DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Politikası ve Planlaması Temel Kavramlar
ÜNİTE NO 1
YAZAR Doç.Dr. MUHAMMET ÖZCAN

SAĞLIK POLİTİKASI Sağlık, kişiler ve toplum için en önemli alanların başında yer almaktadır. Devletler ve hükûmetler sağlık alanında doğrudan hizmet sunumu ve düzenlemeler yapar. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sağlıklı yaşamayı bir hak olarak tanımlamıştır. Ayrıca, insan hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devam etmesi için gerekli düzenlemeleri yapma görevini de devlete vermiştir. Bu anayasal görevi yerine getirirken başta insan kaynakları olmak üzere bütün kaynakların verimli, etkili ve iş birliği içinde kullanılması amacıyla tek elden planlanması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesindeki temel amaç, kişilerin sağlık düzeylerini yükseltmektir. Sağlık alanı nihai hedefi ve geliştirme sürecinde sonu olmayan bir alandır. Politika Politika kelimesinin Türkçede iki ayrı anlamı vardır. Bunlardan birincisi, siyaset anlamıdır. Bu anlam İngilizcede politics kavramına karşılık olarak kullanılmaktadır. İkinci anlamı ise policy kavramına karşılık gelen izlenecek yol, yöntem ve programlardır. Halk arasında politika ve siyaset kavramları eş anlamlı olarak kullanılsa da siyaset kavramı iletişim biçimini açıklarken, politika kavramı izlenecek yol anlamına gelmektedir. Kamu politikası Kamu politikası; sağlık, eğitim, savunma, maliye ve dış politika gibi kavramların birleşimiyle oluşmaktadır. Makro politikalar devletlerin temel değerleri ve uzun dönemli çıkarlarının korunması ile ilgilidir. Temel ekonomik kararlar, reformlar ve sistemin tamamını etkileyecek olan politikalar makro politikalardır. Mikro politikalar ise daha yerel düzeyde belirlenen politikaları içermektedir. Politikanın bir faaliyet alanı olarak kullanılması – örneğin kapalı alanlarda sigaranın yasaklanması – hükûmetler için sağlık ve ekonomi politikalarıdır. Okul sütü programında olduğu gibi bazen politikalar program olarak da adlandırılabilir. Kamu politikaları çalışmaları, "siyasi otoritelerin aldığı bağlayıcı kararların benzer ya da yinelenen durumlarda alınması gereken önlemlerin takdir hakkı alanını daraltan genel ilke ya da kurallar" olarak tanımlanmaktadır. Kamu politikası ile birkaç sivrisineği öldürmek değil, bataklığı kurutmak hedeflenmektedir. Kamu politikasının çıktıları, politika kararları ya da bildirimleri doğrultusunda yapılan uygulamalardır. Kamu politikasını meydana getiren ve uygulayanlar ise şunlardır: Birincil politika yapıcılar; yasama, yürütme ve yargı organlarıdır. Bu grup yetkilerini anayasadan almaktadır. İkincil politika yapıcılar, kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Bunlar ise yetkilerini birinci gruptan almakta ve birinci grup tarafından denetlenmektedir. Üçüncül politika yapıcılar ise resmî olmayan bir grup içerisinde; siyasal partiler, çıkar grupları ve vatandaşlardan oluşmaktadır. Sağlık Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece fiziken hasta olmamak değil, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli olarak tanımlamaktadır. Sağlık Politikası Sağlık politikası; bir ülkede, sağlık sektörünün benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlenmesi ve yapılandırılması olarak tanımlanabilir. Sağlık politikaları doktorların yanı sıra fakir, yaşlı ve çocuklar gibi gruplar ya da bireyleri etkiler. Tıp fakülteleri, tıbbi teknoloji üreticileri ve işveren gibi kuruluşları da etkileyebilir. Sağlık politikalarının iki ayrı seçenek hâlinde netleştiği görülür ve anlaşılır. Bu seçeneklerden birincisi; sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. İkinci seçenek ise sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de diğer ticari işler gibi bakan politikadır. • Sağlık politikası aşağıdaki sorulara cevap verebilmelidir: • Sağlık hizmetlerimizin son durumu nedir? • Bu duruma nasıl gelindi? • Nerede olmak istiyoruz? • Başka hangi alternatifler uygulanabilir? • Politikanın gelecekte uygulanma olasılığı nedir? • Bu süreçte sağlık profesyonelleri ve normal vatandaşların hangi rolleri üstlenmeleri gerekiyor? • Bu roller nasıl daha iyi bir şekilde belirlenebilir? Sağlık politikası süreci: İlk olarak politika kararlarının uygulanması aylar hatta yıllar boyunca sürebilmektedir. Bu nedenle belirli bir kararın uygulanıp uygulanmadığını ayırt etmek oldukça zordur. İkinci olarak politika oluşturmayı daha şeffaf hâle getirmek için bazı girişimler olmasına rağmen, bu süreç halka açık olarak değil "kapalı kapılar" ardında sürdürülmektedir. Üçüncü olarak politika oluşturma, sıklıkla hiçbir karar almama ile sonuçlanabilmektedir. Sağlık Politikası Çeşitleri Sağlık politikaları iki ana başlıkta ele alınmaktadır:

Düzenleyici, dağıtıcı sağlık politikaları SAĞLIK PLANLAMASI Planlama belirli bir hedefe ya da hedeflere ulaşmak için kaynakların etkin ve koordineli bir şekilde dağıtılması için geliştirilen bir süreçtir. Planlama sadece teknik bir egzersiz değildir. Planlama öğrenmenin, değişime ayak uydurmanın ve eğitimin devam ettiği bir süreçtir. Sağlık planlaması: Coğrafi bölge veya nüfusun genel sağlık ihtiyaçlarının değerlendirildiği, bu ihtiyaçların mevcut ve gelecekte elde edilmesi beklenen kaynakların tahsisi yoluyla en etkili şekilde nasıl karşılanabileceğini belirleyen bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık planlamasını; "belirli bir süre içerisinde sağlık seviyesini yükseltmek için gerekli olan kıt kaynakların en uygun şekilde kullanılması" olarak tanımlamaktadır. Devlet, bünyesinde bulunan her topluluğun sağlık ihtiyaçları için plan yapmak zorundadır. Sağlık planlaması sağlık sistemi içerisinde yer alan kurumları, sağlık hizmetlerini ve bunlara yönelik finansal düzenlemeleri etkileyen bütün uygulamaları içermektedir. Sağlık planlamasında öncelikli hedef; sağlık hizmetine kolay erişilebilirliği ve adil bir şekilde erişimi sağlayarak hizmetin ihtiyaç duyulduğu zamanda, kaliteli, hızlı ve sürekli bir şekilde sağlandığı anlayışla sunulması ve birey odaklı yapılandırılmasıdır. Sağlık planı; esnek, sade ve aşama aşama olmalıdır. Planın bütün aşamaları sosyoekonomik, kültürel yapıya uyumlu, her kademesi karara bağlanmış ve maddi yükünün açıkça belirtilmiş olması gerekmektedir. Sağlık Planlamasında Etkili Olan Değişkenler: • Kültürel Değişkenler • Psikolojik Değişkenler • Ekonomik Değişkenler • Sosyal ve Politik Değişkenler

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Politikaları ve Planlamasının Aşamaları
ÜNİTE NO 2
YAZAR Doç.Dr. ENSAR AĞIRMAN

GİRİŞ Uluslararası sağlık kuruluşları arasında yer alan ve küresel anlamda ülkelerin sağlık politika ve planlamalarında yol gösterici bir pozisyona sahip olan Dünya Sağlık Örgütüne göre her bir ülkenin sağlık sistemi toplumdaki tüm bireylere gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu bağlamda ideal sağlık sistemi; erişilebilir, kaliteli, verimli ve sürdürülebilir olmalıdır. Sistem insan odaklı yaklaşımı esas alıp bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli bir şekilde erişimlerini sağlamalıdır. Sunulacak olan bu hizmetlerin etkin, uygun maliyetlere sahip ve toplumca kabul gören tarzda gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık politika ve planlamalarını geliştirmesi ve uygulaması önerilmektedir. Sağlık politikaları ile sağlık hizmetinin kimler tarafından üretileceği, finansman kaynakları, hizmeti üretenlere ücretlerinin ödenme yöntemleri ve hizmetin nasıl satın alınacağı belirlenir. Geniş ve karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin oluşturulması ve sunulması noktasında etkisi olan kamu kuruluşları, özel sektör temsilcileri ve gönüllü kurumlarca gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık planlaması ise kısaca sağlık sistemi aracılığı ile sunulacak sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık gereksinimlerini ülke ekonomisinin kaynakları ile karşılayacak şekilde dengeleyerek ve sağlık alanındaki teknolojik gelişmeleri dikkate alarak yapılan planlamalardır. Bu tanım bağlamında sağlık planlamalarının ülkelerin sosyoekonomik özelliklerine göre değişiklikler gösterebileceği söylenebilir. SAĞLIK PLANLAMASI Sağlık hizmetleri, sağlık sorunları ile ihtiyaç ve beklentilerin ülkeden ülkeye hatta bölgeden bölgeye farklılık gösterebilmesi nedeniyle en zor planlanan ve uygulanabilen hizmetlerin başında gelmektedir. Sağlık planlaması kısaca sağlık sistemi aracılığı ile sunulacak sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık gereksinimlerini ülke ekonomisinin kaynakları ile karşılayacak şekilde dengeleyerek ve sağlık alanındaki teknolojik gelişmeleri dikkate alarak yapılan planlamalardır. Sağlık planlaması ile dünyadaki çağdaş tıp uygulamaları ve gelişen tıp teknolojisi yanında ülkenin mevcut kaynakları da göz önünde bulundurularak birey ve toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerinin en akılcı şekilde karşılanması hedeflenir. Bu tanım bağlamında sağlık planlamalarının ülkelerin sosyoekonomik özelliklerine göre değişiklikler gösterebileceği söylenebilir. Sağlık planlamasında öncelikli hedef; sağlık hizmetine kolay erişilebilirliği ve hakkaniyeti sağlayarak hizmetin ihtiyaç duyulduğu zamanda, kaliteli, hızlı ve süreklilik arz eden bir anlayışla sunulması ve hasta odaklı yapılandırılmasıdır. Sağlık Planlaması Döngüsü Sağlık planlaması döngüsünü sağlık durumunun analizi, amaç ve hedefleri, kaynakların değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, planların formüle edilmesi, programlama ve uygulama ve son olarak denetleme aşamaları oluşturmaktadır Sağlık Hizmetleri Planlaması Süreci Sağlık hizmetlerinin planlanması planlama yapılırken dikkate alınması gereken birçok farklı etkenden dolayı oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri planlanması süreci: • Toplum sağlığı sorunlarının tanımlanmasını, • Karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesini, • İhtiyaçların karşılanabilmesi için gerekli kaynakların oluşturulmasını, • Gerçekçi ve uygulanabilir öncelikli hedeflerin belirlenmesini, • Hedeflenen planların gerçekleştirilmesi için yönetimsel eylemlerin projelendirilmesini, • Oluşturulan bu aşamaların izlenmesini ve değerlendirilmesini içermektedir. Planların uygulama aşamasında gözlemlemenin, kaydetmenin ve raporlamanın süreklilik arz eden bir sürecidir. Toplum sağlığı sorunlarının tanımlanması: Nüfus, hastalık ve ölüm oranı istatistikleri, epidemiyoloji (hastalık oluşum incelemesi), fiziksel tıbbi bakım merkez miktarı, insan gücü (doktor, hemşire, hastabakıcı vb.) ve toplumsal tutum, davranış ve inançları içermektedir. Karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesi: Sağlık planlamasının en önemli süreçlerinden biridir. Örneğin sık görülen çocuk hastalıklarının önlenmesi veya önleyici sağlık hizmetleri sunumunun artırılması gibi amaçlar bu aşamada sürece dâhil olmaktadırlar. Gerçekçi ve uygulanabilir öncelikli hedeflerin belirlenmesi: Sağlık planlamalarında öncelikli hedefler belirlenirken nelerin dikkate alınacağı ile ilgilidir. İhtiyaçların karşılanabilmesi için gerekli kaynakların oluşturulması: Sadece insan gücü, finansal kaynaklar, tıbbi makine ve teçhizatlar, beceri ve bilgi gibi unsurların bir araya getirilmesi ile alakalı olmayıp aynı zamanda gelecekte ihtiyaç duyulabilecek unsurlarında şimdiden

alt yapısının oluşturulması ile ilgilidir. Hedeflenen planların gerçekleştirilmesi için yönetimsel eylemlerin projelendirilmesi: Elde edilen veriler ve kısıtlar altında planlamanın uygulamaya geçirilmesi için gerekli olan yönetimsel görev dağılımının yapılması ve bireylerin liyakat esasına göre görevlendirilmelerinin yürütülmesi aşamasını içermektedir. Oluşturulan bu aşamaların izlenmesini ve değerlendirilmesi: Gözlemlemenin, kaydetmenin ve raporlamanın oluşturulan planların uygulama aşamasında sürekli bir şekilde gerçekleştirilmesini ve ortaya konulan amaç ve hedeflerin ne kadarlık bir kısmının gerçekleştirildiğinin ölçülmesini kapsamaktadır. SAĞLIK POLİTİKASI Sağlık politikaları ile sağlık hizmetinin kimler tarafından üretileceği, finansman kaynakları, hizmeti üretenlere ücretlerinin ödenme yöntemleri ve hizmetin nasıl satın alınacağı belirlenir. Geniş ve karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin oluşturulması ve sunulması noktasında etkisi olan kamu kuruluşları, özel sektör temsilcileri ve gönüllü kurumlarca gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık politikası, bir toplum içerisinde ulaşılmak istenen belirli sağlık hedeflerini gerçekleştirmek için alınan kararları, yapılan planlamaları ve bunlar doğrultusunda gerçekleştirilmesi gereken eylemleri içermektedir. Açıkça tanımlanmış bir sağlık politikası ile; • Kısa ve uzun dönemli hedefler ortaya konulur, • Öncelikler ve farklı gruplardan beklenen roller ana hatları ile ifade edilir, • İnsanlar bilgilendirilir ve bir görüş birliğinin oluşması sağlanır. Paydaşların katılımının sağlanması Oluşturulacak sağlık politikaları, stratejileri ve planlarının etkili bir şekilde müzakere edilmesi ve uygulanması sağlık sektörü dışındakiler de dâhil olmak üzere bütün paydaşların planlamaya dâhil edilmesi ile mümkündür. Bütün iç ve dış paydaşların sürece katılımının sağlanması ile yani oluşturulacak çok geniş bir müzakere tabanı aracılığıyla sağlık politikalarının mevcut durumu, sağlık politikasına rehberlik edecek genel değerlerin ve hedeflerin belirlenmesi noktasında bir fikir birliği oluşturulabilecektir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden doğrudan, dolaylı, olumlu ya da olumsuz etkilenen veya etkileyen kişi, grup ya da kuruluşlardan oluşan paydaşlar iç ve dış paydaşlar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. İç paydaşlar arasında; • Sağlık Bakanlığı • Sağlık Politikaları Kurulu • Sağlık Meslekleri Kurulu • İl sSağlık mMüdürlükleri • Halk sSağlığı mMüdürlükleri • Devlet hHastaneleri • Eğitim ve aAraştırma hHastaneleri gibi doğrudan sistemi oluşturan birimler yer almaktadır. Dış paydaşlar arasında; • Hükûmet - sadece sağlık bakanlığı değil, bunun dışındaki Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gibi kurumlar. • Sivil tToplum öÖrgütleri ve sSendikalar, • Özel sSağlık kKuruluşları, • Özel sSağlık sSigortası kKurumları, • Dernekler (Kızılay ve Yeşilay gibi) , • Uluslararası pPaydaşları (Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, UNICEF, UNESCO, Dünya Bankası ve OECD gibi) kurumlar yer almaktadır. Tüm paydaşlar için ortak bir zemin oluşturularak bilgilerin toplanması, müzakerelerin yürütülmesi, bir fikir birliğinin tesis edilmesi, ülkeye özgü teknik destek ve iş birliğinin ortaya konulması sağlık politikası oluşturma süreci içerisinde oldukça önemlidir. Durum analizi ve önceliklerin belirlenmesi Durum analizi mevcut sağlık durumunun bir değerlendirmesi olup ulusal politikalar, stratejiler ve planların güncellenmesi ve tasarlanması için esas teşkil etmektedir. Güçlü bir durum analizi sadece nüfusun epidemiyolojisi, demografik özelliklerini ve sağlık durumu gibi var olan özellikleri tanımlayan bir gerçekler derlemesi değildir. Bunlara ek olarak güçlü bir durum analizinin, mevcut ve gelecekteki potansiyel sağlık sorunlarını ve bunların belirleyicilerini beklenti ve ülkenin ihtiyaçlarına göre ayrıntılı bir şekilde ortaya koyması gerekmektedir. Güçlü bir durum analizi değerlendirmesinin aşağıda verilen bilgileri içeriyor olması beklenmektedir: • Mevcut ve öngörülen hastalık yükü ve sağlık sorunları da dâhil olmak üzere sağlık ve sağlık ihtiyaçlarının sosyal belirleyicileri, • Sosyal beklentilerin yanı sıra sağlık hizmetlerine olan mevcut ve öngörülen talep için beklentileri, • Sağlık hizmeti ihtiyaçlarında ve beklentilerinde oluşan sağlık sistemi performans ve performans eksikliklerinin belirleyicileri, • Mevcut ve gelecekte oluşabilecek zorluklara karşı sağlık sektörü kapasitesi, • Sağlık hizmeti ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap verecek insan gücü, fiziksel mekân, finansal ve bilgisel kaynakların ve bunların eksikliklerinin belirlenmesi, • İçsel ve dışsal paydaşların pozisyonları. Paydaşlar arasında bir fikir birliğinin oluşturulması Birçok ülkede, daha kapsamlı, tutarlı ve dengeli bir ulusal sağlık politikası oluşturulabilir. Buradaki en önemli sorun hastalığa özgü veya programa özel planlar arasında yeterli bağlantıların sağlanmasıdır. Program planlama çabaları ve ulusal planlama süreçleri arasındaki bağlantının kesilmesi uygulamada oransızlığa, tutarlılık eksikliğine ve daha sonra bunları izleyen birçok probleme yol açmaktadır. Oldukça karmaşık olan bu problemler arasında: • Farklı paydaşlar ve farklı planlama döngüleri ile yürütülen program planlama sürecinin sıklıkla ulusal planlama döngüsü ile bağlantısının kopması, • Yeterli ve kapsayıcı katılımcı durum analizleri ve öncelik düzenlemeleri eksikliği, • Mevcut kıt kaynakların parçalanması ile etkinliğinin kaybolması sayılabilir. Kapsamlı bir ulusal sağlık politikası, stratejisi ve planlamasının her türlü sağlık problemine hitap etmesi beklenmekte ve oluşturulacak her bir programın kullanılacak kaynaklar ile ilgili olarak gerçekçi bir yaklaşım kullanılarak oluşturulması gerekmektedir. Ortaya Konulan Vizyonların Gerçeğe Dönüştürülmesi Bir sağlık sisteminin çeşitli düzeylerde etkin bir şeklide planlanması insanların ihtiyaçları, beklentileri ve genel ulusal öncelikler arasındaki uyumun sağlanması için önemlidir. Bu nedenle ulusal politikalar, stratejiler ve planlar yerel düzeyde stratejik

