurgu yapmak istiyorum. Sağlık hizmet sunumu sistemin kritik bir noktasını oluşturmaktadır. Sağlık sistemindeki neredeyse bütün girdilerin ürüne dönüştüğü bir süreçtir. Hizmet sunucusu, hizmet alan, ödeyici kurum, tedarikçi gibi bütün unsurlar bu noktada buluşmaktadır. Bu noktadaki hizmet sunumu basitçe talebin karşılanmasından ibaret bir fonksiyon gibi izah edilemez.

Biliyorsunuz klasik piyasa anlayışında arz ve talep dengesi vardır. Talep arzı doğurur ve bir denge oluşur. Sağlıkta ise arzın talebi oluşturması ayrı bir sorun olmaktadır. Halbuki sağlık talebi ihtiyarı ve uygun zamanda karşılanabilen bir ihtiyaç değil anında karşılanması gereken zaruri bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın karşılanması, kamu sorumluluğudur. Görülüyor ki, talep ve arzın arasında bir de ihtiyaç vardır. Her talep edilen gerçekte ihtiyaç mı ya da her ihtiyaç talep ediliyor mu? Bu soruların cevabını vermeden piyasa anlayışıyla talebi karşılamak, sistemin performansının iyi olduğu anlamına gelmez. Talep, hissedilen ihtiyaçlarla ortaya çıkar ve subjektiftir. İhtiyaçlar ise objektiftir. Toplumda sağlık hizmetine olan talep belli bir alanda kesin olarak vardır. Bilimsel kriterlerle ihtiyaçları analiz ettiğimizde bu taleplerle ihtiyaçların kesiştiği bir alan bulunur. Bu kesişim alanında kişiler hastadır ve sağlık hizmeti talep ediyordur. Yani bu talebin bir ihtiyaç olduğuna kuşku yoktur. Ancak Şekil 3'te görüldüğü üzere talep bulunmasına rağmen gerçekte ihtiyaç olup olmadığı tartışmalı bir alan daha bulunmaktadır.

Bu alanın iyi analiz edilmesi gerekir. Bunun bir kısmı gerçekten ihtiyaç da olabilir; bir kısmı toplumun değişen anlayışlarıyla, değişen ilkeleriyle de ihtiyaca dönüşebilir. Çoğu zaman kısırtılmış suni ihtiyaçlar bu alanı oluşturmaktadır. Yine sağlık dışı talepler sağlık hizmet bütünlüğü içinde telakki edilmesiyle bu alanda yer alır. Diğer taraftan toplumun çok talep etmediği fakat gerçekte ihtiyaç olan da bir alan daha vardır sağlık hizmetinde. Özellikle sağlık okuryazarlığı arttıkça, farkındalık arttıkça bu alanın konularını daha iyi fark edebiliyoruz. Koruyucu hekimlik hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi gibi hususlar bu alanda ele alınabilir. Hatta burada çok daha geniş çaplı düşünüp bu alanı "inisiatifin sistemde olduğu bir alan" diye tanımlamak daha doğru olur. Zira hasta ya da vatandaşın talebi olmaksızın ihtiyacı keşfeden sistem liderinin gücü varsa sorumluluğu üstleneceği veya gerekirse sistemin paydaşları arasında sorumluluğun paylaşılacağı bir alandır burası.

