



*T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ*

SAĞLIK HİZMETLERİ
YÖNETİMİ EĞİTİMİ

REFERANS NOTLARI

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ
YÖNETİMİ EĞİTİMİ**

REFERANS NOTLARI

Bu kitap T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Genel Koordinatörlüğü Hizmet İçi Eğitim Birimi Tarafından Düzenlenen Hastane Yönetimi, Eğitimi Kapsamında Hazırlanmıştır.

Tüm Hakları Saklıdır.

İÇİNDEKİLER

<i>HALK SAĞLIĞI VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ</i>	1
<i>STRATEJİK YÖNETİM</i>	9
<i>SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ</i>	23
<i>EPİDEMİYOLOJİ</i>	26
<i>TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ</i>	29
<i>REKABET ÖNCELİKLERİ VE DERECELENDİRME</i>	45
<i>SAĞLIK EKONOMİSİ</i>	49
<i>İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ</i>	53
<i>TEMEL PAZARLAMA KAVRAMLARI ve HİZMET PAZARLAMASI</i>	73
<i>VERİ ANALİZİ</i>	85
<i>PROJE YÖNETİMİ</i>	91
<i>FİNANSAL YÖNETİM</i>	99
<i>TIP ALANINDA ETİK</i>	121
<i>TAHMİN YÖNTEMLERİ</i>	155
<i>KARAR ANALİZİ</i>	161
<i>SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ</i>	167
<i>TARAMA</i>	171
<i>BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ</i>	174
<i>TOPLUM YÖNELİMLİ TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ (COPC) SÜRECİ</i>	205
<i>KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ</i>	235

HALK SAĞLIĞI VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Sisteminin Paralel ve İletişimli Bölümleri: Kim Ne Yapar ve Karşılaşılan Sorunlar?

Tarihçe

1978'de ki Alma Ata konferansından beri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin (BBSH), sağlık sistemleri içinde aldığı önemli rol, sağlık planlamalarında vazgeçilmiş bir unsur olmasını sağlamıştır. Alma Ata'da tanımlanan BBSH, klinik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini kapsadığı kadar, halk sağlığını da (HS) içerir. Terimler karmaşık olabilir. Doktorlar ve hemşireler tarafından uygulanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, hasta bakımını da içerir. Halk sağlığının toplumsal bakış açısı, hem kişilere (aşılama) hem de topluma (sanitasyon) yönelmesini engellemez.

Hem Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (PHC) hem de Halk Sağlığı (HS), Pikuah Nefesh'in insan yaşamı kutsallığının İncil'deki referansına dayanarak bireyin sağlığını iyileştirme amacını paylaşır. Sağlık sistemlerinin idaresi ile birlikte, bunlar giderek artan bir şekilde "Yeni Halk Sağlığı" adı ile anılan olguyu oluşturmaktadır.

Bu makale kısaca halk sağlığının ne olduğunu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile ilişkisini tartışırken, ortak ve paralel amaçlara ulaşmak için "Kim ne yapar" sorusunu yanıtlamaya çalışacaktır. Aynı zamanda BBSH ve HS veya Yeni Halk Sağlığının 21. Yüzyılın ilk on yılında karşılaşacağı güçlüklerle de değinecektir.

Tanımlar

“Halk sağlığı; toplumun, insanların sağlığını korumak, arttırmak ve geri kazandırmak için organize ettiği ortak çabalardır. Sosyal ve kolektif davranışlar aracılığı ile tüm insanların sağlığının iyileştirilmesi ve idamesine yönelik bilimlerin, becerilerin ve inançların bileşimidir. Amaçları; hastalık sıklıklarını, erken ölümleri, rahatsızlık yaratan hastalıklar ve sakatlıkları azaltmayı içerir. Bu nedenle halk sağlığı sosyal bir kurum, bir disiplin ve bir uygulamadır.”

"Hastalıkların önlenmesini, yaşam süresinin uzatılmasını ve sağlığın yaygınlaştırılmasını toplumun organize çabaları ile sağlayan bir bilim ve sanattır. " J.M.A Epidemiyoloji sözlüğünden, 4.baskı 2001.

Yeni Halk Sağlığı tanımı:

".... Eski halk sağlığı anlayışını genişletme çabasında bir felsefedir ve toplulukların sağlığı kadar kişilerin sağlığını da kapsar. Çağdaş sağlık unsurlarına cevap vermeyi hedeflerken sağlık hizmetlerinden, çevreden, politik yönetimden, sosyal ve ekonomik gelişmeden eşit miktarlarda yararlanılmasını öngörür. Sağlığı, kalkınma programlarına dahil ederek, sağlığın halk politikaları ile korunmasını garantilemek ister. Bunun ötesinde, yeni halk sağlığı; zamanımızın problemlili konularına çözümler bulmayı ve bunu iyi tanımlı uygulanabilir stratejilerle yapmayı hedefler." Dünya Sağlık Teşkilatı, Yeni Halk Sağlığı ve WHO'nun 9. Genel iş programı Cenova:WHO, 1995.

Kim Ne Yapar?