ve operasyonel planlar ile bağlantılı olmalıdır. Kaynak Miktarlarının ve Maliyet Planlarının Oluşturulması Sağlık hizmetlerinin sunumu ya da sağlık harcamaları için ödenen paraların toplanmasını ile ilgili planlamaların gerçekleştirilmesi gereken bu safhada aşağıdaki soruların geniş anlamda ele alınıp değerlendirilmesi oldukça önemlidir. • Ne kadar paranın kullanılabilir olduğu? • Mali yükü kimin taşıdığı? • Fonları kimin kontrol ettiği? • Risklerin nasıl havuzlandığı? • Sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığı? Sağlık politikalarının sürekliliğinin sağlanması bu politikaların finanse edilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda politikalar oluşturulurken maliyet bilgileri ile bu sürecin desteklenmesi oldukça önemlidir. Çünkü farklı senaryolar için oluşturulacak farklı maliyet bilgilerinin etki maliyet temelinde karşılaştırılması kolaylaşacaktır. Bu durum politika yapıcıların ve liderlerin seçenek arasında bilinçli bir şekilde bilgiye dayanan kararlar vermelerine olanak sağlayacaktır. İzleme/Değerlendirme Sağlık politikalarının çıktılarının geliştirilmesi izleme ve değerlendirme aşamalarına yapılacak olan artırılmış ve ulusal sağlık politikalarının, stratejilerinin ve planlarının nasıl uygulandığı üzerine daha fazla odaklanmış yatırımlar ile mümkündür. Ortak yıllık değerlendirmeler sırasında örneğin sağlık sektörü içerisindeki ve dışındaki farklı aktörlerin oluşturulan politikaların performanslarını ve ilerleme kaydedip kaydetmediğini önceden kabul edilen kriterler ve göstergeler kapsamında tek bir değerlendirme ve izleme çerçevesinde değerlendirmesi sağlık politikalarının gelişimi ve başarıya ulaşması için hayati önem taşımaktadır. Bahsi geçen bu sürecin düzgün bir şekilde tasarlanması öğrenmeye olanak sağlayacağı gibi planlama sürecinin sürekli bir şekilde gelişimine de katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda bu aşama politika reform süreçlerinin belgelenmesini sağlayacaktır.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlıkta Planlama
ÜNİTE NO 3
YAZAR Öğr.Gör. NURMUHAMMET TAŞ

SAĞLIK PLANLAMASI Plan, bir hedefe varılırken takip edilen yol ve davranış şeklini ortaya koyar. Planlama ise yöneticinin geleceğe dönük hedeflerine ve kendisine açık olan seçenekleri tespit etmesine yardımcı olan bir süreç olarak düşünülebilir. Planlama dar ve geniş olacak şekilde iki tarzda ele alınabilir. Geleceğin planlanması stratejik, taktiksel ve operasyonel karar düzeyleri olarak üç şekildedir. Planlamanın kapsamı dikkate alındığında toplumun genelini kapsayıcı makro düzeyde planlama ve kurum bazında yapılan mikro planlamalar da söz konusudur. Planlama Kavramı ve İşletmeler Açısından Önemi Hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşılması için gerekli olan faaliyetlerin tespit edilmesi sürecine planlama denir. Planlama, bir hedefle ilişkili tüm etkinliklerin önceden tespit edilmesidir. Geleceğe yönelik hedefler ile ilgili kaynakları dağıtma ve yönetme aracı olan planlama yapılacak şeyin, nasıl, ne zaman yapılacağını ve kimlerin bu işte sorumlu olacağının belirlenmesidir. Örgütsel hedefler belirlendikten sonra yapılacak olan işlem bu hedeflerde nasıl başarılı olabileceğini gösteren planların geliştirilmesidir. Hedeflere ulaşabilmek için farklı yöntemler mevcuttur. Planlarla yöntemleri irdelenerek hedeflerin nasıl gerçekleştirileceği ortaya konur. Ama planlama en üst kademeden en alt düzeye kadar bütün yöneticilerin temel sorumluluklarından bir tanesidir. Plansız etkin bir yönetim düşünülemez ve planlama işletmenin faaliyetlerinin yönetimini içerir. Bu anlamda işletmede kapsamlı genel planlar ve ayrıntılı özel planlar çalışanlar için yapılabilir. Planlar; kısa, orta ve uzun süreli olacak biçimde tasarlanır. Kısa vadeli planlar, 1 yıla kadar olan süreyi; orta vadeli planlar 1-5 yıllık süreyi ve uzun vadeli planlar ise 5 yıldan fazla genellikle 10-15 yıllık süreleri içerirler. Gelecekle ilgili yapılan tahminleri güçleştiren önemli faktörlerden bazıları "belirsizlik" ve "risk faktörleridir". Bu faktörler arasında; gelecekteki teknolojik değişmeler, mevsimlik, moda, ekonomik ve yapısal gelişmeler gibi faktörler belirsizliğe neden olur. Kısa vadeli planlarda başarı ihtimali artar. Planlama aşamaları amaçların saptanması, olanakların araştırılması, seçeneklerin belirlenmesi ve karşılaştırılması, en uygun seçeneğin belirlenmesi, plan hedeflerinin belirlenmesi, planın denetimi olarak 6 kısımdan meydana gelir. Planlamayı engelleyen etmenler ise zamanın genişliği, yönetsel sorunlar ve insan etmeninin doğurduğu sorunlardan oluşur. Planlama Yöntemleri Planlama yöntemleri misyon ve vizyonun açıklanması, amaçların belirlenmesi, varsayımların belirlenmesi, alternatiflerin belirlenmesi, alternatiflerin arasında seçim yapılmasını içerir. Planlamanın işletmenin hedefleri (misyon ve vizyon) doğrultusunda hazırlanması gerekir. Misyon, işletmenin yapmak istediği şey, hangi nedenle kurulduğunu, kendisini nasıl görmek istediğini ve varlığının nedenini tanımlar. Stratejik planların temelini vizyon oluşturur. Vizyon, mevcut gerçeklerle gelecekteki koşulları birleştirerek istenilen bir gelecek imajı oluşturmaktır. Plan Türleri ve Nitelikleri Plan türleri nitelikleri açısından planlar, içeriği açısından planlar, tekrar edilme durumlarına göre planlar, içerdikleri zaman açısından planlar, ilgili oldukları örgüt kademesi bakımından planlar, teknik yapılarına göre planlar olmak üzere 6 çeşittir. Planlama geleceğe yönelik düşünme, değerlendirme, araştırma ve inceleme işlevine sahip olmalıdır. Esneyebilen ve değişebilen olmalıdır. Planlarda hız ile doğruluk derecesi arasında uygun bir denge kurulmalıdır. Kısıtlı kaynaklar üst düzeyde ve iktisatlı kullanılmalı hedeflere yönelik, sade ve anlaşılır bir plan olmalıdır. Planlar ulaşılabilir ve mantıklı olmalı en uygun zamanı ele almalıdır. Planlama, farklı düzeylere yayılmalı, üst düzeylerde planlar genel ve uzun dönemli olmalı; alt düzeylere inildikçe ayrıntılı ve kısa vadeli planlar hazırlanmalıdır. Planlamanın Avantajları ve Sakıncaları Planlama yöneticilerin olaylar hakkında düşünmelerine gelişmeleri işletmenin hedeflerine uygun şekilde yönlendirmelerine yardımcı olur. Planlama, işletmenin işlevlerinde ekonomik ve mantıklı olmaya imkân verir. Planlama, işletme kaynaklarını aktif kullanarak verimliliği artırır. Planlama, gelecek ile ilgili soru işaretlerini azaltır ve hızlı değişimlere karşı tedbirli olma imkânı verir. Planlamanın efor ve süre gibi önemli harcamalar gerektirmesi hedefe uygun planlamaların maliyetinin fazla olması gibi sakıncaları mevcuttur. Planlamada yöneticilerin olması gerekenden daha fazla gelecek ile alakadar olmaları, mevcut durumu ihmal etmelerine neden olabilir. Planlama, uygulayanların girişim potansiyelini köreltebilir. Yönetimin fonksiyonları planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon, kontrol olmalıdır. Sağlık

Planlaması Sağlık planlaması; sağlık hizmetlerinin planlı gelişmesini gerçekleştirmek için ülkenin medikal hizmet ihtiyacını ülkenin kaynakları ile dengeleyerek ve medikal hizmet alanındaki teknolojik gelişimler ve birikimleri göz önüne alarak yapılan bir planlamadır. Sağlık planlamasının amacı medikal hizmet arz ile talep durumunun belirlenmesi, isteklerin eldeki kaynaklara göre karşılanması, ülkenin sosyoekonomik ihtiyaçlarına en uygun yatırım planına dönüştürülmesidir. Sağlık planlamasına olan inanç, devletlerin iktisadi ve sosyal gelişmeyi aynı çerçeve içinde görmeye başlaması ve bunu sağlayacağı faydalara inanmış olmalarından doğmaktadır. Sağlıktaki düzelmeler sonucunda ortaya çıkacak üretim artışları, ilerideki tıbbi bakım giderlerinden ve muhtemel kayıplardan tasarruflar, iş gücü kayıplarının azaltılması ve çalışma yaşının uzatılması ve toplumun sağlık standardının yükseltilmesi gibi faktörler sağlıkta planlamayı gerektirmektedir. Sağlık planlamasında karşılaşılan zorluklar, bilgi birikimi ve planlama anında mantıklı bir karara varmanın zorlukları, karar anında maruz kalınan psikolojik baskılar ve yerinde bir karara varırken, kararı etkileyen faktörler üzerinde karar verenin kontrol eksikliğidir. Planlamanın özellikleri, planın türü, kapsadığı zaman dilimi, planı yapanlar ve planlamada kullanılan yaklaşımlarca belirlenir. Sağlık hizmetlerinde stratejik planlama uzun vadeli, sağlık örgütündeki liderin de katkısıyla üst düzey yöneticilerce hazırlanan planlamadır. Bu planlamada şartlar göz önüne alınarak amaçlar ve takip edilecek stratejiler belirlenir. Operasyonel planlama orta vadeli, orta düzeydeki yöneticiler için gerekli planlamadır. Bu planlar stratejik planlarla uyumlu ve onlara yardımcı olacak bir biçimde olmalıdır. Planlamaya yaklaşım bireysel ya da bir grup faaliyeti, sistematik veya öngörülen biçimde, kantitatif ya da kalitatif, etki ya da tepkiye neden olacak, artışçı ya da geliştirici ve daha başka yaklaşımlarla farklı şekilde yapılabilir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, toplumsal planlama, kurumsal planlama ve program planlama olmak üzere üç şekildedir. Toplumsal planlama sınırları saptanmış bir yerde yaşayan kişilerin sağlığı için elde bulunan kaynakların kullanımı amacıyla yapılan planlamadır. Kurumsal planlama bir sağlık kurumunun hangi tür hizmetleri ne düzeyde verebileceğinin tespit edilmesi için yapılan planlamadır. Program planlama her iki planlamadan da kısımlar içerir. Program planlamanın hedefinin belirli bir topluluk için, özel bir sağlık hizmeti sağlamak olduğundan toplumsal planlamanın yöntemlerini kullanması gerekir. Kurumsal planlamaya benzer; çünkü plan, hedef topluma verilecek hizmeti bir kurum üzerinde başlatır ve geliştirir. Gelişmiş ülkelerde sık kullanılan planlama şeklidir. Planlama, hedeflerin belirlenmesiyle birlikte mevcut durumun değerlendirilmesi, eleman ihtiyacının planlanması, iş gücü planlanması ve eğitimi içeren üç tür işlevi gerektirir. Sağlık planlaması, her ülke için önemli bir ihtiyaçtır. Planlamayı yapabilmek için sağlıkla ilgili bilgileri koordine edebilecek bir ekibe ihtiyaç vardır. Sağlık programlaması için uygun bir enformasyon sistemine gereksinim vardır. Planlama basit olabileceği gibi komplekste olabilir. Gerekli olan, basitliğine ve kompleksliğine bakmadan diğer birimlerle bilgi alışverişi yapmasıdır. Belirli aralıklarla süreci değerlendirip düzeltmeler yapmak gerekir. Esas mesleği sağlık olan veya olmayan uzmanlara eğitim verip ayrıntıda da ‘sağlık üzerine planlama’ eğitimi yapılmalıdır. Planlamayı uygulayarak öğrenmek en güzel eğitim şeklidir. Planlamada araştırmanın çok önemli bir rolü vardır. Sağlık planlaması hakkında konferanslar sık sık yapılmalı, ülkeler arasında bilgi alışverişi olmalıdır. Problemlerin ve sıkıntıların ülkeden ülkeye çeşitlilik göstermesine rağmen, bunların çözümünde standartların oluşturulması daha kolay sonuçlar elde edilmesine olanak sağlar. Sağlık personeli kullanılan ortak kavramlardan haberdar edilmelidir. Değişik ülkelerden sağlık planlaması ve değerlendirilmesi üzerine enformasyon toplanmalı, bir merkezde değerlendirilmeli ve kullanılabilir bir biçime dönüştürülmelidir. Ülkeler, kendileri için kullanıma uygun veriler elde ederek onları toplamalı, birleştirmeli ve sağlık planlamacıların eğitimi için sunmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ülkeler için kurallar, standartlar, kavramlar kalıp-süreçler tespit ederek bu koordinasyonu kısmen yerine getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık planlaması ve değerlendirmesiyle ilgili araştırmaların devamında ve bu konuyla alakalı eğitimde çok önemli bir sorumluluğu yerine getirmektedir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlıkta Stratejik Planlama
ÜNİTE NO 4
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi ESİN KAVURAN

Sağlıkta stratejik planlama, bir organizasyonun mevcut durumu ile gelecekte ulaşmak istediği hedefler arasındaki yolu belirleyen, kaynak kullanımını optimize eden ve performansı artıran bütüncül, uzun vadeli ve sistematik bir yönetim sürecidir. 1950'li ve 60'lı yıllarda büyük ölçekli firmaların gelişimini planlamaya odaklanan bu kavram, günümüzde yönetimin temel fonksiyonlarından biri olarak, örgütün ne yaptığını ve neden yaptığını açıklayarak yönetim kararlarını disiplinli bir süreç içinde yönlendirir. Planlama genellikle stratejilerin detaylandırılması iken, stratejik düşünme yöneticilerin deneyim ve araştırmalar yoluyla örgütün vizyonunu belirlemesini kapsar. Bu süreç, kuruluşların uzun vadeli hedeflerini netleştirmesine, planlı hareket etmesine ve kararların olası sonuçlarını önceden değerlendirmesine olanak tanır. Sağlık sektöründe stratejik planlama, değişim temposunun hızlanması, belirsizliklerin artması ve sürdürülebilir rekabet avantajına duyulan ihtiyaç nedeniyle giderek daha önemli bir konum kazanmaktadır. Sağlık kuruluşları, çevresel değişimlere ve teknolojik gelişmelere uyum sağlamak için bilgi ve kaynaklarını en etkin biçimde kullanmak zorundadır. Stratejik planlama, organizasyonlara hem iç hem de dış çevrelerini analiz etme, amaçlarını, temel faaliyetlerini ve geleceğe yönelik hedeflerini netleştirme imkânı sunar. “Biz kimiz?”, “Şu anda hangi konumdayız?” ve “Çevremiz bize ne ifade ediyor?” gibi sorular, stratejik planlamanın merkezinde yer alır. Sürecin uygulanması ciddi zaman, mali kaynak ve yoğun dikkat gerektirir; kuruluşların kendilerini ve çevrelerini doğru anlamak için kapsamlı analizler yapması ve bilinçli kararlar alması esastır. Tıbbi gelişmeler, dijital sağlık uygulamaları ve teknolojik dönüşümle güncel kalma zorunluluğu, stratejik planlamanın bu sektördeki vazgeçilmez rolünü pekiştirmektedir. Stratejik planlama süreci yedi ana aşamadan oluşur. İlk olarak, örgütün varlık sebebini açıklayan **misyon** ve gelecekte ulaşmak istediği durumu tanımlayan **vizyon** netleştirilir. Bu, strateji alternatiflerinin geliştirilmesi ve en uygun stratejinin seçilmesi için temel oluşturur. İkinci aşamada, **dış ve iç çevre analizi** yapılır. Dış çevre PESTEL (Politik, Ekonomik, Sosyolojik, Teknolojik, Ekolojik, Yasal) çerçevesinde, iç çevre ise SWOT (Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler) yöntemiyle değerlendirilir. Bu analizler, örgütün kaynaklarını, yeteneklerini, pazar koşullarını, fırsat ve tehditleri belirlemesine yardımcı olur. Üçüncü aşama, **hedeflerin belirlenmesi**dir. Bu hedefler, SMART (Özgül, Ölçülebilir, Ulaşılabilir, İlgili, Zamanlanmış) kriterlerine uygun olarak kısa, orta ve uzun vadeli olarak tanımlanır ve örgütün nerede olduğu, nereye ulaşmak istediği ve başarıyı nasıl takip edeceği sorularına yanıt arar. Dördüncü aşamada, belirlenen hedeflere ulaşmayı sağlayacak **stratejiler geliştirilir**. Bu stratejiler, yaratıcı düşünme, kaynak kullanımı, rekabet avantajı ve sürdürülebilirlik unsurlarını göz önünde bulundurarak tasarlanır. Beşinci aşama, seçilen stratejilerin etkin bir şekilde hayata geçirilmesi için **eylem planlarının hazırlanması**dır. Bu planlar, kullanılacak kaynakları, bütçeleri, insan gücünü, sorumlulukları ve zaman çizelgelerini detaylandırır. Altıncı aşama, **izleme ve değerlendirme**dir. Performans göstergeleri (KPI'lar) kullanılarak gerçekleşen sonuçlar, planlanan hedeflerle karşılaştırılır; sapmalar tespit edilir ve gerekli düzeltmeler yapılır. Son olarak, yedinci aşamada, elde edilen **geri bildirimler** bir sonraki planlama döngüsüne entegre edilerek sürecin sürekli iyileştirilmesi ve güncel koşullara uyumlu hale gelmesi sağlanır. Sağlıkta stratejik planlama, operasyonel süreçlerin iyileştirilmesi, sağlık profesyonellerine rehberlik sağlanması ve sektördeki hızlı değişimlere uyum kapasitesinin artırılması gibi somut amaçlara hizmet eder. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artışı ve teknolojik gelişmeler, bu planlamanın gerekliliğini artırmaktadır. Sürece doktorlar, hemşireler, yöneticiler, hastalar ve toplum temsilcileri gibi tüm paydaşların dahil edilmesi, planın kapsayıcılığını ve uygulanabilirliğini artırır. Finansal ve insan kaynaklarının doğru tahsisi için maliyet analizi, yatırımların önceliklendirilmesi ve performans bazlı bütçeleme yöntemleri kritik öneme sahiptir. Veri odaklı karar destek sistemleri, elektronik hasta kayıtları ve yapay zekâ uygulamaları gibi teknolojik gelişmelerin entegrasyonu, hizmet etkinliğini ve verimliliğini artırır. Salgınlar, bütçe kesintileri gibi belirsizliklere karşı risk analizi ve esnek aksiyon planları içeren bir yaklaşım, krizlere hızlı yanıt verilmesini sağlar. Performans göstergelerinin düzenli raporlanması, şeffaflığı artırır ve performans yönetimini güçlendirir. Sürekli iyileştirme döngüsü