Sağlık hizmetini hangi durumda sunmalıyız? Hangi alanda hizmet sunulmalıdır? Reaktif sağlık hizmeti yani vatandaşın talep ettiği, bizim de ona reaksiyon olarak sunduğumuz sağlık hizmeti en kolay alandır. Devletçi ya da özel yapılar, hangi model olursa olsun, aynı zamanda ihtiyaç olan talebe karşılık verilir. Bu reaktif hizmette genellikle sistem liderliğinin üstün becerisine, üstün başarısına çok ihtiyaç duyulmaz. Bu alan doğal olarak kapsar çünkü burada inisiatif zaten talepkâr olan hastadadır. Bu alanda arz talep dengesini kurmak söz konusu olabilir. Esas sağlıkta sistem liderliğine bu alanın dışına çıktığımızda ciddi ihtiyacımız olmaktadır. Sistemdeki gri alanları yöneterek toplumun sağlık düzeyinin topyekün yükseldiği bir noktaya ulaşmak için sistem liderliği gerekmektedir. Belirttiğim gibi, gerçekte ihtiyaç olan ancak vatandaşın talep etmediği yani sağlık talebinin henüz doğmadan önce bizim müdahale etmemiz gereken çevresel alan, koruyucu hekimlik, sağlığın geliştirilmesi ve çeşitli sağlık programları gibi proaktif davranmak zorunda olduğumuz alanlardır. Bu alanda genellikle vatandaş talebi oluşmamaktadır. Bu yüzden kamu sorumluluğu devreye girmektedir. Kamu sorumluluğu, vatandaşın sağlıklı yaşamasını temin etmeyi gerektirir. Sosyal devlet anlayışıyla tanımlanan bu sorumluluk, kişilerin finansal yeterliliğinden yani karşılayabilirliğine bakmaksızın sağlıklarının korunmasını gerektirmektedir. Kamu sorumluluğunu "kamuunun yapması gereken iş" gibi algılamak çok doğru değildir. İşte bu noktada yetkiler ve sorumluluklar dağılımı gibi bir sorun karşımıza çıkmaktadır.

Diğer taraftan, talebin olduğu ama gerçekte ihtiyaç olup olmadığını tartışmamız gereken bir alandan bahsetmiştim. Bu alan kısırtılmış sağlık hizmeti olabilir, yani bu gerçekte ihtiyaç değildir ama onu provoke ederek ortaya çıkarmışızdır. Vatandaş bunu talep eder hale gelmiştir. Bu alanın tümüyle kısırtılmış sağlık hizmetinden oluştuğunu iddia etmek de çok doğru değildir. Değişen şartlarımızla, değişen toplumumuzla, değişen beklentilerimizle beraber ihtiyaç haline dönmüş olabilir. Gittikçe hayat standartımıza göre şekillenen klinik dışı hizmetler bu kategoride değerlendirilebilir. Kaldı ki, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsur bu klinik dışı -sağlık dışı- hizmetlerdir. Sistemin cevap verebilirliğinin ölçümünde birçok parametre olması gerekirken neredeyse tek ölçülebilir olan hasta memnuniyeti kullanılmaktadır. Bunlar bu alanın ihmal edilemeyecek bir alan olduğunu gösteriyor. Bir kısmının gerçekte ihtiyaç halini aldığını fark etmeliyiz. Bu ihtiyaçların dinamik olduğunu ve değişen toplum yapımızla beraber belirlenmesi gerektiğini belirtmeye gerek yoktur sanırım. Ne var ki, piyasa eğilimi arz talep dengesini sağlamaya, daha doğrusu talebi arzla karşılamaya yöneldiği için daha çok hizmetin bu tarafına yönelmektedir. Piyasa deyince sadece özel sektörü kastetmiyorum. Performansa göre ödeme sistemleri, kamu-özel ortaklıkları, sağlık turizmi gibi birçok unsur özel kamu davranış ayırımını yapmamızı güçleştirmektedir.

Talebi karşılamaya yönelik piyasacı eğilimi göz ardı etmememiz ama diğer taraftan da, kamu sorumluluğundan asla taviz vermemeniz gerekiyor. Burada vurgulamak istediğim, sistemi bütünüyle kucaklayarak olaya bakılabilmesi ve sistemin paydaşlarına kaynakları dağıtırken yukarıda sözünü ettiğim sorumlulukların da dağıtılmasıdır. Sistem liderlerinin gözünün hep hedefe bakarak, bütün sistemin o hedefe yönelik cevap verip vermediğini yani sistem paydaşlarının bu hedefe yönelik davranıp davranmadığını gözlemesi gerekiyor. Sadece gözlemek değil yönlendirmesi gerekiyor. Bilindiği gibi sağlık sistemi çok paydaşlı, içindeki fonksiyonlar açısından çok değişken, çok farklı parametrelerin olduğu karmaşık bir yapı. Görüldüğü gibi sadece bir klasik piyasa anlayışıyla arz ve talep dengesinin sağlanmasıyla izah edemediğimiz karmaşık fonksiyonlar içermektedir. Çoğulcu (pluralist), parçalı (fragmente) ve karmaşık bir sistemden bahsediyoruz. Sağlık sistem liderliği bu faktörleri göz önünde bulundurarak davranmak zorundadır. Çoğulcu, parçalı ve karmaşık sağlık sistemlerini sistemin hedeflerine yönlendirmeye çalışacaktır. Sonuçta sistemin bütününe bir politika rehberliği yapacaktır. Bu bakımdan sağlık sistem lideri, sistemin içindeki paydaşların hiçbirini dışlamamalı, göz