Halk sağlığı uygulayıcıları: Sağlık yetkilileri, mühendisler, temizlikçiler, halk sağlığı hemşireleri, yardım çalışanları, epidemiyologlar, TB/HIV kontrol epidemiyologları, risk azaltıcı ve sağlık promosyonu sağlayan uzmanlar ve tabloda gösterilen pek çok diğer meslekler. Çabaları ulusal, eyalet ve yerel toplulukların sağlık otoritelerinin halk sağlığına yönelik yasal, düzenleyici ve finansman fonksiyonlarına yöneliktir.

Klinik alanlar; aynı zamanda birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerini uygular. Birincil koruma; bir hastalığın ortaya çıkmasına engel olmaktır. Buna örnek olarak, bir çocuğun kızamığa karşı aşılınması veya doğumsal sakatlıklara engel olmak için una katılan folik asit verilebilir. İkincil koruma; bir hastalığın ilerlemesini durdurmaya kapsar. Buna örnek olarak ise, koroner yetmezliği ve kalp krizlerini önlemeye yönelik olarak yapılan hipertansiyon taramaları ve kontrolleri verilebilir. Üçüncül koruma; gelişen bir hastalıktan sonra hastanın azami fonksiyonlarının kazandırılması anlamına gelir ki, kurumlarda veya topluluklarda sağlanan rehabilitasyon ve uzun süreli bakım buna örnek teşkil eder.

Hastalarla çalışan tüm doktor ve hemşireler “Koruyucu Tıp” denilen alanda rol oynarlar. Bunlar, genellikle ikincil ya da üçüncül koruma olmakla birlikte aşılama, sigarayı bırakmaya teşvik veya uygun diyet alışkanlıkların kazandırılması gibi pek çok klinik uygulama birincil koruma sağlar. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev alan doktor ve hemşireler ya da aile hekimleri, koruyucu tıpta çok önemli bir rol oynarlar, ancak bu genellikle akut ve kronik hastalıkların klinik bakımı ile birlikte. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile ilgili Kuruluşlar, bu ülkelerde tıp otoritelerinin onayladığı "Etkili koruma uygulamaları" standartları geliştirmişlerdir. Bu standartlar, diğer ülkelerin sağlık durumlarını belirlemede yardımcı olabilir.

Farklı kıstaslarla gelişen yeni sağlık uygulayıcıları, geleneksel tedavi kurumları kadar başarılıdır. Geleneksel şekilde doğuma yardımcı olan personel, eğer eğitilir ve denetlenebilirse, imkanların kısıtlı olduğu bölgelerde anne bakımına katkıda bulunabilirler. Toplum sağlık çalışanları, Hebron ve Batı Şeria gibi yerlerde (Filistin yönetimi) 1986 dan günümüze kadar, pek çok durumda oldukça etkili çalışmalarda bulunmuşlardır. Daha gelişmiş bölgelerde, kırsal kesim doktorlarının ve uzman hekimlerin yokluğu, pratisyen hemşire ve hekim yardımcılarını kavramlarını yaratmıştır.

Halk sağlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin zorlukları nelerdir?

Geçmişte görülme sıklığında en üstte yer alan Enfeksiyon hastalıklarının, görülme sıklığını kronik ve dejeneratif hastalıklara kaptırmasını betimleyen "epidemiolojik geçiş", hemen her ülkede daha refah bir yaşam tarzı ile birlikte olagelmıştır. Ancak HIV/AIDS'in ve diğer yeni enfeksiyonların (örneğin egzotik yeni hastalıklar) beslenme yetersizliğine bağlı olarak veya enfeksiyonun kendisi nedeni ile, non-enfeksiyöz hastalıkları tetikleyebildiğini unutmamalıyız. Bu nedenle, hastalıkların tek nedeninin olduğu görüşü, farklı risk faktörlerinin birbirleri ile etkileşerek yeni hastalık süreçlerine yol açtığı görüşü ile çatışmaktadır. Tüm bunlar, hem halk sağlığı alanında, hem de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alanında araştırma metodlarının bağımsız olacağı daha esnek bir yaklaşım gerektirmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarının kontrolü hijyenik bir çevre ve gıda kadar aşılama ile de ilgilidir. Bu aktiviteler büyük oranda Halk Sağlığı kapsamındadır. Ancak streptokok'un; romatizmal ateş ve romatizmal kalp hastalıklarındaki rolünün anlaşılması, yakın zamanlarda ise helicobacter pylori'nin, peptik ülser vakalarında kontrol altına alınmasının kronikleşmeyi önlemesi ve mide kanserinden koruma sağlaması klinik sorumluluğu gerektirmektedir. Benzer şekilde, Hepatit A ve B aşılması, siroza ve karaciğer kanserine karşı koruma sağlamaktadır. Çok yakın tarihli ve ilginç olan ise, trahoma pnömoni'nin koroner kalp hastalıkları ile ilgili olduğunun bulunması ve kontrol altında tutulmasının kalp hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltacak olmasıdır.