olarak ele alınan planlama, kalite yönetim çerçeveleriyle entegre edilerek hem hizmet kalitesini hem de operasyonel verimliliği sürekli iyileştirir. Stratejik planlamanın kurumlara sağladığı yararlar çok boyutludur. Kurumlara "büyük resmi görme" imkânı sunarak stratejik düşünme ve eylem geliştirme kapasitesini artırır, karar verme süreçlerini iyileştirir ve bugünkü kararların gelecekteki sonuçlarını öngörmeye dayalı bir temele oturtur. Organizasyonel duyarlılığı ve performansı artırır, değişen iç ve dış taleplere rasyonel yanıt verilmesini sağlar. Çalışan ve ekip çalışmalarına katkıda bulunarak görev ve sorumlulukları netleştirir, uzmanlaşmayı teşvik eder ve koordinasyonu güçlendirir. Kurumsal problemlerin çözümüne yardımcı olur ve kurumun stratejik kapasitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmeye yönelik önceliklerin belirlenmesine katkı sağlar. Ancak, sağlıkta stratejik planlama sürecinde mali kaynak kısıtlamaları, nitelikli insan kaynağı eksikliği, veri entegrasyonu sorunları, hızlı teknolojik gelişmelerin adaptasyonu, değişen piyasa dinamikleri ve kurumsal direnç gibi önemli zorluklarla karşılaşılır. Özellikle kamu sektöründe, karlılık yerine hizmet kalitesi ve vatandaş refahı hedeflendiğinden, özel sektör yöntemlerinin doğrudan uygulanması zordur. Hiyerarşik yapılar ve sınırlı yetkiler, esnek ve hızlı hareket etme kapasitesini kısıtlayabilir. Başarı, iyi hazırlanmış planların yanı sıra kaynak yönetimi, veri bütünlüğü, teknolojik adaptasyon, kurumsal kültür ve değişime uyum gibi faktörlerin dengeli ve etkili yönetilmesinden geçer. Türkiye'de sağlıkta stratejik planlama, sosyal, ekonomik ve demografik dinamiklerle şekillenmektedir. Mülteci ve göçmen popülasyonlarının artmasıyla sağlık sistemleri bu grupların özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmekte, mülteci çocuk sağlığı ve erişilebilir hizmetler önceliklendirilmektedir. Nüfus yaşlanması, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına yönelik planları zorunlu kılarken, aile planlaması hizmetleri toplum sağlığını iyileştirmede kritik bir araç olarak görülmektedir. Acil durum yönetimi, hastanelerin afet ve acil durum planlarıyla sağlık sisteminin dayanıklılığını ve krizlere yanıt kapasitesini artırmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2024-2028 Stratejik Planı, milli teknoloji ve yerli üretimi geliştirme, Ar-Ge, teknolojik altyapıyı güçlendirme, sağlık turizmi, sağlık sistemleri ve diplomasi ile ilaç ve tıbbi cihaz güvenliği gibi temel stratejik alanlara odaklanmaktadır. Küresel sağlıkta stratejik planlama, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası kuruluşlar ve ulusal sağlık servisleri tarafından yürütülmektedir. WHO, evrensel sağlık kapsamı, Küresel Sağlık Güvenliği Girişimi, Akciğer Sağlığına Pratik Yaklaşım (PAL), Etkili Diyabet Yönetimi İçin Küresel Ortaklık ve Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı Küresel Stratejisi (2016 -2030) gibi inisiyatiflerle küresel sağlık sorunlarını ele almaktadır. Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Servisi (NHS), kaynakları etkin yönetmek ve hasta bakımını iyileştirmek için "Beş Yıllık İleriye Bakış Planı"nı uygulamakta, hizmet entegrasyonu ve önleyici sağlık uygulamalarına odaklanmaktadır. ABD Küresel Sağlık Girişimi (GHI) ise gelişmekte olan ülkelerde anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve beslenme alanlarında sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Avrupa Küresel Sağlık Stratejisi, ülkeler arası iş birliğini ve ulusal sağlık önceliklerinin uyumlaştırılmasını hedeflerken, ABD, İsviçre ve Çin gibi ülkeler de kendi ulusal stratejilerini geliştirmiştir. Bu küresel stratejiler, sağlık sistemlerini güçlendirmeyi ve dünya genelinde sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedeflemektedir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi
ÜNİTE NO 5
YAZAR Prof.Dr. SALİH BÖRTEÇİNE AVCİ

STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ Sağlık hizmetleri kendine özgü yapısı gereği iyi eğitim almış farklı yeteneklere sahip çalışanlar tarafından yürütülmektedir. Sağlık kurumları hizmet üretiminde farklı meslekleri bir araya getirmesi ile diğer kurumlardan ayrılmaktadır. İster tıbbi klinik ve poliklinik hizmetleri olsun isterse yönetim hizmetleri olsun çalışma şekillerindeki etkileşimleriyle, uygulama kapsamlarıyla ve eğitim düzeyleri ile sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi stratejik bir bakış açısı ile ele alınmalıdır. Önceki yıllarda Türkiye'de ulusal düzeyde sağlıkta merkezî insan kaynakları ile ilgili planlama ve politika geliştirme işi Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülmekteydi. Günümüzde bu yetki hastane birleşmeleri ve mevzuat değişiklikleri ile birlikte alt yönetim süreçlerine kaymaktadır. Bu nedenle tepe yönetimin insan kaynakları yönetimi için stratejik bakış açısına sahip olması kritik bir öneme sahiptir. Strateji değer yaratmak anlamına gelir. İyi bir strateji önceden belirlenen hedeflere ulaşmak için işletmelere rehberlik ederek değer yaratan faaliyetlerin gerçekleşmesine yardımcı olur. Strateji; rekabetçi avantaj, ayırt edici yetenekler ve stratejik uyarlama şeklinde üç tamamlayıcı yapı üzerine temellendirilmiştir. Analitik bir açıdan bakıldığında stratejik yönetimi üç boyutla değerlendirebiliriz. Birinci boyutunda örgütün uzun dönemli başarısını belirleyecek karar ve planlar yer alır. İkinci boyutunda, stratejinin yürürlüğe konulması için gerekli olan organizasyon, program, bütçe ve faaliyet süreçlerinin uygulanması yer alır. Son boyutta ise başarı için amaçlar ve misyonlarda belirtilen sonuçlara ulaşılıp ulaşılmadığının değerlendirmesi yapılır. İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) Sağlık kurumları rollerini optimize etmek istiyorlarsa etkili bir insan kaynakları yönetimi oluşturmaları gerekir. İnsan kaynakları yönetimi, işletmelerde iş gücünün seçilmesi, iş birimlerine yerleştirilmesi, eğitimi, geliştirilmesi, etkili ve verimli olanların çalışmalarının devamının sağlanması ile yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirirken, insan kaynakları yönetimi çeşitli faaliyetlerle uğraşarak stratejik anlamda farklı sorumluluklar üstlenir. STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI Günümüzde sağlık kurumlarının; hızlı şekilde değişen teknoloji, karmaşık mevzuatlar ve yükselen küreselleşme gibi iş yeri zorlukları ve çevrenin yoğun baskısı ile mücadele edebilecek şekilde bir strateji geliştirmeleri gerekir. Operasyonel düzeyde strateji belirlenirken kurumlar başarının sağlanması için tüm işletme fonksiyonlarında özellikle de insan kaynakları fonksiyonunda stratejik planlamayı bir zorunluluk olarak görmelidir. Stratejide planlama, bir örgütün amaç ve misyonlarında açıklanan durumlara erişmek için tepe yönetim tarafından yapılan uzun vadeli planlardır. Bu hâliyle stratejik planlama, bir örgütün uzun vadeli başarısını belirleyen kararlar bütünüdür İKP doğru zamanda doğru yerde doğru insanların uygun sayıda sağlanması için belirli görevlerin tasarlanması sürecidir. İKP, stratejik hedeflerinde yeteneklerin yayılımı ve çalışanlar için gelecekteki arz ve talebin sistematik tahmin sürecidir. İKP çalışanların örgütün mevcut ve gelecek insan kaynağı gereksinimlerinin tanımlanması ve personelin tüm etkinliklerinin denetlenmesi ve gereksinimlerle buluşan uygulama planlarının geliştirilmesini kapsar. Stratejik insan kaynakları planlaması için seçilen stratejiler, işletme faaliyetlerini yürütecek insan kaynağına ilişkin yeteneklerin geliştirilmesi ve çalışanların bu yeteneklerle uyumunun sağlanması üzerine odaklanmaktadır. Bunun için öncelikle mevcut iş gücü envanteri çıkarılmalıdır. İş gücü envanterinin ardından iş gücüne yönelik seçilen planlama stratejileri için arz ve talep planlamaları yapılır. Arz ve talep planlamasında; iş gücü miktar ve özelliklerini etkileyen mal ve hizmetlere ilişkin talep ve kapasite tahminlerin hazırlanması gerekir. Bunun yanında iş yerinden ayrılan ve ayrılma olasılığı olan personel bilgileri ile iş gücü açığının tahmini ve teknolojik değişimlere ilişkin iş gücü ve yeteneklerinin belirlenmesi faaliyetleri mali yapı itibarıyla ele alınmalıdır. İnsan Kaynağı Sağlama Planları Kaynak sağlama stratejileri işletme stratejileri ve demografik eğilimlerin analizleri yoluyla oluşturulur. Bu stratejiler daha sonra arz tahmini, talep tahmini ve aksiyon planlama faaliyetleri ile ilgili çıktılar üzerine temellendirilen faaliyet planlarına dönüştürülür. Talep Tahmini: Gelecekteki kurumsal faaliyet seviyelerinin tahmini ve faaliyet planlarına ilişkin gelecek insan kaynakları ihtiyaçlarının ve becerilerinin tahmin edilmesi ile ilgilidir. Arz Tahmini: Mevcut kaynakların analizi ve gelecekteki uygunluğuna ilişkin beşerî kaynağın insanların arzının tahminini içerir. Arz tahmini

uygun beceriler ve demografik yapılarla ilgili iş gücü pazar eğilimlerini hesaba katacak bir tahmin sürecidir. Aksiyon Planlama: İçsel ilerleme, eğitim ya da dışsal takviye yoluyla tahminleri içeren planların hazırlanmasıdır. Eğer gerekliyse, zorunlu fazlalıklardan kaçınmak ve gerekli işletme küçülmeleri için planlar hazırlamak gerekir. Mümkünse muhafaza ve esneklik stratejilerinin geliştirilmesi bu planlama yoluyla sağlanabilir. İnsan kaynakları içsel ve dışsal olmak üzere iki kaynaktan tedarik edilir. İçsel kaynaklar, kurumda halen çalışan personeli ifade etmektedir. İnsan kaynakları gereksinmesinin çeşitli yöntemler ve araçlar kullanılarak mevcut personel ile giderilmeye çalışılması işletmeler için maliyet avantajı sağlar. Kurum içi kaynaklardan personel sağlanmasında yükseltme (terfi), transfer (nakil), rütbe düşürümü (tenzili rütbe) yöntemleri kullanılabilir. STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA SÜRECİ Stratejik insan kaynakları planlama sürecini sistem ve prosedürel olarak adlandırılan iki yaklaşım ile ele almak gerekir. İnsan kaynaklarının sistem yaklaşımı temkinli hesaplama ve analiz yoluyla yönetimin karar verme deneyiminin rasyonel planlama modeliyle denk tutulmaktadır. Burada örgüt, çalışanlardan ayrı bir varlık olarak düşünülür ve dışsal çevre kontrolünde bir ara yüz gibi işlev görerek detaylı içsel yapıların, paylaşılan amaçlar ve değerler üzerindeki baskına dayanan bir birim ideolojisi ile karakterize edilir. Bu yapının tersine prosedürel yaklaşım ise örgütlerde çıkar gruplarının sosyal etkileşimlerinden kaynaklanan bir temele dayanır. Örgütler ile onların inanç ve davranışlarının dinamizmini yaratmak için stratejik görünüme ihtiyaç duyulur. Ortaya çıkan bu uyum sosyal değişim ve uzlaşmanın devam eden sürecinin bir sonucu olarak zamanla kalıp hâline gelir. Bu perspektiften İKP süreci insan kaynakları stratejisinin sorumlulukları ile işletme stratejisinin sorumlulukları arasında devam eden etkileşim üzerine temellendirilmiş bir görünüme sahiptir. Stratejik insan kaynakları planlamasına ilişkin farklı yaklaşımlar da geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlar; klasik, neo-klasik, modern ve neo-modern stratejik planlama yaklaşımlarından oluşmaktadır. Stratejik insan kaynakları planlama süreci üç aşamalı bir planlama olarak da ele alınmaktadır. Bu aşamalardan birincisinde mevcut personelin özellikleri belirlenir ve iş gücü eğilimlerinin iş gücü arzı ve talebi açısından değerlendirilir. İkinci aşamada, örgütün mevcut iş potansiyelini yürütebilmesi için ne kadar personele ihtiyaç duyulduğu belirlenir. Üçüncü ve son aşamada ise ilk iki aşamanın değerlendirilmesi ışığında iş gücü fazlalığı veya iş gücü eksikliğine yönelik izlenecek yollar araştırılır. Bazı kaynaklarda ise bu sürecin beş aşamalı olarak incelendiği görülmektedir. Bu aşamaları ise örgütün amaçları, planları, mevcut insan kaynaklarının durumu, insan kaynakları tahmini, tamamlanan planlar, kontrol ve düzenleme aşamaları şeklinde sıralayabiliriz. İnsan Kaynakları Talebini Tahmin Etmek İçin Kullanılan Yöntemler Günümüzde optimal düzeyde talep tahmini yapabilmek için kullanılan nitel ve nicel teknikler bulunmaktadır. Nitel teknikler daha çok birim yöneticileri ve uzmanların öznel değerlendirmelerini ön plana çıkarırken, nicel teknikler insan kaynakları talebini istatistiksel ve matematiksel modeller yardımıyla tahmin etmeye çalışır. İnsan kaynakları talebinin tahmin edilmesinde kullanılan nitel teknikler; Yönetici ve uzmanların yargılarına dayalı tahmin, aşağıdan yukarıya tahmin, Delphi Tekniği, Nominal Grup Tekniği'dir. Diğer taraftan insan kaynakları talebini objektif yöntemlerle değerlendirmeyi esas alan nicel yöntemleri ise şu şekilde sıralayabiliriz; Matematiksel model, rasyo analizi, trend analizleri, regresyon analizi. İnsan Kaynakları Arzını Tahmin Etmek İçin Kullanılan Yöntemler Örgütün ihtiyaç duyacağı sayı ve nitelikteki insan kaynakları ihtiyacının ne ölçüde karşılanabileceği insan kaynakları arzına bağlı olarak belirlenmektedir. İnsan kaynakları arzının belirlenmesinde kullanılabilecek yöntemler şunlardır; İnsan kaynakları genel envanteri, Markov Analizi, insan kaynakları beceri envanteri, yeniden yerleştirme planı, örgütsel yedekleme. Arz ve Talebin Karşılaştırması ve Olası Eylem Planları İnsan kaynakları talep ve arzına yönelik tahminlerin belirlenmesinin ardından yapılması gereken, daha önce tahmin edilen iş gücü talebi ile iş gücü arzı arasında bir karşılaştırma yapmaktır. Eğer yapılan karşılaştırma sonucunda arz ve talep arasında bir açık çıkmıyorsa bu aşamadan sonrası için farklı bir eylem planı gerekmez. Söz konusu karşılaştırma sonucunda ortaya çıkabilecek ve düzeltici eylemler gerektiren diğer iki durum ise iş gücü ihtiyacına yönelik fazlalık ya da açıklık durumudur. İş gücü arzı ile talebi arasında ortaya çıkabilecek açıkların giderilmesine yönelik bu eylem planları aşağıdaki gibi sıralanabilir: Fazla mesailerini artırmak, geçici işçi ve kısmi zamanlı işçi istihdamını azaltmak, işe alım yapmak, eğitim ve geliştirmeyi hızlandırmak, dış kaynak kullanımı yapmak. İş gücü arz fazlalığı durumunda hazırlanacak eylem planları şunlardır: işe alımları durdurmak, geçici işçi ve kısmi zamanlı işçi istihdamını azaltmak, erken emeklilik planlarını başlatmak, personel sayısını düşürmek, çalışma saatlerini azaltmak. STRATEJİK İKP'DE PERSONEL İHTİYACI ÇEŞİTLERİ Personel ihtiyacı değişik biçimde kendisini gösterebilir. Bunlar; gerçek, yedek, ek ve yeni personel ihtiyacı biçiminde sınıflandırılır. STRATEJİK İKP'YE YÖNELİK EK STRATEJİLER Sağlık kurumlarında stratejik insan kaynakları planlaması yapılırken insan kaynağının durumu, planlanan işler için yeterli olmayabilir ya da planlanan iş için insan kaynağı sektörde bulunmayabilir. Bu durumda ek stratejiler geliştirilmesi gerekebilir. Literatürde genel kabul gören ek stratejiler; muhafaza stratejisi, esneklik stratejisi ve yetenek yönetim stratejisi olarak karşımıza çıkmaktadır. STRATEJİK İKP'Yİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İnsan kaynakları planlaması uygulanmasında içsel ve dışsal çevresel faktörlere ilişkin her türlü değişim dikkate alınarak planlama işlemleri yapılmalıdır. Sağlık kurumları