Talep, hissedilen ihtiyaçlarla ortaya çıkar ve subjektiftir. İhtiyaçlar ise objektiftir. Toplumda sağlık hizmetine olan talep belli bir alanda kesin olarak vardır. Bilimsel kriterlerle ihtiyaçları analiz ettiğimizde bu taleplerle ihtiyaçların kesiştiği bir alan bulunur. Bu kesişim alanında kişiler hastadır ve sağlık hizmeti talep ediyordur. Yani bu talebin bir ihtiyaç olduğuna kuşku yoktur.



ardı etmemelidir. Hatta öyle ki, sağlıkla ilgili sorumluluk alanlarına nüfuz edince çok paydaşlı, ya da “çok sektörlü sağlık sorumluluğu” gibi kavramlar karşımıza çıkmaktadır. Yani bizim “sağlık sektörü” diye tırnak içinde tanımladığımız alan bile sağlık sistemindeki çoğulculuğumuzu izah etmeye yetmiyor. Ulaşım, barınma, beslenme, solunan hava, yani atmosfer, iklim gibi daha birçok faktör sağlık sistemi hedeflerine ulaşmamızı etkilemektedir. Bu yüzden belki de çok sektörlü sağlık sorumluluğunu da düşünerek sağlık sistemi liderliğinin yelpazesini genişletebiliriz.

Görülüyor ki, sistem liderliği konusunda şu iki husus öne çıkmaktadır. Biri sistemin bütün aktörlerini sistemin hedeflerine doğru yönlendirebilmek, diğeri ise sistemin bütününe ayırım yapmaksızın politika rehberliği yapabilmektir. Aslında bu iki misyonun birbiri içine geçmiş durumda olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık sistemi olarak hangi model uygulanırsa uygulansın, sağlık sistem liderliğini hakkıyla yapabilmek için sistemin bütün fonksiyonlarından her birini olabildiğince sürecin sonunda beklediğimiz çıktıya, hedefe yönlendirecek, bunların arasındaki çatışma, menfaat ve iş birliği gibi araçları kullanarak hedefe yönelik sinerji oluşturabilecek bir yöntem kullanmamız gerekmektedir. Sistemin altyapısını kurgularken, sağlık hizmetlerini bütün karmaşıklığıyla yönetmeye çalışırken, insan kaynaklarını yetiştirirken ve dağıtırken, bilgi sistemlerinden yararlanırken, sistemin finansman modellerini tasarlar-ken, hatta sağlık sistemi aktörleri ile diğer aktörler arasındaki ilişkileri yönetirken böyle bir yöntem ihtiyacımız vardır. Kısaca özetlersek, sistemin kaynaklarının, bütün fonksiyonlarının ve bütün

paydaşların hedefe yönlendirilmesi gibi bir sorumlulukla karşı karşıyayız. Bu yüzden sistemin fonksiyonları arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinin, bütünüyle bu liderliğin kontrolünde ya da yönetiminde olmasına ihtiyaç vardır.

Burada liderlik konusunda bir hususa daha dikkat çekmek isterim. Klasik yönetici ve lider ayrımını bilirsiniz. Kısacası yöneticilere uyulur, itaat edilir ve yöneticilerin astları vardır. Liderler ise gönüllü olarak takip edilir; izleyenleri, takipçileri vardır. Kavramsal olarak böyle ayrımlar yapılmakla birlikte, pratikte yönetici ve lideri ayrı ayrı tek başına ele almanın çok fazla değeri olmamaktadır. Hatta risk alan liderin sistemi sürdürebilmesi için güvenli alana ihtiyacı vardır. Yani yöneticilik özelliği de bir ihtiyaçtır. Yöneticilik özelliğinin liderlik kapsamında değerlendirilmesiyle “icrai liderlik” ya da diğer bir ifadeyle yönetsel liderlikten bahsedilmektedir. (5). Bilindiği gibi, yönetici güvenli alanda durur. Lider ise risk almaktan çekinmez. İcrai lider, kısa vadede güvenli alanda stabilizasyonu sağlama yetkinliğine sahip bir liderdir. Reaktiftir; ortaya çıkan talebi karşılama, sorunu çözme yönünde etkindir. “Vizyoner lider” proaktiftir; değişimcidir, mevcut statükoyu yönetemez, yönetmeyi düşünmez. Sistemi değiştirme konusunda birikimlidir; en kısa yoldan hedefe ulaşmaya çalışır. Ne var ki, bu tür karmaşık, çoğulcu, parçalı bir sistemde bu tür liderlerin, çoğu zaman heyecanla başlayıp, bir motivasyon oluşturup kısa bir süre sonra başarısızlıkla yüz yüze geldikleri, yani hedefe ulaşamadıkları bildirilmektedir (5). Eğer icrai özellikle vizyoner özellik bir arada bulunursa, reaktif ve proaktif tutumlar birbirini bütünleyebilmektedir. Yani bir yandan talebi karşılama, sorunu çözme yönünde

etkin, diğer yandan sistemi değiştirme yönünde birikimli olabilmektedir. Yani bu parçalı, çoğulcu ve karmaşık sistemi yönetebilecek ve aynı zamanda sistemi tek düze olmaktan kurtarıp hedefe yöneltebilecek bir kapasiteden söz ediliyor. “Stratejik lider”, icrai ve vizyoner liderlik özelliklerinin kombinasyonundan bir sinerji ortaya çıkarabilen liderdir. Sözü edilen reaktif ve proaktif tutumların birbirini bütünlemesinden öte, buradan bir sinerji doğurmaktadır. Mevcut durumu yönetebilecek ve hedefe ulaşmak için en kısa fakat en güvenli yolu bulabilecek bir liderdir. Sisteme hakim olmada kısa vadede kararlı ve aynı zamanda uzun vadede yeterli olan bir liderlik söz konusudur (5).

Rowe ve arkadaşlarının gözlemlerine göre, proaktif vizyoner liderler stabilizasyonu sağlayamadıklarından sistemin hedefe ulaşmasındaki başarısızlıkları kısa sürede ortaya çıkmaktadır. Reaktif icrai liderler, mevcut sistemin stabilizasyonunu sağlamada yeterli olduklarından ve taleplere cevap verebilme özelliklerinden dolayı biraz daha yaklaşımlar da hedefe ulaşmadaki başarısızlıkları kaçınılmaz olmaktadır. Vizyoner ve icrai özellikleri birlikte taşıyan liderler, sistemi mevcut durumdan daha iyiye götürmeye ve hedefe biraz daha yaklaşımlara muktadir olurlar. Sistem hedeflerine ulaşma potansiyeli taşıyan liderler ise stratejik liderlerdir (5). Tüm sistem paydaşlarına politika rehberliği yaptığı ve tüm aktörleri de sistemin ana hedefine yönlendirebildiği ileri sürülen bir liderliğin gerçekleşmesi oranında sistemin yüksek performansından söz etmemiz mümkün olacaktır. Böyle bir liderliğin gerçekleşmesi aynı zamanda sistem içi dengelerin iyi yönetilmesine