genel itibarıyla açık sistemlerdir ve açık sistem yaklaşımını genel olarak benimseyen stratejik bakış açısı insan kaynakları planlamasını etkileyeceği düşünülen içsel ve dışsal faktörlerin dikkate alınması gerektiğini öne sürer. Dışsal Faktörler: Çevresel belirsizlik, rekabet koşulları, teknoloji, ekonomik faktörler, yasalar, iş gücünün yapısıdır. İçsel Faktörler: örgütün stratejileri, örgütün özellikleri ve yapısı, hâlihazırdaki iş gücünün özellikleri, örgütün yetenekleri, bilgi sisteminin kalitesidir. STRATEJİK İKP'NİN FAYDALARI • Stratejik İKP boyutları strateji belirleme sürecinde gereken dikkati sağlar. • Stratejik İKP stratejilerle bütünleştirilmiş örgütsel bir ağ oluşturur. • Örgütün beşeri sermayesine benzersiz katkılar sağlar. • Yeterli insan kaynağı yeteneğinin sağlanamaması riskiniz azaltır. • Stratejik planlamadan kaynaklanan insan kaynakları problemlerine karşı formal süreçler sağlar. • Örgütün beşerî sermayesinin detaylı denetimini kolaylaştırır. • Örgütün mevcut yeteneklerinin bilgi birikiminin ve davranışlarının uygunlaştırılmasını sağlar. • Sayı, bilgi, yetenek ve davranışlar açısından içsel ve dışsal arza karşı çalışan talebini tahmin etmek için bir mekanizma sağlar. • Boşluk analizleri yoluyla iş gücü talep ve arzını karşılaştırır. • Strateji üretiminden kaynaklanan problemlerin karmaşıklığı için insan kaynakları çözümleri üretir. • Faaliyetlerin uyumlu bir şekilde geliştirilebilmesi için uygulama, prosedür, politika ve insan kaynakları stratejilerini sağlar. • İstihdam sayıları ve maliyetleri üzerinde kontrol sağlayarak detaylı bilgi oluşturur.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Ekonomisi
ÜNİTE NO 6
YAZAR Doç.Dr. NAİM ATA

1. Kavramsal Çerçeve ve Disiplinin Doğuşu
İktisat biliminde, ihtiyaçların kaynaklardan fazla olması durumu "kıtlık" olarak adlandırılır ve iktisadın temel problemini oluşturur. Bu durum yalnızca üretim ve tüketimi değil, sağlık hizmetlerini de doğrudan etkiler. Sağlık ekonomisi, iktisadi analiz ve teorilerin sağlık alanına uygulanmasıyla ortaya çıkan, kıt kaynakların etkin, verimli ve adil biçimde kullanılmasını inceleyen iktisadın bir alt dalıdır. Bu disiplin; koruyucu hizmetlerden tedaviye, insan gücü istihdamından sağlık altyapısına ve yeni tıbbi teknolojilerin geliştirilmesine kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsar. Amaç, toplumun sağlık düzeyini yükseltecek biçimde kaynakların tahsisini optimize etmektir.
2. Kapsam ve Analiz Alanları
Sağlık ekonomisinin kapsamı çok boyutludur:
Verimlilik ve kaynak tahsisi: Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan girdilerin optimum bileşimi.
Hastalıkların maliyeti: İşgücü kayıpları, üretim verimliliğindeki düşüşler.
Finansman modelleri: Genel sağlık sigortası, cepten ödemeler, özel sigorta ve kamu bütçe tahsisi.
Organizasyon ve düzenlemeler: Hizmet sunum modelleri, ruhsatlandırma, fiyat kontrolleri, teşvikler.
Mikroekonomik değerlendirmeler: Fayda–maliyet, maliyet–etkinlik, maliyet–minimizasyonu analizleri ve QALY gibi araçlar.
Piyasa dengesi ve erişim: Fiyat mekanizmasının sınırları, bekleme listeleri, fiyat dışı rasyonelleştirme.
Sistem değerlendirmesi: Performansın ulusal ve uluslararası göstergelerle karşılaştırılması.
Culyer & Williams'ın (1978) geliştirdiği "Sağlık Ekonomisinin Yapısı" şeması, bu alanın sistematiğini tanımlar; WHO'nun "Sağlık Sisteminin Altı Yapı Taşı" (servis sunumu, iş gücü, bilgi sistemleri, ilaç-teknoloji, finansman, yönetişim) modern sağlık ekonomisi analizlerinde temel referans kabul edilir.
3. Disiplinin Gelişimi ve Literatür
Sağlık ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ayrı bir disiplin olarak şekillenmiştir. 1950'li yıllarda ABD'de tıp fakülteleri ve ekonomi bölümlerinde ders olarak okutulmaya başlanmış, 1960'lı yıllarda bağımsız akademik bir çalışma alanı haline gelmiştir. Kenneth Arrow'un (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" makalesi, sağlık ekonomisinin kurucu metni kabul edilir. Arrow, sağlık hizmetlerinin belirsizlik içerdiğini, piyasa mekanizmasının tek başına etkin ve adil sonuç üretmediğini ve bu nedenle piyasa başarısızlıklarının devlet müdahalesi, sigorta sistemleri ve düzenleyici mekanizmalar ile dengelenmesi gerektiğini vurgulamıştır.
1970–80'li yıllar, sağlık sigortası sistemlerinin gelişimi, maliyet artışlarının kontrolü ve kamu-özel dengesinin sağlanması konularına odaklanmıştır. 1990'lardan itibaren sağlık teknolojisi değerlendirmesi (HTA), QALY ve maliyet-etkinlik analizleri sağlık politikalarının temel araçları haline gelmiştir.
4. Sağlık Harcamalarının Önemi
Sağlık harcamaları, sadece hastalıkların tedavisini değil, koruyucu hizmetler, aşılama, erken teşhis, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi gibi toplum sağlığını geliştiren faaliyetleri kapsar. OECD (2024) verilerine göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %9,2, ABD'de %16, Türkiye'de ise 2023 itibarıyla %5,1'dir (TÜİK, 2024). 2023'te Türkiye'de toplam sağlık harcaması % 80,9 artışla 606,8 milyar TL'ye ulaşmış, kişi başı harcama 7.047 TL olmuştur. Satın Alma Gücü Paritesi (SGP) bazında Türkiye'nin kişi başı harcaması yaklaşık 1.400 dolar olup OECD ortalamasının %40–50 altındadır. Bu durum, sağlık yatırımlarının artırılması gerekliliğini ortaya koyar.
5. Talep Dinamikleri
Sağlık talebi, klasik mallardan farklıdır. Sağlık bir yatırım malı niteliğindedir; bireylerin üretkenliği ve yaşam kalitesine doğrudan katkı sağlar. Talep genellikle inelastiktir (fiyat artsa da azalma eğilimi zayıftır) çünkü sağlık hizmetleri ertelenemez ve ikame edilemez. Talebi etkileyen başlıca faktörler:
Fiyat: Fiyat artışı talebi sınırlı etkiler.

Gelir: Gelir yükseldikçe sağlık harcaması artar (normal mal).
Demografi: Yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların sıklığı.
Eğitim ve sağlık bilinci: Koruyucu hizmetlere talebi artırır.
Epidemiyolojik ve teknolojik değişimler: Pandemiler, yeni tanı-tedavi teknolojileri.
Fiyat mekanizmasının denge kurma gücü sınırlıdır; bu nedenle bekleme listeleri ve randevu sistemleri gibi fiyat dışı yöntemler yaygındır. Talep tahmininde geçmiş veriler, ihtiyaç temelli planlama, uzman görüşleri, zaman serileri ve ekonometrik modellerin yanı sıra büyük veri, yapay zeka ve makine öğrenmesi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır.

6. Arz Dinamikleri

Ekonomide arz, üreticinin belirli dönemde piyasaya sunmaya hazır olduğu mal ve hizmet miktarıdır. Sağlık sektöründe arz fiyat değişimlerine kısa vadede sınırlı tepki verir, çünkü yatak ve hekim sayısı gibi kapasite kısıtları söz konusudur. Arzı etkileyen faktörler:
Girdi fiyatları (personel ücretleri, ilaç-malzeme maliyetleri),
Teknoloji (yeni cihazlar, dijital sağlık),
Vergiler ve sübvansiyonlar,
Beklentiler (hastalık sıklığı, nüfus yaşlanması),
Regülasyonlar (ruhsat, fiyat kontrolü, PPP).
Sağlık arzı diğer sektörlerden farklıdır çünkü devlet hem üretici hem düzenleyici rol üstlenir, kapasite artışı uzun zaman alır ve fiyat mekanizması tek başına denge kuramaz. Günümüzde tele-sağlık, mobil uygulamalar ve yapay zekâ destekli sistemler arzı dönüştürmekte; buna karşın sağlık personeli eksikliği ve bölgesel eşitsizlikler temel sorun olmaya devam etmektedir.

7. Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri

2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'nin sağlık altyapısını ve hizmet sunum kapasitesini ciddi biçimde geliştirmiştir. 2023 TÜİK verilerine göre:
Toplam sağlık harcaması 1,24 trilyon TL, GSYH'ye oran %4,7, kamu payı %77, kişi başı harcama 14.582 TL'dir.
Toplam hastane sayısı 1.546, yatak sayısı 266.000+, yatak/1000 kişi oranı 3,1 (OECD ortalaması 4,4'ün altında).
Hekim sayısı 194.000, hemşire sayısı 241.000, hekim başına kişi sayısı 420'ye gerilemiştir.
Yaşam süresi 71 yıldan 78,6'ya çıkmış, bebek ölüm hızı binde 31'den 8,5'e, anne ölümü 64'ten 13'e düşmüştür.
Bu ilerleme aile hekimliği uygulaması, aşılama kampanyaları, doğum öncesi bakım ve kamu sağlık yatırımlarıyla ilişkilidir.

8. Politika ve Gelecek Perspektifi

Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması OECD'nin gerisindedir; bu nedenle sürdürülebilir finansman, altyapı ve teknoloji yatırımları, sağlık işgücü planlaması ve bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi öncelikli politika alanlarıdır. Dijital sağlık teknolojileri, yapay zeka destekli teşhis-tedavi sistemleri ve veri analitiği, gelecekte sağlık ekonomisinin etkinliğini artıracak başlıca araçlardır.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Planlamasında Finans Kavramı ve Kaynakları
ÜNİTE NO 7
YAZAR Doç.Dr. ENSAR AĞIRMAN

SAĞLIK PLANLAMASINDA FİNANS KAVRAMI VE KAYNAKLARI Uluslararası organizasyonlarca tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkı, bireylere ve toplumlara kaliteli ve etkin sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda toplumun tüm kesimlerine belirli standartlarda sağlık hizmeti sunma gerekliliği, ülke ekonomilerinin başlıca gider kalemlerinden birinin sağlık harcamalarına ayrılmasını zorunlu kılmaktadır. Ülke ekonomilerinin ana bütçe kalemlerinden olan sağlık harcamalarının finansmanı ise her bir ülke ekonomisi için sürdürülebilir çözümler gerektiren hassas bir konudur. Teorik olarak sağlık harcamaları piyasa ekonomisi aracılığı ile sağlık finansmanı, kamu ekonomisi aracılığı ile sağlık finansmanı ve karma (piyasa- kamu) yöntem aracılığı ile sağlık finansmanı olmak üzere üç temel kaynak kullanılarak finanse edilmektedir. Bu bölümün amacı artan sağlık harcamalarının nedenlerini ortaya koymak, bu sağlık harcamalarının finansman yöntemlerini detaylandırarak açıklamak ve yöntemler arasındaki farklılıkları vurgulamaktır. SAĞLIK HARCAMALARI Sağlık harcamaları, sağlığın geliştirilmesi, yenilenmesi ve korunması amacıyla medikal, paramedikal ve/veya hasta bakım bilgileri ve teknoloji uygulamaları aracılığıyla kurumlar veya kişiler tarafından gerçekleştirilen faaliyetler olarak geniş bir şekilde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, tüm bakım, beslenme, koruma, geliştirme ve acil programların oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanması için yapılan harcamalar "sağlık harcaması" olarak kabul edilmektedir. Sağlık Harcamalarını Artıran Unsurlar Sağlık harcamalarının artış nedenleri arasında genel olarak ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler yer almaktadır. Sağlık harcamalarını artıran unsurlar ve nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Demografik Nedenler: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının sosyal sigorta sistemlerine, sağlık ve uzun dönemli bakım harcamalarının devlet bütçesinde önemli bir paya sahip olmasından dolayı kamu finansmanına önemli etkileri bulunmaktadır. Epidemiyolojik Nedenler: Günümüzde, eskiden ölümle sonuçlanacak birçok vaka yaşatılmakta, ancak bu başarının mali bedeli yüksek olmaktadır. Uzun dönemli tedavi giderleri, yoğun bakım ünitelerinin süreklilik arz eden çalışma gereklilikleri sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasına neden olmaktadır. Teknolojik Nedenler: Sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de genişleyen teknolojik olanakların neden olduğu sağlık harcamaları artışlarına örnek olarak verilebilir. İletişim ve Ulaşım Olanakları: Dünyanın herhangi bir ülkesinde gerçekleştirilen yeni bir buluşun var olan iletişim ve ulaşım olanakları nedeniyle kısa sürede bütün ülkelere yayılması ve bu yeni buluşa ilişkin taleplerin hızla artması, sağlık harcamalarında da artışlara neden olmaktadır. Sigorta Uygulamalarının Yaygınlaşması: Sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaşması sağlık harcamalarında artışları beraberinde getirmektedir. Savunmacı Tıp: Sağlık görevlilerinin hukuki ve adli işlemlere karşı kendilerini tazminat açısından korumaya almaya çalışmaları, hizmetleri daha pahalı hâle getirmektedir. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi: Toplumu oluşturan bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ve sağlık bilincinin gelişmesinin sağlık harcamaları üzerinde artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Gelir Artışı: Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle beraber daha kaliteli hizmet arayışına girmektedirler. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması dolayısıyla yapılan harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir. Sonuçta kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır ve dolayısıyla sağlık harcamaları artmaktadır. SAĞLIK FİNANSMANI Sağlık finansmanı genel olarak sağlık hizmeti arzını karşılamak için gerekli olan finansal kaynakların piyasa, kamu veya karma yöntemler ile oluşturulmasını, harekete geçirilmesini ve kullanılmasını içermektedir. Sağlık Finansmanı Kavramı Sağlık finansmanı, sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Finansmanın Amacı Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal

yükünden korumaktır. Ayrıca, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli kaynak oluşturmak ve oluşturulan bu kaynakların sürekliliğini sağlamak da sağlık finansmanın temel amaçları arasında yer almaktadır. Son olarak, sağlık finansmanının bireylere finansal destek sağlarken adaleti gözetmek, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak ve kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek gibi hedefleri bulunmaktadır. Sağlık Finansmanının İşlevi Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak üç temel işlev bulunmaktadır. Bu işlevlerden ilki bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini etkili ve uygun bir şekilde satın alabilmelerinin sağlanmasıdır. Sağlık finansmanının bir diğer işlevini ise kaynak oluşturma veya gelir toplama fonksiyonu oluşturmaktadır. Bu işlevin temel fonksiyonu, sağlık sisteminin sürekliliği için sürdürülebilir gelir olanaklarının sağlanmasıdır. Toplanan gelirlerin etkili ve hakkaniyetli bir şekilde havuzlanarak yönetilmesi ve sağlık hizmeti sunucularına ödemelerin yapılması sağlık finansmanının son işlevini oluşturmaktadır. Burada gelirlerin havuzlanmasından kasıt risklerin tek bir havuzda toplanarak yönetilmesidir. SAĞLIK FİNANSMANI YÖNTEMLERİ Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak üç ana sacayağından oluşmaktadır. Bu üçlü modelde sağlık hizmetini alan ile hizmeti sunan arasında doğrudan bir finansal akış bulunmamaktadır. Bunun yerine model içerisinde yer alan üçüncü taraf ödeyici rolünü üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanı arasındaki ilişki hizmeti sunan taraf ile finanse eden taraf arasındaki bir değişim ya da transfer süreci olarak kısaca özetlenebilir. Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları üç ana gruba ayrılmakta olup bunlar piyasa ekonomisi aracılığı ile sağlık finansmanı, kamu ekonomisi aracılığı ile sağlık finansmanı ve karma (piyasa-kamu) yöntem aracılığı ile sağlık finansmanı olarak aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Piyasa Ekonomisi Aracılığı ile Sağlık Finansmanı Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireyler serbest piyasa şartları altında oluşan denge fiyatını kabul edebilirler ve söz konusu hizmet sonucu oluşan maliyetleri doğrudan kendi ceplerinden veya özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları aracılığıyla karşılayabilirler. Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi aracılığıyla finansmanı cepten ödeme, özel sağlık sigortası ve tıbbi tasarruf hesapları olmak üzere üç şekilde ortaya çıkabilmektedir. Cepten ödemeler Talep edilen sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi ile finansmanında kullanılan ilk yöntem, hizmeti talep eden bireylerin hizmet sunumunu yapan kişi veya kurumlara doğrudan kendi ceplerinden ödeme yapmasıdır. Cepten ödeme ile finansman yönteminde birey yaptığı harcamaları kamu ya da özel birtakım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, tıbbi ihtiyaçları için gereksinim duyduğu hizmetin finansman yükünü tamamen kendi taşımaktadır. Özel sağlık sigortaları Bu yöntemde hizmeti sunan ile hizmeti satın alan arasında aracılık rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kurumları yer almaktadır. Aracılık rolü itibarıyla özel sağlık sigortası kurumları bireylerden prim toplamakta ve bireyin olası bir sağlık gereksiniminin oluştuğu durumlarda bireyin aldığı sağlık hizmet bedelini ödemektedir. Tıbbi tasarruf hesapları Tıbbi tasarruf hesapları bireylerin sağlık harcamalarını kontrol etmelerine ve gelecekte meydana gelebilecek olası sağlık harcamaları için para tasarruf etmelerine olanak sağlayan vergiden muaf hesaplardır. Oluşturulan bu hesaplar sadece sağlık harcamaları için kullanılabilmektedir. Kamu Ekonomisi Aracılığı ile Sağlık Finansmanı Sağlık sistemlerinin sadece piyasa ekonomisi ile finanse edilmesi verimsizlik, hakkaniyetsizlik ve aşırı maliyet gibi sorunlara yol açabilmektedir. Bu bağlamda sistemin etkinliğinde meydana gelebilecek düşüşlere ve piyasa şartlarına göre düzenlenmiş sistem içerisinde dar gelirli ve herhangi bir gelire sahip olmayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanamama riskine karşı kamunun sisteme garantör olarak katılması gerekmektedir. Bu bağlamda devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanına vergilerle finansman ve zorunlu sosyal sigorta ile finansman olmak üzere iki şekilde katkıda bulunmaktadır. Vergi gelirleri ile finansman Vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanındaki genel amaç sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine yayılarak toplumu oluşturan tüm bireylerin bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlayabilmektir. Sistem sağlık harcamalarının bireylerden çeşitli şekillerde toplanarak bir havuzda biriken vergi gelirleri ile finanse edilebilmesi için genel bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına ilişkin bir ödenek oluşturmakta ve bu şekilde kamusal kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır. Zorunlu sosyal sigorta ile finansman Yöntem çalışanlar ile işverenlerinin kamu sigorta kurumlarına düzenli bir şekilde prim ödemeleri esasına dayanmaktadır. Çalışan gelirlerinin esas alınması ile hesaplanan prim ödemeleri bir havuzda toplanmakta ve daha sonra bu havuzda biriken kaynakların kullanılması ile sağlık problemiyle karşılaşan sigortalıların sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Böylece sistem içerisinde yer alan bireylere ait sağlık riskleri sistemi oluşturan tüm bireylerce karşılanmaktadır. Uygulamaları ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte zorunlu sağlık sigortalarının temelde üç ortak özelliği bulunmaktadır: • Primler, bireylerin gelirleri temel alınarak hesaplanır. • Sistem, tam bağımsız ya da yarı özerk kurumlarca yönetilir. • Toplumun büyük bir bölümü için zorunludur. Karma (Piyasa-Kamu) Yöntem Aracılığı ile Sağlık Finansmanı Karma yöntem aracılığı ile sağlık finansmanı, piyasa ve kamu ekonomisi sağlık harcamaları finansman yöntemlerinin birbirlerinin eksik taraflarını gidermelerini ve birlikte ahenk içerisinde çalışmalarını amaç edinmektedir. Sistem içerisinde sağlık hizmetleri finansmanında kamu ve özel kaynakların tamamından yararlanılabilmekte fakat hangi kaynağın ne ölçüde kullanılacağı sağlık hizmetleri sisteminin yapısı içerisinde karar verilmektedir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama
ÜNİTE NO 8
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi KÜBRA AĞIRMAN

Sağlık hizmetlerinde kapasite planlaması, bir sağlık kuruluşunun belirli bir zaman diliminde sunabileceği hizmet miktarını ve kalitesini en verimli şekilde belirleme, düzenleme ve yönetme sürecidir. Kapasite kavramı, bir varlığın belirli bir periyottaki nicel olarak ölçülebilen veya nitel olarak değerlendirilebilen üretim veya hizmet kabiliyetini ifade eder. Üretim sektöründe çıktı miktarıyla ifade edilirken, sağlık hizmetlerinde belirli bir zaman diliminde karşılanabilecek hasta sayısı veya yapılabilecek tahlil miktarı gibi nicel göstergelerin yanı sıra, hizmetin kalitesi gibi nitel parametreleri de içerir. Kapasite planlaması, organizasyonların hedeflenen çıktıları üretebilmek için ihtiyaç duyduğu iş gücü, araç-gereç, teknoloji ve fiziksel kaynakların en etkin biçimde belirlenmesi sürecidir. Bu süreç, küresel gelişmelerle, özellikle COVID-19 pandemisi, dijital sağlık teknolojileri, iklim değişikliği ve göç hareketleri gibi faktörlerle birlikte daha da kritik bir öneme sahip olmuştur. Pandemi, yoğun bakım yatakları ve sağlık personeli gibi kritik kaynakların yetersizliğini gözler önüne sererken, dijitalleşme hasta yoğunluğu tahmini ve kaynak optimizasyonunda yeni imkanlar sunmaktadır. Planlama, yönetim biliminin temel fonksiyonlarından biri olarak, işletmelerin hedeflere ulaşmak için gerekli yol haritasını hazırlama sürecidir. Mevcut kaynakların, ortaya çıkan ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda en verimli biçimde kullanılmasını sağlayacak planların oluşturulmasını içerir. Planlama süreci hedeflerin belirlenmesi, stratejilerin saptanması, alternatif çözümlerin değerlendirilmesi ve uygulama (izleme ve yöneltme) evrelerinden oluşur. Bu dinamik süreç, değişen koşullara göre sürekli gözden geçirilir ve güncellenir. Planlama, stratejik ve operasyonel olmak üzere iki ana başlık altında incelenir. Stratejik planlama, bir işletmenin gelecekte ulaşmak istediği konumu belirleyen, üst yönetim tarafından geliştirilen, uzun vadeli amaçları ve vizyonu hayata geçirmeye yönelik kapsamlı bir süreçtir. Kurumun temel değerleri, ilkeleri ve uzun dönemli hedefleri dikkate alınarak, işletmenin performansını etkileyebilecek tüm iç (örgütsel yapı, insan kaynağı, finansal durum) ve dış çevre (pazar koşulları, rekabet, ekonomik ve teknolojik gelişmeler) unsurlar kapsamlı biçimde değerlendirilir. Operasyonel planlama ise stratejik hedeflerin hayata geçirilmesi için günlük faaliyetleri ve rutin iş süreçlerini düzenleyen, kısa vadeli ve uygulamaya dönük bir süreçtir. Orta kademe yöneticiler tarafından yürütülür ve stratejik planın en önemli destekçisidir. Sağlıkta kapasite planlaması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin doğru yerde, doğru zamanda ve uygun kaynaklarla sunulabilmesi için makine, insan gücü ve fiziksel altyapının değişen talep koşullarına göre en etkin biçimde düzenlenmesi sürecidir. Bu, sadece teknik bir hesaplama değil, aynı zamanda insan hayatını doğrudan etkileyen, yüksek güvenirlik, erişilebilirlik ve hasta memnuniyeti düzeyinde hizmet sürdürülebilirliğini hedefleyen kritik bir yönetim sürecidir. Türkiye'de sağlık alanındaki stratejik planlama T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olup, ulusal sağlık politikalarını, temel ilkeleri ve uygulama yaklaşımlarını belirler. Operasyonel kapasite planlama ise hastane düzeyinde bütçe hazırlama, personel planlaması, randevu ve vardiya düzenlemeleri, yatak ve poliklinik kapasitesinin belirlenmesi, malzeme ve tıbbi cihaz yönetimi gibi birçok bileşeni kapsar. Bu planlama, sağlık kuruluşlarının kaynaklarını en verimli biçimde kullanmasına yardımcı olur ve hizmetlerin sürekliliğini, kalite standardını ve hasta memnuniyetini doğrudan etkiler. Etkili bir kapasite planlaması için teorik ve pratik kapasite arasındaki farkın anlaşılması esastır. Teorik kapasite, ideal koşullar altında, hiçbir kesinti veya aksama yaşanmadan ulaşılabilecek maksimum üretim veya hizmet düzeyidir (örneğin, bakım-onarım, izin, hastalık, arıza gibi etkenler dikkate alınmaz). Pratik kapasite ise gerçek iş ortamında ortaya çıkan bakım-onarım, arızalar, personel izinleri, hastalıklar, iletişim gecikmeleri gibi unsurların etkisiyle teorik kapasiteden çıkarılan kayıplar sonucunda elde edilen fiili kapasitedir. Pratik kapasiteyi artırmak için makine, araç ve gereçlerin bakım-onarım kayıplarını en aza indirecek tedarik süreçleri, çalışan memnuniyetini ve iş doyumunu artıracak önlemler, iş süreçlerinin düzenli olarak gözden geçirilip iyileştirilmesi, hata önleme ve güvenlik sistemlerinin güçlendirilmesi, tedarik zincirinin optimize edilmesi, hazırlık ve geçiş süreçlerinin standartlaştırılarak hızlandırılması, bakım ve onarım faaliyetlerinin hizmet yoğunluğu dikkate alınarak planlanması ve talep tahminlerinin veriye dayalı biçimde iyileştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kapasite planlamasının en kritik

bileşenlerinden biri, hasta sayısının doğru tahmin edilmesidir. Talep tahmini, gelecekte sunulacak sağlık hizmetine duyulacak ihtiyacın önceden belirlenmesi sürecidir. Sağlık hizmetleri, mevsimsel hastalık dalgalanmaları, demografik farklılıklar, salgınlar, acil durumlar veya sosyoekonomik değişimler gibi birçok değişken içerdiğinden, talep tahmini karmaşık bir süreçtir. Günümüzde dijital sağlık sistemleri ve yapay zekâ (YSA) tabanlı modeller, bu tahminlerde önemli kolaylıklar sağlamaktadır. YSA, geçmiş verilere (hava sıcaklığı, rüzgâr, nem oranı, salgın seviyesi, su kalitesi, demografik veriler ve geçmiş hasta başvuru sayıları) dayanarak gelecekteki hasta sayısını, malzeme ihtiyacını veya yoğun bakım gereksinimini tahmin edebilir. Giriş katmanı, gizli katman ve çıkış katmanından oluşan YSA yapısı, tahmin doğruluğunu artırır. ARIMA, üstel tahmin modelleri, karar ağaçları, mesafeye dayalı tahminler, senaryo analizi ve simülasyonlar gibi alternatif dijital yöntemler de bu amaçla kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, etkili bir sağlık sistemi liderlik ve yönetim, bilgi sistemleri, hizmet sunumu, insan kaynakları, medikal ürünler ve teknolojiler ile finans olmak üzere altı temel bileşenden oluşur. Kapasite planlaması, bu bileşenlerin her birini bütüncül bir yaklaşımla ele almayı gerektirir. Örneğin, insan kaynakları planlaması doktor, hemşire, laborant gibi çok sayıda personelin optimal dağılımını ve verimli kullanımını hedeflerken, dijital sağlık bilgi sistemleri elektronik hasta kayıtları ve tele-tıp uygulamaları aracılığıyla gerçek zamanlı izleme ve hızlı adaptasyon sağlar. Yapay zekâ ve veri analitiği, hasta akışını tahmin ederek yatak ve personel kapasitesinin optimize edilmesine katkıda bulunur. COVID-19 pandemisi ve 2023 Kahramanmaraş depremleri, kapasite planlamasının kriz yönetimi açısından ne denli önemli olduğunu gösteren somut örneklerdir. Pandemi sürecinde yoğun bakım ünitelerinin yetersizliği, tedarik zinciri aksamaları ve personel tükenmişliği gibi sorunlar yaşanırken, hızlı kapasite artırımı (geçici sahra hastaneleri ve modüler yoğun bakım üniteleri), dijital araçların kullanımı (hasta takibi ve tahmini hasta sayısı modelleri) ve iş gücü esnekliği (farklı birimlerden ve emekli sağlık çalışanlarından destek) gibi önlemlerle bu sorunların üstesinden gelinmeye çalışılmıştır. Deprem sonrası ise hastanelerin hasar görmesi ve hizmet verememesi, acil yardım ekiplerinin koordinasyon eksikliği ve malzeme eksikliği gibi durumlarla karşılaşılmış; afet sonrası acil durum planlarının uygulanması, mobil sağlık birimlerinin hızlı devreye alınması ve dijital sistemler ile hasta yönlendirme ve kapasite takibi gibi çözümlerle acil hizmet süreleri kısaltılmış ve kaynak dağıtımı optimize edilmiştir. Bu örnekler, kapasite planlamasının sadece olağan koşullarda değil, aynı zamanda öngörülemeyen kriz ve afet durumlarında da sistem dayanıklılığını sağlamak için vazgeçilmez olduğunu kanıtlamaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde modern kapasite planlaması, teorik ve pratik kapasite farkındalığı, doğru talep tahminleri, kaynak optimizasyonu, dijital sistem entegrasyonu ve yapay zekâ uygulamalarıyla desteklenerek etkin, güvenilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumunun temelini oluşturmaktadır.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlık Hizmetlerinde Yönetim ve Organizasyon
ÜNİTE NO 9
YAZAR Doç.Dr. FATİH YILDIRIM

GİRİŞ Sanayi Devrimi'nden sonra kurulan büyük işletmeler faaliyetlerini verimli olarak yürütememekteydiler. Bu durum araştırmacıların dikkatini çekti ve bu alanla ilgili bir takım bilimsel araştırmalar yapıldı. 1900'lü yılların başında başlayan bu süreç günümüzde çok daha modern teorilerle desteklenerek gelişmiştir. YÖNETİM KAVRAMI VE TANIMI Yönetim kavramı, 18. yüzyılda başlayan sanayii devriminden sonra üretime dayalı büyük örgütlerin kurulmasıyla sistematik olarak ele alınmaya başlanmıştır. Aslında eskiye dayanan devlet organizasyonları, devasa yapıların inşası (Mısır piramitleri, Roma Uygarlığının şehirleri) gibi birlikte gerçekleştirilen eylemler örgütlenme ve yönetimden ibarettir. Genel kabul gören bir tanıma göre yönetim, belirli amaçlara başkaları vasıtasıyla ulaşma sanatıdır. Tanım iki veya daha fazla kişinin ve belirli ortak amaçların varlığını ortaya koymaktadır. Daha açık bir ifade ile bireyler arası ilişkiler ve aynı amaçlara yönelme, yönetim kavramının ortak özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. YÖNETİMİN FONKSİYONLARI Sağlık kuruluşları, devlet kurumları, üretim işletmeleri, hizmet işletmeleri, satış mağazaları gibi kuruluşların her birini örgüt olarak adlandırabiliriz. Henri Fayol örgütün misyonu her ne olursa olsun yönetim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için beş temel fonksiyondan bahseder. Planlama Yönetim kavramı açıklanırken en önemli vurgunun amaçlara ulaşmak olduğu belirtilmişti. Bu noktada planlama hedeflerin tanımlanması ayrıca ne, ne zaman, nerede, ne için, nasıl ve kim tarafından yapılacağı sorularının topyekûn cevabı olarak ifade edilebilir. Edward ve Dimock, işletmeler için bilimsel anlamıyla planlamayı, işlerin tesadüfi olmadan akılcı bir proje ile yürütülmesi ve amaçlara ulaştıracak kararların işe girişimden önce alınması olarak ifade etmiştir. Belirlenen amaçlara ulaşılacak yolların rasyonel olarak seçimi planlamanın esasını oluşturur. Bu nedenle planlama geleceğe yöneliktir ve var olan belirsizliklere karşı en doğru seçimlerin yapılması gerekir. Planlama Süreci Planlama sürecinin en önemli kısmı amaçların belirlenmesidir. İlk başta örgütün temel amacı belirlenmeli ve misyon olarak adlandırılan örgütün var oluş nedeni esas alınmalıdır. Sürecin ikinci aşaması amaçlara ulaştıracak alternatif yolların belirlenmesidir. Üçüncü aşamada ortaya koyulan alternatifler karşılaştırılır. Son aşamada hangi alternatifin seçilmesi gerektiği tespit edilir. Seçilecek alternatif, yapılan bütün işlerin belirlenen plana, amaçlanan nihai sonuca örgütü ulaştıran yol olmalıdır. Plan Çeşitleri Planların her yönetim düzeyinde geniş kullanım alanları bulunmaktadır. Bu nedenle birçok planlama çeşidinden bahsedilebilir. Bunlar; Kapsamlarına göre planlar: Sunulacak sağlık hizmetlerinin tamamıyla ilgili veya tek bir birimiyle ilgili olarak yapılması planlanan ayrıma kapsamlarına göre plan ayrımı denmektedir. Tekrar edilme durumuna göre planlar: Sağlık hizmetlerinde bazı planlarla rutin hâlde sürekli olarak karşılaşılırken bazen de duruma özel tek kullanımlık planlar karşımıza çıkmaktadır. Kapsadıkları süre açısından planlar: Planların kısa, orta, uzun vadeli olarak sınıflandırılmasıdır. İlgili oldukları kademe açısından planlar: Yönetim düzeyine göre belirlenen planlardır. Genel olarak üst düzey yönetimin belirlediği planlar stratejik planlar, orta düzey yönetimin belirlediği planlar rekabete yönelik planlar ve alt yönetimin belirlediği planlar faaliyetlerin gerçekleştirilmesine yönelik planlar olarak adlandırılır. Örgütleme (Organizasyon) Yöneticiler örgütün yapısını tasarlamak zorundadırlar. Hangi işlerin yapılacağı, bu işleri kimin yapacağı, işlerin nasıl gruplandırılacağı, kimin kime rapor sunacağı ve kararların nasıl alınacağı gibi faaliyetleri içeren yönetim fonksiyonuna örgütleme denir. Örgütleme Süreci Amaçları gerçekleştirmek için bir araya gelen kişiler etkinliği sağlamak ve koordineli çalışmak zorundadırlar. Bunun için kimin hangi işi yapacağı, emir komuta, hiyerarşik basamaklar, yetki ve sorumluluk, yönetim birliği, yönetim sınırlarının belirlenmesi ve uygun personelin uygun işi görmesi gibi örgütleme konuları bir süreç hâlinde belirlenmelidir. Yürütme Önce amaçların bir plan dâhilinde belirlenmesi sonra varılacak yolların seçilmesi ardından örgütlenmenin gerçekleşmesi ile birlikte, sağlık hizmetleri işletmelerinin harekete geçme zamanı gelir. Yürütme düğmeye basmak ve işletmeyi amaçlara uygun olarak harekete geçirmektir. Artık uygulamaya geçilen bir hâl alan yürütme süreci, dinamik bir süreç olarak insanlarla ilgilidir. Çeşitli emir komuta kademelerine yerleştirilen insanlar aldıkları emirleri uygulamayla veya uygulatmayla görevlidir. Koordinasyon (Eş güdümleme) Yönetim kavramı incelenirken karşımıza