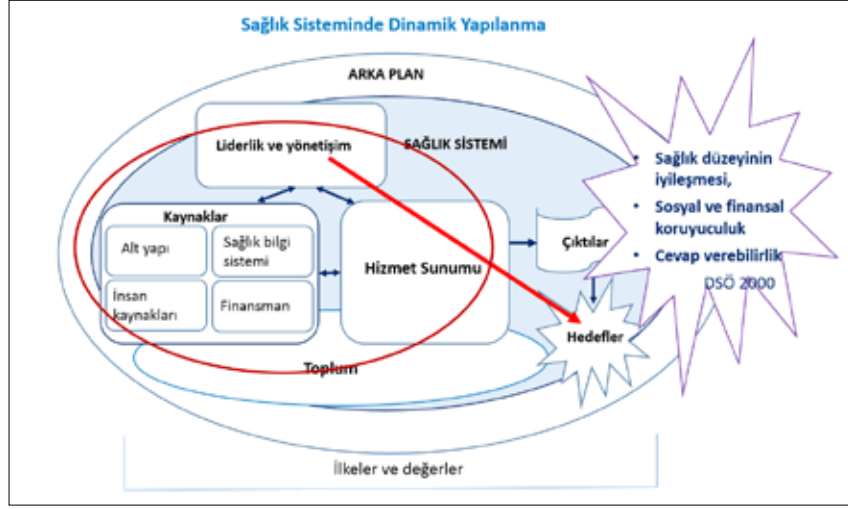
de bağlıdır. Bir taraftan sürdürülebilir bir ekonomi için maliyetlerin kontrolü diğer taraftan hedefe ulaşacak etkili ve verimli hizmet sunulması, hacim bazlı hizmet üretimi ve değerlendirilmesinden değer bazlı üretim ve ödüllendirmeye geçilmesi gerekmektedir. Hacim bazlı hizmet, hızlı sonuç verir; çabuk memnuniyet elde edilir. Politik olarak yönetilmesi kolaydır. Değer bazlı hizmetinizin ölçümü zaman alır; dolayısıyla dönüşü geç olur.

Kamu ve özel yatırım sağlıkta tartışma konusu olmaya devam edecektir. Bugünün dünyasında kamu-özel ayrımı yerine kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlar olarak ayırmak belki daha doğrudur. Aslında tartışılan yatırım kaynağı değil, amaç ile yetki ve sorumluluk paylaşımıdır. Sistemin gücü her iki tarafın da yönetebilir olması, yönlendirebilir olmasına bağlıdır.

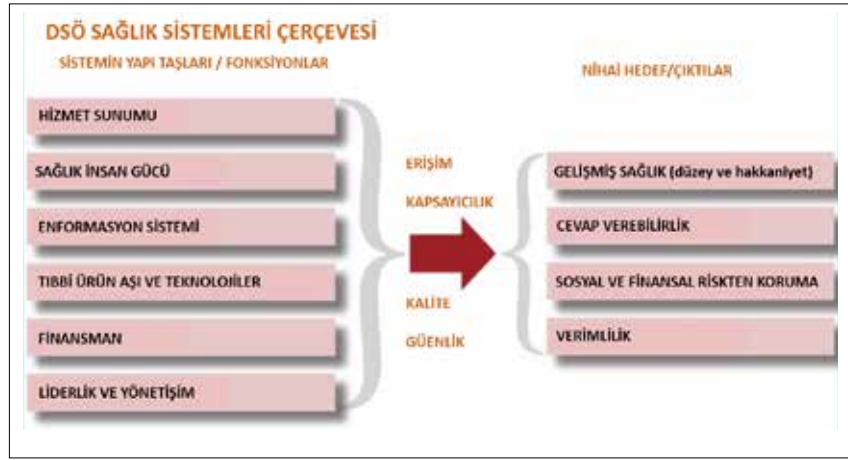
Otoritenin merkezi mi, yoksa adem-i merkezietçi bir yapıda mı kullanılacağı konusu sistemlerin bir diğer tartışma alanıdır. Desantralizasyon akımlarının ardından resantralizasyon çabalarının olduğunu hatırlatarak geçeceğim. Sağlık sisteminin çoğulcu ve parçalı yapıları arasında koordinasyon sağlama, tatminkâr bir denge gözetme ve hem sistemin bütünü bütünü paydaşlarıyla birlikte hedefe yöneltme hem de politika rehberliği yapma gibi bir sistem liderliğinden bahsediyoruz. Bu ilk bakışta ütopya gibi görünebilir. Ancak başarı da bunun gerçekleşme oranıyla ilişkilidir. Eğer sistemin lideri gücünün farkında olursa ve bu gücü kullanmasını bilirse böyle bir liderliğin mümkün olabileceğine inanıyorum. Güçten kastım makamının verdiği güç değil; ona olsa olsa otorite diyebiliriz. Liderin gerçek gücü muhtaçlara yardım edebilme, hastaları iyileştirme, toplum hayatının seyrini değiştirebilme gücüdür. Bu gücünü topluma hissettirebilirse bütün toplumu arkasına alma ve gerçekten bu liderliği gerçekleştirme potansiyeli vardır.