sürekli olarak "amaçlara ulaşmak" cümlesi çıkar ve bunun sonucunda bütün birimler bu cümleye göre tasarlanır. Ancak her bir birimin farklı işlevleri ve görevleri vardır. Bu ayrı işlevler ve görevler bir süre sonra amaç birlikteliğini bozabilir. Sağlık hizmetleri işletmeleri bütün birimleriyle nihai amaç birlikteliğini, aynı hedefe yönelmeyi ve gerekli işlerin uyumlu olarak doğru zamanlarda gerçekleştirilmesi gerektiğini bilmelidir. Koordinasyon, amaçlara ulaşmak için yapılacak iş birliğini ve işlevler arasında uyumlu davranış gerçekleştirme sürecini ifade eder. Denetim Süreç olarak ele aldığımız yönetim kavramının son aşamasını denetim fonksiyonu oluşturur. Örgütler gerekli faaliyetleri gerçekleştirerek hedeflere ulaşmaya çalışırlar. Denetleme, örgüt içi faaliyetlerin planlandığı gibi yürütülüp yürütülmediğini izleme ve amaçlardan sapma varsa yapılması gereken düzeltme faaliyetlerini ifade eder. Denetim genellikle üç şekilde gerçekleştirilir. Bunlar geriye doğru denetim, ileriye doğru denetim ve faaliyet esnasında denetim şeklinde sıralanmaktadır. YÖNETİM TEORİLERİ Tüm bu değişimler ışığında tarihsel sıralamaya ve bölümün amaçlarına sadık kalınarak belli başlı yönetim teoriler açıklanacaktır. Klasik Yönetim Teorisi Bilimsel olarak kabul edilen ilk süreç Klasik Yönetim Teorisi'nin düşünürleri tarafından ortaya atılmış ve bunların içinde başı çekerek yönetim biliminin kurucu babası olarak Frederick Winslow Taylor kabul edilmiştir. Bilimsel Yönetim Yaklaşımı Taylor'un öncülüğünü yaptığı bu yaklaşım işletmelerde etkinliği ve verimliliği artırabilmek gayretiyle 1900'lü yılların başlarında ortaya çıkmıştır. Özellikle Amerika ekonomisindeki hızlı büyümeye karşın kullanılan tekniklerin bilimsel olmayışı, araştırmacıyı bu alanda çalışma yapmaya sevk etmiştir. Bu alanda bir mühendis olarak verimliliği artırmaya çalışan Taylor elde ettiği verilere göre yapılması gerekenleri "Bilimsel Yönetimin Esasları" isimli kitabında açıklamıştır. Yönetim Süreci Yaklaşımı Daha çok iş tasarımları üzerine duran Taylorizmden ziyade Henry Fayol, yönetimin bir süreç olduğundan bahsetmiş ve tüm organizasyonu ele almıştır. Eserinin adından da anlaşıldığı gibi yönetime daha geniş bir bakış açısı ile bakmış ve detaylarını yukarıda verdiğimiz planlama, örgütleme, yürütme, eş güdümleme ve denetim gibi yönetim fonksiyonlarını ortaya koymuştur. Bürokrasi Yaklaşımı Etkinliği ve verimliliği artıracak organizasyon şeklini belirten bürokrasi yaklaşımına göre üç tür yetki vardır. Birincisi karizmatik yetki, toplum içinde bazı bireylerin karizmatik özellikleri nedeniyle başkalarının davranışlarını yönlendirmesiyle kazanılır. İkincisi geleneksel yetki, bazı kişilerin toplumsal gelenekleri temel alarak diğerlerinin davranışlarını yönlendirmesidir. Son yetki türü ise bürokratik yetkidir. Bürokratik yetki, yasal olarak temeli olan tanımlanmış ve belli kurallara bağlı bir şekilde başkalarının davranış şekillerini etkileyebilmektir. Neoklasik Yönetim Teorisi Klasik yaklaşımın insan unsurunu hiç önemsememesi yeni gelen düşünürler tarafından önemli bir eksiklik olarak kabul edilmiş ve böylece örgütlerde insan davranışları üzerine çalışmalar başlamıştır. Elton Mayo ve Hawthorne Araştırmaları Harward Üniversitesinden Elton Mayo önderliğindeki bir grup araştırmacı Western Elektirik şirketinin Hawthorne tesislerinde 1924 yılında çalışmaya başlamış ve araştırmalar sekiz yıl sürmüştür. Çalışanlar gruplara ayrılarak altı ayrı aşamada araştırma yapılmıştır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanır. Araştırmadan elde edilen genel sonuçlara göre maddi unsurlardan çok sosyal ihtiyaçların karşılanması mühimdir. Çalışma sürelerinin psikolojik ve fizyolojik yorgunluğu azaltacak şekilde tesis edilmesi gerekir. Çalışanların gruplara ayrılması onların birbirleriyle daha iyi anlaşmalarını ve uyum içinde olmalarını beraberinde getirir. Douglas McGregor X ve Y Teorisi McGregor 1957 yılında yayınladığı çalışmasına göre klasik yönetim teorilerinin ortaya koyduğu yönetim modeline X Teorisi adını vermiş ve bu teoriye karşı çıkarak kendisinin ortaya koyduğu Y Teorisi ile bir takım ilkeler sunmuştur. X Teorisi'ne göre ortalama bir insan işi sevmez ve fırsat buldukça işten kaçar. Sorumluluk almaktan hoşlanmaz ve yönetmek yerine yönetilmeyi tercih eder. Kendini çıkarlarını örgütün çıkarlarının üstünde tutar. Değişikliği sevmez hatta rahatsız olur. Sorunların çözümünde yaratıcı becerileri bulunmaz ve parlak zekâlı değildir. Y Teorisi'ne göre ise bireyler için fiziksel ve zihinsel emek yani çalışmak oyun oynamak ve dinlenmek kadar doğaldır. Bireyler sorumluluktan kaçmaz tam tersine saygınlık için çabalarlar. Sıkı disiplin araçları kişiyi örgütsel amaçlar yönlendirecek tek yol değildir. Bireye iş ve iş arkadaşlarını sevme fırsatı verilmelidir. Başarıya göre ödüllendirme sistemi getirilmelidir. Çeşitli beceriler insanlar arasında geniş dağılmıştır beşeri ihtiyaçların doyumuyla bunlar ortaya çıkacaktır. Modern Yönetim Teorileri İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra araştırmacılar gerek klasik yaklaşımın gerek insani ilişkiler yaklaşımının yönetim alanıyla ilgili yeterli verimliliği sağlamadığı görüşündeydiler. Bu nedenle farklı bir bakış açısı getiren araştırmacılar önce örgütleri bulundukları çevrede yaşamakta olan birer varlık kabul ederek sitem yaklaşımını geliştirmişlerdir. Ardından açık sistem yaklaşımının devamı olarak kabul edilen durumsallık yaklaşımını ortaya çıkmıştır. Sistem Yaklaşımı Organizasyonu çevresiyle bir "bütün" olarak ele alan sistem yaklaşımı aslında fizik ve biyoloji bilimlerinde çok daha eskiden beri değerlendirilmektedir. Sosyal bilimciler de sistemi, belirli parçalardan oluşan ve her parçanın birbirleri ile ve içinde bulundukları dış çevre ile ilişkili olduğu bütünleşik bir yapı olarak ifade etmektedir. Bütün olan sistem altında farklı sistemleri barındırmakta ve alt sistemler ayrı ayrı işleyerek ilişki içerisinde üst sistemlerin parçası olmaktadır. Sistemler açık ve kapalı sistem olmak üzere ikiye ayrılırlar. Çevresiyle ilişki içerisinde olarak alışveriş yapan sistemlere açık sistem denir. Açık sistem sayesinde işletme çevresine uyum sağlayacak ve yaşamını devam ettirebilecektir. Tam

tersi olarak çevresiyle alışveriş içerisinde değilse böyle sistemlere kapalı sistem denir. Aslında her sistem bozulma, tükenme ve ölme eğilimi taşır ancak çevreyle kaynak, bilgi, enerji değişimi sağlayabilen sistemler buna karşı koyabilirler. Sistemlerin bu ölme eğilimine entropi denir. Açık sistemler dışarıdan sağladıkları enerji, kaynak ve bilgi gibi değişim unsurları ile bu eğilime meydan okuyarak hayatta kalmaya çalışırlar. Bu duruma ise negatif entropi denir. Durumsallık (Koşul Bağımlılık) Yaklaşımı Araştırmacılara göre açık sistem yaklaşımının devamı olan durumsallık yaklaşımı 1970'li yıllardan itibaren organizasyonlarda yerini almaya başlamıştır. Daha önce tüm organizasyonlar için en iyi yolu bulmaya çalışan yaklaşımlar yerine artık çevresel durumların değişimine göre hareket etmesi gereken organizasyon yapısı üzerinde durulmaya başlanmıştır. Adını da bu temel nedenden alan durumsallık yaklaşımına göre "en iyi tek bir yol yoktur". YÖNETSEL ROLLER VE BECERİLER Bu kısımda yöneticiler işlevleri gerçekleştirirken ne gibi roller üstlenirler veya hangi becerilere ihtiyaç duyarlar gibi soruların cevapları incelenecektir. Yönetici Rolleri Henry Mintzberg Amerika'da bir takım yöneticinin üzerinde önemli bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırma da esas amaç, yöneticiler ne yapar sorusunun cevabını aramaktır. Araştırmanın sonucunda ise yöneticilerin on temel rolünü tespit etmiş ve bunları üç grupta sınıflandırmıştır. Bunlar bireyler arası roller, bilgi sağlama rolleri ve karar verme rolleridir. Bireyler arası roller; sembolik, liderlik ve irtibat rolleridir. Bilgi sağlama rolleri; izleme, dağıtıcılık ve konuşmacı rolleri şeklinde sıralanır. Karar verme rolleri ise; girişimci, sorun çözümleyici, kaynak dağıtıcı ve müzakereci rolleri olmak üzere dörde ayrılır. Yönetim Becerileri Araştırmacılar genel olarak becerileri üç sınıfta toplamaktadır. Bunlar teknik beceriler, beşeri beceriler ve kavramsal becerilerdir. Teknik beceriler, özellikle yöneticinin uzman bilgisine dayanarak faaliyetleri yerine getirebilme yeteneğidir. Beşeri beceriler ise daha çok iletişim üzerine kurulu becerilerdir. Kavramsal beceriler, analiz yapabilecek düşünce sistemine sahip beceriler gerektirir. Karmaşık durumları karşılaştırarak sorunları akılcı yollardan çözebilmenin imkânlarını sunan beceri türüdür.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Tarihsel Süreçte Türkiye'nin Sağlık Politikaları ve Planlamaları
ÜNİTE NO 10
YAZAR Doç.Dr. YAKUP AKKUŞ

Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık sistemini yüzyıllar boyunca vakıflar ayakta tutmuştur. Vakıf sağlık kuruluşları olan darüşşifalar (hastaneler) ve tıp medreseleri ile bu kurumlarda çalışan hekimler ve müderrisler Osmanlı sağlık sisteminin temel yapı taşlarını oluşturmuştur. Sağlık organizasyonu açısından Cumhuriyet'in devraldığı sistem, yetersiz olan sağlık müdürlüğü ve hükûmet tabipliği sistemidir. Erken Cumhuriyet Dönemi'nde (1920-1923) sağlık hizmetleri Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları altında yürütülmüştür. Bu dönemde sağlık teşkilatı ve personeli daha çok askerî alana hizmet vermiştir. Merkezî hükûmet Cumhuriyetin ilk döneminde, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermiş, hasta tedavi hizmetlerini daha çok yerel yönetimlere bırakmıştır. 1930'da yayınlanan ve birçok maddesi bugün de yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Refik Saydam Dönemi'nde yapılmış en önemli düzenlemedir. 1940'ların sonlarına doğru daha merkeziyetçi/devletçi bir sağlık politikasına ve planlamasına gidilmiştir. Demokrat Parti Dönemi'nde (1950-60) sağlık alanında hem merkeziyetçi hem liberal politikalar uygulanmıştır. 1960'lar ve sonrası, sağlık alanında Sosyalleştirme Dönemi olarak adlandırılır. Bu dönem adını 1961'de yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dan alır. 1980'lerde ve 90'larda temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, gerekli olan altyapı ve insan gücü eksiklikleri giderilememiş ve daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir. 2000'li yılların başında sağlık alanında yaşanan en önemli gelişme 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır. ATATÜRK DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE REFORMLARI (1923-1938) Erken Cumhuriyet Dönemi'nde (1920-1923) sağlık hizmetleri Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları altında yürütülmüştür. Bu dönemde sağlık teşkilatı ve personeli daha çok askerî alana hizmet vermiştir. Osmanlı'dan Devralınan Miras Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık sistemini yüzyıllar boyunca vakıflar ayakta tutmuştur. Vakıf sağlık kuruluşları olan darüşşifalar (hastaneler) ve tıp medreseleri ile bu kurumlarda çalışan hekimler ve müderrisler Osmanlı sağlık sisteminin temel yapı taşlarını oluşturmuştur. Osmanlı İmparatorluğu'nda modern anlamda bir Sağlık Bakanlığı organizasyonu oluşturulamamıştır. 20. yüzyılın başlarında iktisadi sorunlar yanında savaş koşullarında sağlık eğitimine ve hizmetlerine yeterince tahsisat ayrılamamıştır. Toplam nüfusun (tahminen 13 milyon) iki milyonu dış göç, iki milyonu ise iç göçe uğramıştır. Bu ortamda en önemli sorun salgın hastalıklardır. Kurtuluş Savaşı yıllarında toplam nüfusun yarıya yakını salgınlar yüzünden hastadır. Sağlık organizasyonu açısından Cumhuriyet'in devraldığı sistem ise yetersiz olan sağlık müdürlüğü ve hükûmet tabipliği sistemidir. Cumhuriyetin İlanı ve Refik Saydam Dönemi Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 23 Nisan 1920'de kurulmasından kısa bir süre sonra Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) Mayıs ayında kurulmuştur. Merkezî hükûmet Cumhuriyetin ilk döneminde, koruyucu Sağlık hizmetlerine öncelik vermiş, hasta tedavi hizmetlerini daha çok yerel yönetimlere bırakmıştır. Bununla birlikte merkezî hükûmet taşrada önemli hizmetler yapacak hastaneler de kurmuştur. Örneğin 1924'ten itibaren Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da bakanlığa bağlı Numune hastaneleri kurulmuştur. Osmanlı döneminde vakıf hastanelerinin (darüşşifaların) tedavi ettiği yoksul hastaların ise hükûmet tabipleri ve diğer kuruluşlar tarafından ücretsiz olarak tedavi edilmesi öngörülmüştür. Atatürk Dönemi'nin etkin sağlık bakanı Refik Saydam Dönemi'nde (1921-1937), Türkiye'nin sağlık sistemi ve politikalarının temelleri atılmıştır. Saydam'ın sağlık planları ve uygulamaları günümüze kadar etkisini sürdürmüştür. Bütün bunların yanında, 1930'da yayınlanan ve birçok maddesi bugün de yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Saydam döneminde yapılmış en önemli formel düzenlemedir. Bu kanunda devletin sağlık ve sosyal yardım sorumluluğu ve denetim yetkisi, gıda hijyeni, içilebilir su kaynaklarının denetimi, işçi sağlığı, okul sağlığı, gebelik ve doğum sonrası sağlık hizmetleri gibi konular yer almaktadır. Bu kararların bir kısmı 1929 Dünya Ekonomik Buhranı'ndan etkilenerek alınmıştır. Örneğin devletin sağlık işlerini kendi kontrolü altına almaya çalışması bunun bir göstergesidir. 1940'LARDA DEVLETÇİ SAĞLIK PLANLARI VE POLİTİKALARI Refik Saydam Dönemi'nden sonra sağlık politikası alanında ilk önemli girişim sağlık bakanı Behçet Uz Dönemi'nde (1946-1950) yapılmıştır. Bu önemli girişim 1946 yılında yürürlüğe giren Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır. Bakan Uz, bu planla tüm sağlık hizmetlerini

entegre etmeyi ve ülke geneline yaymayı hedeflemiştir. Behçet Uz döneminde daha merkeziyetçi/devletçi bir sağlık politikasına ve planlamasına gidildiği görülmektedir. LİBERAL SAĞLIK POLİTİKALARI DÖNEMİ (1950-1960) Demokrat Parti Dönemi'nde (1950-60) sağlık alanında hem merkeziyetçi hem de liberal politikalar uygulanmıştır. 1954'te il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Ayrıca SSK, Millî Savunma Bakanlığı ve üniversite hastaneleri hariç olmak üzere kamu hastanelerinin idaresi tek elde toplanmıştır. 1950'li yıllarda öne çıkan liberal görüş ve politikalar, ekonominin birçok alanında olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün gelişmesine sebep olmuştur. Ancak bu durum sağlık politikalarında ikircikli bir yapı oluşmasına sebep olmuştur. Şöyle ki, bu dönemde sağlık alanında kamu yatırımları azaltılmış ve kamuya ait yataklı tedavi kuruluşlarının taşraya yayılma hızı kesilmiştir. SAĞLIK HİZMETLERİNİ SOSYALLEŞTİRME DÖNEMİ (1960-1980) 1960'lar dünya genelinde sosyal devlet anlayışının öne çıktığı bir dönem olmuştur. Bu yıllarda, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası doğrultusunda, sağlıklı doğup sağlıklı yaşamanın insan hakkı olduğu, bunu sağlamanın da bir kamu görevi olduğu anlayışıyla, sağlığa Anayasal konum kazandırılmıştır. 1960'lar ve sonrası, sağlık alanında Sosyalleştirme Dönemi olarak adlandırılır. Bu dönem adını 1961'de yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dan alır. 1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayışın yükselmeye başladığı ve sosyal devlet anlayışının gerilediği bir dönem olmuştur. Türkiye'de de bu dönemdeki hükûmetler yukarıda bahsettiğimiz Sosyalleştirme Programı'yla çelişen sağlık politikaları üretmişlerdir. Sosyalleştirme Programı hükûmetlerden gerekli desteği de görmemiştir. Bu yıllardan sonra sağlık sistemindeki politikaları neoliberal anlayış ile sosyal anlayış arasındaki çekişmeler belirlemiştir. Başka bir deyişle yukarıda sayılan sebepler yüzünden 1970'lerin sağlık politika ve uygulamalarında bir netlik ve belirlilik yoktur. Örneğin bu dönemde bir hekim hem devlet memuru olarak, hem sözleşmeli ek görevli olarak hem de özel muayenehanesinde çalışabilmiştir. 1980 SONRASI NEO-LİBERAL SAĞLIK POLİTİKALARI ve YENİ REFORMLAR Neo-liberal politikaların dünya genelinde güçlendiği 1980'ler döneminde, Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyon yapısı tartışmaya açılmıştır. Bu dönemin hükûmetleri yeni modeller önermiş ve reform arayışı içerisinde olmuşlardır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık ocaklarının yerine aile hekimliğinin getirilmesi, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinim finansmanında genel sağlık sigortası sisteminin getirilmesi bu yeni önerilerden birkaçıdır. 2000'Lİ YILLARDA SAĞLIK POLİTİKALARI 2000'li yılların başında sağlık alanında yaşanan en önemli gelişme 2003'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) açıklanmasıdır. Bu program 2003-2011 1. Stratejik Plan'la birlikte uygulanmaya başlanmış¬tır. Programın dönüşüm ifadesiyle lanse edilmesi; sağlık alanındaki mevcut yapının tümüyle değiştirileceği anlamına gelmemektedir. Reform ifadesi geçmişte çokça kullanılıp başarısızlıkla sonuçlanan uygulamaları hatırlattığından, Sağlıkta Dönüşüm başlığı tercih edilmiştir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Türkiye'de Sağlık Politikaları, Sağlık Reformları ve Sağlık Sistemi
ÜNİTE NO 11
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi MURAT KURUN

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI, SAĞLIK REFORMLARI VE SAĞLIK SİSTEMİ
Ünitemizin temel amacı, Türkiye'de belirlenen sağlık politikalarının ve uygulanan reformların nedenlerini ve amaçlarını öğretmek, Dünyada yaşanan gelişmelerle sağlık politikalarının belirlenmesi ilişkisini kavratmak, Türkiye'de mevcut sağlık sisteminin tarihsel süreç içerisinde değişimini gösterebilmek ve devletlerin yeni kamu yönetimi anlayışının sağlık hizmetlerine yansımasını kavratmaktır. Bu amaçları biraz daha detaylandıracak olursak; • Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan sebepler tarihsel süreçte incelemek, • Türkiye'de sağlık sisteminin tüm yönleriyle gelişimini irdelemek, • Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık sisteminde alınan mesafeyi gösterebilmek, • Sağlık politikalarının ve reformlarının belirlenmesinde devletin rolünün gösterilmesidir. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI Cumhuriyet Dönemi sağlık politikalarını planlı dönem öncesi ve sonrası, planlı dönemde ise özellikle dünyada yaşanan gelişmeler ve AB üyeliği sürecinde Türkiye'de yaşanan gelişmeler ışığında 2001 yılı sonrasını ayırmak gerekir. • 1923-1963 yılları arası planlı dönem öncesi, • 1963-2001 yılları arası planlı dönem, • 2001 sonrası planlı dönem. 1923 – 1963 Yılları Arası: Cumhuriyet'in ilanından sonra ise sağlık politikalarında belirlenen temel hedefler; Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatının genişletilmesi, sağlık çalışanlarının devlet sağlık kuruluşlarında tutulması, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele ve koruyucu tedbirlerin alınması, numune hastaneleri, sanatoryum ve dispanserlerin açılması, özel idarelere bağlı hastanelerin, numune hastanelerine dönüşümünün sağlanması, yayın çalışmalarına önem verilmesi ve halkı sağlık konusunda bilgilendirilmesi, diğer sağlık kuruluşlarına yol gösterici olunması, göçmenler için sağlıklı ortamlar hazırlanması, sosyal yardım kurum ve dernekleriyle yakın ilişki kurulması ve bu politikaları uygulamaya geçmesini sağlamak adına hukuki düzenlemelerin yapılması olarak özetlenebilir. 1946 yılına gelindiğinde ise ilk sağlık planı olarak adlandırılacak ve daha sonra kanun tasarısı hâline gelecek ve kanunlaşamayacak olan Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı kapsamında sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması amaçlanmış ve halkın ücret karşılığında sigortalanması, özel idare bütçesinden sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarının karşılanması, sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının bu yolla karşılanması, ilaç, serum ve aşı malzemelerin üretiminin denetim altına alınması, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarının oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir. 1963-2001 Yılları Arası: 1961 Anayasası'nda "Sosyal ve Ekonomik Hükümler" başlığı altında devlete kalkınma planı hazırlama görevi anayasal bir zorunluluk hâline getirilmiştir. Bu dönemde sosyal devlet ve sosyal adalet anlayışı sağlıkta sosyalleşmenin temelini oluşturmuştur. Bu dönemde beş yıllık kalkınma programları hazırlanmaya başlamış ve sağlık politikalarıyla ilgili hususlara da yer verilmiştir. Birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü kalkınma programları, sağlık personelinin artırılması, çevre şartlarının beslenme şartlarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde özel teşebbüsün desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunun yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. 1980'li yıllarda hızla uygulamaya konulan neo-liberal politikalar sağlık alanında da kendini göstermiştir. Neo-liberal düşünce sağlık alanında, kamusal sağlık hizmetlerinin etkisizliğini, verimsizliğini ve yüksek maliyeti sorun olarak belirlemiştir. Bu sorunların nedenini devlet müdahalesi olduğunu belirlerken çözümün de sağlık hizmetlerinin serbest piyasa mantığıyla yürütülmesi ve özel teşebbüsün devlet tarafından aktif olarak desteklenmesinde saklı olduğunu belirtmiştir. 1982 Anayasası'nda "sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devletin gözeteceğini, düzenleyeceğini" ifade eden hükümlere bırakmıştır. Bundan sonraki kalkınma planlarında sağlık alanındaki politikalar bu minvalde yapılmaya başlamıştır. Beşinci ve altıncı beş yıllık kalkınma planlarında kamu kurumlarının ve sigorta kurumlarının kendi kurumları bünyesinde sağlık hizmeti vermek amacıyla teşkilatlandırılmaması, sağlık hizmetlerinde rasyonelliğin artırılması, sağlık hizmetleri veren birimlerde modern işletme tekniklerinin kullanılması hedeflenmiştir. 2001 Sonrası Dönem: Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ilk defa yaşam kalitesi ve DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında yer alan ifadelere yer verilmiştir. Plan'da özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından faydalanılması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi hedeflenmiştir.

Dokuzuncu ve onuncu beş yıllık kalkınma planlarında Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu hedeflenmiştir. TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI Türkiye' de sağlık hizmetlerinde yapılan reformlar Cumhuriyet'in ilk yıllarında teşkilat yapısının düzenlenmesi ve acil olarak önlem alınması gereken durumlara müdahale şeklinde olurken özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan küresel ekonomik krizler, sağlık hakkına ilişkin devletlerin ve uluslararası örgütlerin uluslararası nitelikteki çalışmalarına paralel yapılmıştır. Bununla beraber sağlık reformlarındaki düzenlemeler dünyadaki gelişmelerden bağımsız kalamamış, özellikle 1970'lerde etkisini göstermeye başlayan ve 1980'lerde belirginleşen neo-liberal politikalar ve küreselleşmenin etkinliği kamu yönetiminde görülmeye başlanmıştır. Temelde kamu yönetiminde gerçekleşen değişimler devletimizin sağlık sistemine de etki etmiş ve bu anlamda politikalar belirlenmeye ve bu yönde reformlar yapılmaya çalışılmıştır. 1920- 1960 Dönemi: TBMM'nin kurulmasının ardından 3 Mayıs 1920'de 3 sayılı Kanun' la "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)" kurulmuştur. 1926 yılında çıkarılan bir kanunla kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin yönetimini tek elde toplayan bir merkezî yönetim dönemi başlamıştır. 1946 yılında toplanan 9. Millî Tıp Kongresi'ne sunulan ve onaylanan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezî hükûmet görev ve sorumluluğu hâline getirilmesi amaçlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Ancak uzun çalışmalar sonucunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. 1960-2003 Dönemi: Bu dönem, Türk sağlık literatürüne Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Dönemi olarak geçmiştir. Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu, devletin temel görevi ve yapması gereken bir hizmet olarak belirlenmiştir. Bu hizmet, 1961 Anayasası'na göre devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olarak tanınmıştır. 1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan 224 sayılı Kanun'la öngörülen sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak kanunun desteklenmeyişi, eleştirilmesi ve önünün kapatılması sebebiyle uygulamada çok fazla yer bulamamış ve başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde ise Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet planlayıcı ve denetleyici rolü kazanmıştır. 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme politikalarına devam edilirken, diğer yandan 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" gibi önemli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı: Türk Sağlık Sistemi'nin yeniden yapılanmasına yönelik en kapsamlı reformların yer aldığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı", sağlık sektöründe yer alan çözülmemiş veya çözülememiş bazı önemli sorunların giderilmesi için tasarlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları ve Hedefleri: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlanan hedeflere ulaşılmasında belirlenen ilkeler dokuz başlık altında toplanmıştır. Bunlar, insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabettir. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sağlık sektörünün mevcut ve yıllar boyu çözüme kavuşturulamamış sorunları bütün boyutlarıyla ele alınarak ve birbiriyle ilişkilendirilerek programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içeren toplam 11 bileşene yer verilmiştir. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ Türk Sağlık Sistemi, devletin uluslararası yükümlülükleri hâline gelen uluslararası antlaşmalara taraf olarak ve Anayasa'da yer vermiş olduğu hükümlerle vatandaşının sağlık hakkını kullanımında önemli bir alan açmaya çalışmıştır. Diğer yandan küresel gelişmelerle ortaya çıkan faktörler ve neo-liberal politikalarla devlet yapısı ve kamu yönetimi anlayışına etkileri nedeniyle sağlık hizmetlerinin planlanmasında önemli düzenlemelere gidilmiştir. Demografik ve Epidemiyolojik Özellikler: Türkiye, göreceli olarak genç nüfusa sahip bir ülke konumundadır. Ancak orta ve uzun vadede Türkiye nüfusunun giderek yaşlanacağı öngörülmektedir. Bu yaşlanma sürecinin temelinde yer alan nedenler doğurganlık hızının azalma eğilimine girmiş olması ve sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler neticesinde doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu: Türkiye' de sağlık teşkilatının yeniden düzenlenmesi 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yapılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur. Sektörde çok sayıda aktör; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Bununla birlikte sağlık sisteminde ana hizmet sağlayıcılar olarak Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. Türkiye'de mevcut durumda hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar herhangi basamaktaki bir sağlık hizmet sunucusuna doğrudan başvurabilmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Türk sağlık sisteminde 2006 yılına kadar aynı standartları taşımayan parçalı ve çok başlı bir finansman sistemi (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil Kart programları gibi) hâkimdi. Ancak Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal

Güvenlik Reformu (SDSGR) kapsamında 2006 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve GSS kanunları ile sağlık finansman kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Mevcut durumda, SGK bünyesindeki GSS programı tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaktadır. İnsan Kaynakları: Türkiye, sağlık insan gücü açısından son yıllarda iyileşme yönünde bir seyir içerisinde olmasına rağmen OECD ve AB ülkelerinin gerisinde bulunmaktadır. Bölgeler arasında dengesiz iş gücü dağılımının önüne geçilmesi için 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" hükümlerine göre sözleşmeli personel istihdam edilmektedir. Bilgi Sistemleri: Mevcut bilgi sistemi sağlıkla ilgili doğru politikaların belirlenmesi, sağlık sektörünün sorunlarının ve önceliklerinin belirlenmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyinin değerlendirilmesinde ve bireylerin sağlık verilerinin korunması ve memnuniyetinde önemli rol oynayan önemli proje ve uygulamalar Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. İlaç Politikası: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından Dünya Sağlık Örgütünün önerileri üzerine Akılcı İlaç Kullanımı Programı yürütülmektedir. Yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımının neden olduğu sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılması için yürütülen bu programda farkındalığın oluşturulması ve toplum bilincinin artırılmasında hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/ hasta yakını, sektör, düzenleyici otorite, meslek örgütleri ve diğer gruplar sorumluluk sahibi taraflar olarak değerlendirilmiş ve toplumun önemli bir kısmı sorumluluk sahibi kılınmıştır. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEVLETİN ROLÜ 1970'li yıllardan itibaren dünyada neo-liberal politikalar yönündeki eğilim ve beraberinde yaşanan teknolojik gelişmeler ışığında, 1980'lerin ortalarından itibaren geleneksel kamu yönetimi modelinden uzaklaşılarak, esnek, piyasa tabanlı kamu işletmeciliği modeline geçilmeye bağlanmıştır. Bu bağlamda devletin sağlık alanında değişen rolü fonksiyonları değişime uğramıştır. Bu fonksiyonlar, yönlendirme, planlama, denetim, düzenleme, hizmet sunum, finansman, enformasyon fonksiyonları biçimindedir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Dünyada Sağlık Politikaları ve Planlamaları
ÜNİTE NO 12
YAZAR Dr. ENES AĞIRMAN

Bu ünite, dünyadaki sağlık politikaları ve planlamalarına kapsamlı bir bakış sunmaktadır. Ünitenin temel amacı, sağlık planlaması ve sağlık politikası kavramlarını detaylı bir şekilde tanımlayarak, bu kavramların ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini analiz etmektir. Ayrıca, sağlık politikalarının oluşturulma sürecindeki kritik noktaları açıklamak, küresel sağlık (global health) anlayışının ulusal sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve farklı coğrafyalarda uygulanan sağlık politikalarını karşılaştırmalı olarak incelemek hedeflenmektedir. Ünite, ülkeleri benimsedikleri sağlık sistemi politikalarına göre sınıflandırarak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikaları arasındaki temel farklılıkları ortaya koymaktadır. Sağlık planlaması, bir ülkenin sağlık sisteminin yapısını, işleyişini ve hizmetlerin sunum biçimini belirleyen temel bir unsurdur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık planlamasını, belirli bir zaman diliminde toplumun sağlık seviyesini geliştirmek amacıyla mevcut sınırlı kaynakların en uygun biçimde kullanılması süreci olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, planlamanın özünde kaynak verimliliği ve sağlığın iyileştirilmesi hedeflerinin bulunduğunu vurgulamaktadır. Sağlık planlaması, yalnızca hizmetlerin sayısını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda bu hizmetlerin kalitesini, erişilebilirliğini ve etkinliğini artırmayı da amaçlar. Sağlık politikası ise, sağlık sisteminde yer alan kurumların finansman, örgütlenme ve hizmet sunumuna ilişkin tüm düzenlemeleri kapsar. Kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının sağlık hizmetlerine dair uygulamaları da sağlık politikalarının bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri, temelde iki felsefi yaklaşımdan etkilenir: toplumsal ve bireysel yaklaşımlar. Toplumsal yaklaşım, sağlığı temel bir insan hakkı ve kamusal bir sorumluluk olarak görürken, bireysel yaklaşım sağlığı kişisel bir sorumluluk olarak kabul eder. Bu iki yaklaşım, ülkelerin sağlık sistemlerinin finansman yapısını, örgütlenme biçimini ve insan gücü planlamasını doğrudan etkiler. Toplumsal temelli politikalar kamu hizmetlerinin ağırlıkta olduğu sistemler doğururken, bireysel temelli politikalar özel sektör odaklı modellerin gelişmesine yol açar. Ulusların sağlık politikalarında etkili olan uluslararası kuruluşlar arasında DSÖ, Dünya Bankası, UNICEF, OECD ve UNDP bulunmaktadır. DSÖ, küresel sağlıkla ilgili bilgi alışverişini sağlamak, uluslararası sağlık yönetmelikleri oluşturmak ve üye ülkelere teknik yardım sağlamak gibi görevleri üstlenir. Dünya Bankası, gelişmekte olan ülkelere finansal ve teknik destek sağlayarak sağlık sektöründeki iyileşmelere katkıda bulunur. UNICEF, çocuk haklarının korunması ve geliştirilmesi amacıyla faaliyet gösterirken, OECD üye ülkelerin sağlık harcamalarını ve sağlık sistemlerinin performansını karşılaştırmalı olarak analiz eder. UNDP ise, ülkelerin kalkınma hedeflerine ulaşmalarına destek vererek sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine katkıda bulunur. Dünya devletlerince uygulanan sağlık politika ve planlamaları, ülke örnekleri üzerinden incelenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), özel sektör ağırlıklı bir sağlık sistemine sahip olup, sağlık hizmetlerine erişim büyük ölçüde bireysel sigorta kapsamına bağlıdır. İngiltere, tamamen kamu finansmanına dayalı bir model olan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) aracılığıyla sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Fransa, karma bir sigorta sistemine sahip olup, devlet ve ulusal sağlık sigortasının ortak sorumluluğu altında sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Kanada, federal ve eyalet yönetimleri arasında görev paylaşımına dayalı bir sağlık sistemine sahip olup, sağlık finansmanının büyük kısmı kamu kaynaklarıyla karşılanmaktadır. Küba, tamamen devlet tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahip olup, sağlık hizmetleri ücretsiz, evrensel ve kamuya ait kurumlar aracılığıyla sunulmaktadır. Hindistan'da hem geleneksel tıp uygulamaları hem de özel sektörün etkisi görülmekte olup, sağlık hizmetleri ulusal, eyalet ve bölgesel düzeylerde yürütülmektedir. Suudi Arabistan'da ise sağlık hizmetleri büyük ölçüde devlet tarafından ücretsiz olarak sunulmakta olup, sağlık sistemi Sağlık Bakanlığı'na bağlı 18 bölge tarafından yürütülmektedir. Gelişmiş ülkelerin sağlık politikalarının ortak özellikleri arasında güçlü ekonomik altyapı, kapsamlı finansman mekanizmaları, hizmetlerin tüm toplumu kapsayıcı olması, bireylerin özgür seçim hakkına sahip olması ve sağlık hizmetlerinde yüksek kalite standartlarının uygulanması yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise kaynakların sınırlı olması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, yetersiz altyapı ve sağlık personelinin eksikliği gibi

sorunlar ön plana çıkmaktadır. Bu ülkelerde sağlık politikaları genellikle temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine, kaynakların etkin kullanımına, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasına ve anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Global sağlık politikaları, ulusların tek başına çözümleyemeyeceği ölçüde karmaşık hale gelen sağlık sorunlarına karşı uluslararası iş birliği, bilgi paylaşımı, dayanışma ve ortak politika geliştirme gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle çağdaş sağlık yönetimi anlayışı, yalnızca ulusal değil, küresel ölçekte bütünleşik sağlık yaklaşımlarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sonuç olarak, dünya genelindeki sağlık politikaları ve planlamaları, ülkelerin sosyoekonomik durumları, kültürel özellikleri, demografik yapıları ve benimsedikleri yönetim anlayışlarına göre farklılık göstermektedir. Ancak temel amaç, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine adil, etkili ve zamanında bir şekilde erişimini sağlamaktır. Küresel sağlık sorunlarına karşı uluslararası iş birliği ve ortak politika geliştirme, çağdaş sağlık yönetimi anlayışının vazgeçilmez bir parçasıdır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, sağlık politikalarının başarısını belirleyen temel unsurlardır. Ayrıca, Bu ünite, dünyadaki sağlık politikaları ve planlamalarına kapsamlı bir bakış sunmaktadır. Bunun yanında, Ünitenin temel amacı, sağlık planlaması ve sağlık politikası kavramlarını detaylı bir şekilde tanımlayarak, bu kavramların ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini analiz etmektir. Öte yandan, Ayrıca, sağlık politikalarının oluşturulma sürecindeki kritik noktaları açıklamak, küresel sağlık (global health) anlayışının ulusal sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve farklı coğrafyalarda uygulanan sağlık politikalarını karşılaştırmalı olarak incelemek hedeflenmektedir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Dünyadaki Sağlık Sistemlerinin Değerlendirilmesi
ÜNİTE NO 13
YAZAR Dr.Öğr.Üyesi SERPİL ÖZCAN