Kaynaklar

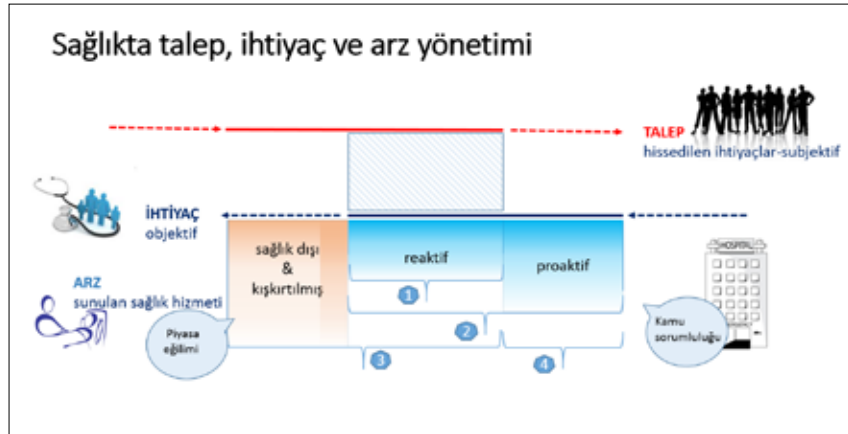
- 1) Von Olmen, J., Criel, B., Van Damme, W., et al.: *Analysing Health System Dynamics A framework. Studies in Health Services Organization & Policy, 2nd edition, 2012.*
- 2) *The World health report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, 2000.*
- 3) *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Regional Office for Europe. 27 June 2008 Tallinn, Estonia.*
- 4) WHO. *Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action. World Health Organization, 2007.*
- 5) Rowe WG, Nejad MH, Nejad MH: *Strategic Leadership: Short-term Stability and Long-term Viability. Ivey Business Journal, September, October 2009. (http://iveybusinessjournal.com/publication/strategic-leadership-short-term-stability-and-long-term-viability/)* (Erişim Tarihi: 05.07.2017)



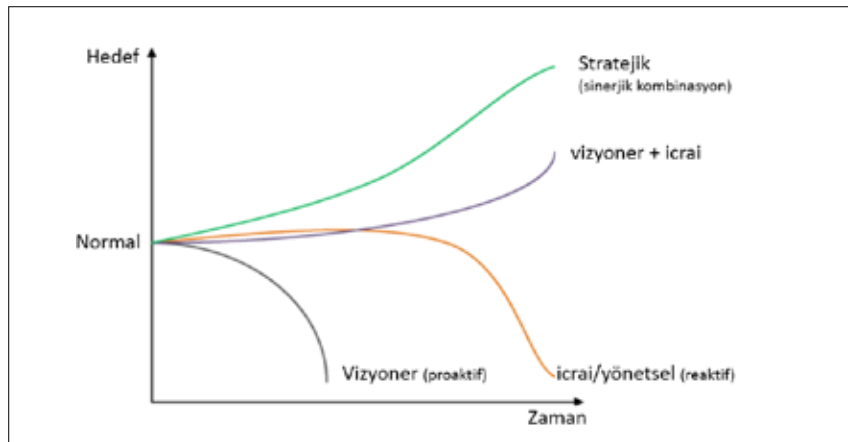
Şekil 1: Von Olmen'den (2012) Uyarlanmıştır (1)



Şekil 2: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Sistemleri Çerçevesi



Şekil 3: Sağlıkta Talep, İhtiyaç ve Arz Yönetimi



Şekil 4: Rowe WG ve Nejad MH (2009)'dan Uyarlanmıştır