SAĞLIK SİSTEMİ NEDİR? AMAÇLARI NELERDİR? Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumu, toplumsal gelişmişliğin en temel öğelerinden biridir. Bireylerin ve toplumların sağlığının korunması ve sürdürülmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde verilmesi büyük önem taşımaktadır. Her ülkenin sağlık sistemi kendi kültürel, ekonomik, hukuki, tarihî, sosyal ve siyasi yapısına uygun olarak şekillenmekte ve farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri, sosyal devlet anlayışı içinde tüm ülkelerde verilmesi ve vatandaşların ekonomik ve sosyal durumları düşünülmeksizin almaları zorunlu olan hizmetlerdir. Sağlık sistemlerinin en önemli özelliklerinden biri, toplumun her kesimine hizmetin ulaştırılmasıdır. Her bireyin eşit şekilde yararlanabileceği şekilde kentten kırsala herkesin hizmet alması amaçlanmalıdır. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması Beveridge Modeli; evrensel veya zorunlu model olarak da adlandırılır ve herkesi kapsayan, finansman ve sunumunun kamu tarafından yönlendirildiği bir sistemdir. Bu modele göre tüm vatandaşlar aile ve çalışma durumlarına bakılmaksızın aynı şekilde kapsama alınırlar ve finansmanı da genel vergilerden sağlanır. Bismarck Modeli'ne göre sigortanın konusu 'vatandaş' değildir. Çalışanlar istihdam şekillerine göre gelirlerinin bir kısmını 'hastalık fonlarına' veya benzer 'üçüncü taraflara' katkı olarak öderken, aktif olmayan nüfus (emekliler ve bağımlılar) çalışanlar üzerinden kapsama dâhil edilirler. Bu modelde finansman, işverenlerin ve çalışanların ödediği primler ve az da olsa devlet katkısından oluşmaktadır. Piyasa tipi sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetleri bütünüyle özel girişim tarafından verilir ve hizmetin finansmanı da büyük ölçüde özel sigortalar tarafından karşılanır. Kapsayıcı tip sağlık sistemlerinde bütün nüfus kapsama alınır ve sağlık hizmetlerinin finansmanı bütünüyle vergilerden oluşan genel bütçeden karşılanır. Sosyalist tip sağlık sistemlerinde, sağlık harcamalarının tamamı devlet bütçesinden karşılanır ve yatırımların tamamı da devlet tarafından yapılır. Sağlık politikalarının sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi Bir ülkenin sağlık sistemi büyük ölçüde o ülkenin otoriteleri tarafından oluşturulan ve yürütülen sağlık politikalarınca şekillenmektedir. Sağlık politikaları sağlık bakım hizmetinin sunumu, finansmanı, hizmetin niteliği, maliyeti ve toplumun hizmete nasıl ulaşacağına yönelik planlamaları ve kararları düzenler. Böylelikle sağlık politikaları, hem hizmeti alan kişileri hem de hizmeti sunan sağlık personelini etkilemektedir. Her ülkenin sağlık politikaları kendine özgüdür ve sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlık hizmetinin sunumu, finansmanı, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında farklılıklar bulunmaktadır. Bazı ülkelerin sağlık sistemleri Almanya Almanya'da sağlık hedefleri sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı bir yönetim aracıdır. Almanya nüfusunun hemen hemen hepsi yüksek kalitede kapsayıcı sağlık hizmetine erişime imkânına sahiptir. 1883 yılında Sağlık Sigortası Kanunu' nun kabulünün ardından, Zorunlu Sağlık Sigortası (GKV) kamuya sunulan sağlık hizmetlerini şekillendirmektedir. Almanya'da sağlık hizmetleri sistemi yerinden yönetim şeklindedir. Hastaneler birliklere değil, özel yasalara bağlı kuruluşlardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, ayakta bakım hizmetleri, çoğunlukla genel pratisyen (GP) veya özel uzmanlar tarafından verilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine bakıldığında ise hastane hizmetleri geleneksel olarak yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Federal Almanya'da insanların çoğunluğu hayattaki risklere karşı Alman Sosyal Sigortası tarafından korunmaktadır. Nüfusunun yaklaşık %87'si bir zorunlu sağlık sigortası, yaklaşık %10'u özel sağlık sigortası kapsamındadır. ABD ABD sağlık sisteminde sağlık hizmetleri hükûmet (federal, eyalet ve yerel düzey) ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. ABD sağlık sistemi içinde en büyük idari rolü Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (Health and Human Services-HHS) üstlenmektedir. HHS, ABD vatandaşlarının sağlığını korumaktan sorumludur. HHS'ye bağlı birimler sağlık ve sosyal bilim araştırmalarını yürütür, hastalık salgınlarını önler, ilaç ve gıda güvenliğini temin eder ve tüm vatandaşlara sağlık sigortası sağlar. HHS, her dört Amerikalıdan birine sağlık sigortası sağlayan Medicare, Medicaid ve CHIP hizmetlerini denetleme görevi vardır. Medicare, 65 yaş ve üzeri yaşlıları, kronik hastalığı olan ve sosyal güvenlik yasasından yararlanma hakkına sahip 65 yaş altındaki özürlü kişileri kapsayan federal bir programdır. Medicaid ve CHIP, düşük gelirli insanlar, aileler ve çocuklar, hamile kadınlar, yaşlılar ve engelliler dâhil olmak üzere milyonlarca Amerikalıya

ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık sigortası sağlamaktadır. Tedavi edici hizmetler dışındaki birinci basamak hizmetler "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. İkinci basamakta sürekli bakım ve kronik tedavi hizmetleri verilir. Akut hastalık durumunda uzman hekimler tarafından hizmet verilir. Üçüncü basamakta ise uzmanlaşmaya dayalı karmaşık bir yapı vardır. İngiltere İngiltere' de sağlık hizmetleri devlet tarafından Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Services (NHS)) tarafından ve çoğunlukla ücretsiz olarak sağlanmaktadır. NHS'nin amacı tüm vatandaşların eşit olarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesidir. NHS tüm İngiliz vatandaşlarına, İngiltere'de oturma hakkına sahip yabancılara ve İngiltere'de bir seneden uzun bir süredir bulunan herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır. Çoğunlukla toplanan vergilerle finanse edilen ve çoğu hizmetin ücretsiz sunulduğu bir sağlık sistemidir. İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça gelişmiş ve iyi işleyen bir sistemi vardır. İngiltere'de nüfusun çoğunluğu bir GP'ye kayıtlıdır ve 24 saat hizmet alınabilmektedir. İngiltere'de hastaneler, devlet tarafından işletilen (national health hospitals) ve özel hastaneler (private hospitals) olarak ikiye ayrılmaktadır. Devlet tarafından işletilen hastanelere gidebilmek için öncelikle kayıtlı bulunulan GP gitmek, doktorun gerekli görmesi halinde hastaneye sevk edilmek gerekir. Fransa Fransa'da refah yönelimli bir sağlık sistemi hâkimdir ve nüfusun çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetlerine erişim kolaydır. Sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı bulunur. Sistem temel olarak ulusal sağlık sigortası ve devlet tarafından düzenlenmektedir. Sağlık sigortası sisteminin finansman ve yönetimi hükûmetin sorumluluğundadır. Sağlık hizmeti sunumunu kamu ve özel sektör birlikte üstlenmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri serbest çalışan hekimler, diş hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından sunulur. Norveç Norveç' te sağlık hizmetlerinin uygulama ve finansmanı Ulusal Sigorta Yasası'na bağlıdır. Ülkede sağlık hizmetleri sunumunun kontrolü ve koordinasyonu bakanlığa değil, Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlıdır. Ulusal sigorta, uyruğuna bakılmaksızın ülkede yaşayan tüm bireyleri zorunlu olarak kapsamına almaktadır. Norveç'te sağlık hizmetlerini yerel yönetim üstlenmiştir ve aşamalı bir sağlık sistemi vardır. Hastalar önce birinci basamak hizmetlerden yararlanır daha sonra da uzman hekimlere yönlendirilir. Yaşlı bakımı evde bakım hizmeti biçiminde verilmektedir. İsviçre İsviçre ekonomik olarak gelişmiş bir ülkedir ve buna paralel olarak da dünyanın en gelişmiş sağlık sistemlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler arasında en yüksek yaşam beklentisi, en düşük bebek ölüm oranına sahiptir ve dünyadaki en pahalı üçüncü sağlık sistemine sahiptir. İsviçre'de sağlık hizmeti kantonlar tarafından verilir. Her kantonun kendi sağlık yönetimi vardır. İsviçre'de ayakta bakım hizmetini uzman hekim ve genel pratisyenler tarafından verilir. Hastaneler ise kamu idareleri ve özel idareler tarafından yönetilir. İsviçre'de belediye, kanton ve ulusal düzeyde faaliyet gösteren özel insani bir kuruluş olan İsviçre Kızılhaç'ı vardır. Kızılhaç İsviçre'de kurulmuştur ve insancıl yardımların gelişmesinde önemli yere sahiptir.

DERS ADI Sağlık Planlaması
ÜNİTE ADI Sağlıkta Bilgi Sistemleri
ÜNİTE NO 14
YAZAR Öğr.Gör. NURMUHAMMET TAŞ

GİRİŞ Bilginin tanımıyla ilgili çok sayıda görüş olduğu söylenebilir. En yaygın olan görüşlerden biri şu şekilde izah edilebilir: İnsan, duyu organlarıyla evreni algılar. Bu algılama sürecinde"özne" (suje) ve " nesne "(obje) adında iki unsur bulunur. Özne, bilen olarak insan; nesne ise bilinen olarak varlıklardır. Bilgi; bilen ile bilinen arasındaki ilişki süreci ile elde edilen ürün olarak tanımlanabilir. Aktif bir tavır gösteren insan bilinç sahibi olarak ve amaçlı bir şekilde bir varlığa yönelir, onu özneye konu yapar. Özne ve öznenin yöneldiği nesne ilişkisi sonucunda bilgi aktı kurularak bilgi oluşur. BİLGİ SİSTEMİ Bilgi sistemleri planlama, kontrol, analiz etme ve karar verme amaçlı bilgiyi elde edip saklama ve gerektiğinde kullanmak için faaliyet gösteren elementler sistemidir. Bilgi Sisteminin Unsurları • Donanım (Hardware), • Yazılım (Software), • Dosyalama (Filing), • İnsan (Human), • İşlemler (Processes). TIP BİLİŞİMİ VE SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ Tıbbi bilişim, tıptaki bilgilerin etkili kullanımı, yayılması, incelenmesi, yeniden değişmesi şeklinde yönetilmesi üzere farklı bilimlerle etkileşim içinde güncel bilgisayar ve bilgi teknolojilerinin yüksek seviyede kullanılmasını hedeflemektedir. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ Bilgi teknolojileri günümüzde sağlık kurumları eylemlerinin önemli bir yardımcısı olmaya başlamıştır. Bilgi teknolojileri sağlık kurumlarının beş hedefini gerçekleştirmede en önemli yardımcıdır. Bu hedefler şunlardır: • Verimliliğin artırılması, • Maliyetlerin düşürülmesi, • Karar vermenin kolaylaştırılması, • Hastalarla ilişki ve etkileşimin artırılması, • Yeni uygulamaların başlatılması. Sağlık Bilişiminde Paydaşlar: Sağlık bilişiminde paydaşlar şunlardır: • Doktorlar, • Hemşireler, • Sağlık bakım çalışanları, • Sağlık kurumu idarecileri, • Araştırmacılar • Sağlık hizmeti alıcılar ve yakınları. Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri Neden Olmalı? • Küresel dünyada bilgiye hâkim toplumların diğerlerinin önüne geçmesi, • Bilgi sistemlerinin kullanılabileceği en uygun sahalardan birinin sağlık olması, • Zamandan tasarruf, • Kaliteli hizmet, • Verimliliği artırma, • Hastaların beklentileri. Klinik bilgi sistemleri • Bilgi teknolojileri tabanlı hasta kaydı, • Destekleyici bilgi sistemleri, • Laboratuvar, • İlaç, • Hemşire bilgi sistemleri, • Klinik karar sistemleri. Yönetimsel ve ekonomik sistemler • Dijital talep, • Hasta hesap sistemleri, • İnsan kaynakları, • Malzeme yönetimi, • Ofis otomasyonu. Stratejik karar destek sistemleri • Planlama ve pazarlama, • Finansal öngörü, • Kaynak tahsisi, • Performans yönetimi, • Çıktı değerlendirilmesi. HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ (HBYS) Hastaneler birçok görevi, bölümü, malzemesi, personeli, hizmet alanı, hizmet vereni, idarecisi gibi paydaşlarıyla karmaşık kurumlardır. Bu nedenle hastanelerde bilgi sistemlerinin kullanılması kaçınılmazdır. Türkiye'de bu karmaşık yapının işleyişini kolaylaştırmak amaçlı e-sağlık sistemine geçilmiş ve hastanelerde bilgi sistemleri etkin olarak kullanılmaya başlanmıştır. Randevu alma, tanı, radyoloji, laboratuvar testleri, ilaç ve reçete işlemleri, hasta kayıt vb. bütün tıbbi işlemler bilgi sistemleri üzerinden yürütülmektedir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin Amacı Hastanelerde, yönetimsel ve ekonomik verilerin saklanması ve tekrar kullanılabilmesi gibi etkili yazılımlar günümüzde mevcuttur. Benzer şekilde hastaların tıbbi verilerinin kaydedilmesi ve kullanılabilmesi açısından etkili yazılımlara ihtiyaç vardır. HBYS'ler sadece hastane bünyesinde kalmamalı ve dış sistem ve ağlarla da iletişim kurabilmelidir. Dolayısıyla veri tabanlarında var olan bütün bilgilerin ihtiyaç hâlinde kullanılabilmesi için başka veri tabanlarına iletilebilmesi, gerek duyulduğunda hastane dışı sistemlerden (Merkezî Hastane Randevu Sistemi, MEDULA vb.) veri alınabilmesi sağlanmalıdır. Bu gibi hususları göz önüne alan Sağlık Bakanlığı HBYS'lerde olması gereken standartları belirlemiştir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin Tanımı HBYS kısaca, hastanede bütün tıbbi ve yönetimsel eylemleri bilgi teknolojilerinin kullanılarak gerçekleştirilmesi, bilgilerin birbirine bütünleşik yürüyen bazı modüller aracılığıyla, çeşitli paydaşlar ile genişçe bir veri tabanına aktarılması ve ihtiyaç duyulan bütün çıktıların/bilgilerin veri tabanından yeniden alınmasını sağlayan, zaman, iş gücü ve tasarruf sağlayan, güvenilir ve kaliteli veriler üreten yazılımlardır. Bir HBYS'de olması gereken bazı modüller şunlardır: Hasta kayıt modülü Hastaneye daha önceden gelmeyen hastaların bilgilerini kayıt alan, mevcut hastalara yeni giriş açan, bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumundan provizyon ve takip numarası alan, hastayı gitmesi gereken polikliniğe ya da kliniğe sevkeden ve aratıldığında hasta bilgilerini

gösteren modüldür. Poliklinik modülü Hastanın başvurusundan konsültasyonuna ve hastaneden çıkmasına kadar, polikliniklerde gereken, bütün tıbbi ve ekonomil eylemlerin bilgi sistemlerine iletilerek ihtyaç duyulan bilgilerin kaydedilmesini ve bu bilgilere gerektiğinde yeniden ulaşabilmeyi amaçlar. Doktor, düzenli olarak ya da istediğinde bu modül ile Çalışma Cetveli yapmak için çalışma saatlerini sisteme katabilmelidir. Bilgi yönetim modülü Bu modül ile hastane idarcilerinin, idari ve stratejik kararlarına destek amaçlı; hastanedeki bütün tıbbi ve ekonomik kaynakları takip edebilmesi, inceleyebilmesi, değerlendirebilmesi ve analiz edebilmesi sağlanır.