Günümüzde, dünya ülkelerin yüz yüze kaldığı en önemli sorunlardan biri kardiyovaskular hastalıklar ve travma gibi ölümcül ya da sakat bırakan hastalıkların ikincil ve üçüncül seviyelerde önlenmesidir. Burada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin rolü; acil ambulans sistemlerinin, hastane acil bölümlerinin ve yoğun bakım birimlerinin yönetilmesi kadar ciddidir.

Epidemiyolojik geçişin bir bölümü olarak, doğum oranlarındaki düşüş ve artan yaşam süresi, toplumların yaş skalasında yaşlılar lehine bir kaymaya neden olmaktadır. Yaşlıların sağlık veya hastalıktaki bakımları hem sosyal hem de sağlık sistemine olan fazla talepleri doğurur. Sağlık sigortası ve emeklilik aylığı, risk altında olan yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için ve BBSH onların özel ihtiyaçlarına cevap verebilmesi bakımından hayati bir önem taşımaktadır.

Akıl sağlığı, toplumun önemli sağlık meselelerinden biridir ve BBSH, duyarlı ve deneyimli danışmanlık, terapi ve destek ile birincil ve ikincil önlemeyi sağlamakta önemli bir rol oynar.

Yoksulluğun toplumsal ve sağlık üstündeki etkileri, kirlilik, hızlı kentleşme, aile içi ve genel şiddet olayları, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ve cinsel sorunlar sağlık sistemlerine ve sağlık kuruluşlarına aşırı yük bindirir. Bu nedenle, bu kurumlar sadece toplumu etkileyen hastalıklarla değil aynı zamanda birey olarak hasta ile de uğraşırlar.

Sağlık Sistemleri gelecek yüzyılda kendilerini bir bütün olarak biyolojik, çevresel ve toplumsal zorluklarla mücadele etmeye hazırlamalıdır. Epidemiyolojik ve daha kapsamlı sosyal bir etkiden öte ekonomik sorunlar da vardır. Halk Sağlığı ve

BBSH'nin öncelikleri artık değişmiştir ve evrimine devam edecektir. Ancak, 21. Yüzyılda en az daha önce oldukları kadar etkin olacakları kesindir.

Sonuç:

Sağlık, hizmetlerin farklı türleri ile gelişmeye açıktır. Halk Sağlığı, yaşamları kurtarmada mükemmel sonuçlar sergilemişken, « Center for Disease Control » (CDC); yirminci yüzyılda yaşam süresinin 40 yıl artırılmasının, 2/3 oranında halk sağlığının başarısına bağlamaktadır. Bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan kalp hastalığı ve inme gibi durumların kontrolünde klinik çalışmaların başarısı da göz ardı edilmemelidir.

Klinik tedavi, koruyucu önlemler ve halk sağlığı hizmetlerinin dengeli sağlanması toplumların olduğu kadar bireylerin sağlık seviyelerinin artırmak için gereklidir. Birleşik devletlerin eski bir Sağlık Bakanı, hepimizin bazen tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğumuzu, ancak hepimizin halk sağlığına her zaman ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Roller ve metotlar farklı, ama hedefler aynıdır.

KAYNAKLAR

Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health: An Introduction for the 21st Century. San Diego: Academic Press, 2000.

CDC. Ten great public health achievements--United States, 1900-1999. MMWR 1999;48:241-3.

CDC. Impact of vaccines universally recommended for children--United States, 1990-1998. MMWR 1999;48:243-8.

CDC. Motor-vehicle safety: a 20th century public health achievement. MMWR 1999;48:369-74. CDC. Improvements in workplace safety--United States, 1900-1999. MMWR 1999;48:461-9.

CDC. Control of infectious diseases. MMWR 1999;48:621-9. CDC. Decline in deaths from heart disease and stroke--United States, 1900-1999. MMWR 1999;48:649-56.

CDC. Healthier mothers and babies. MMWR 1999;48:849-57. CDC. Safer and healthier foods. MMWR 1999;48:905-13.

CDC. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. MMWR 1999;48:933-

40. CDC. Tobacco use--United States, 1900-1999. MMWR 1999;48:986-93.

CDC. Family planning. MMWR 1999;48:1073-80.

Tablo. Halk sağığı ve Klinik servislerde Sağıık mesleklerinin majör tipleri

Halk Sağıık Meslekleri	Klinik Sağıık Meslekleri
Halk sağıık yönetimi	Sağıık tesisi yöneticileri - muhasebeciler, otelcilik
Sağıık politikası analisti	
Tıbbi sağıık personeli	fonksiyonları (yiyecek/içecek, çamaşırhane, bakım) satın alma, planlama, hukuk bürosu, halkla ilişkiler, sekreter, gönüllüler
Epidemiyolog	
Diş ile ilgili halk sağıık personeli	
Veteriner halk sağıık görevlisi	Doktor - pratisyen ve uzmanlar
Endüstriyel sağıık hekimi	Diş hekimi
Okul sağıık görevlisi	Hemşire yönetimi, pratisyen ve uzmanlar
Sağıık ekonomisti	Ebe
Tıbbi sosyolog	Eczacı
Tıbbi antropolog	Fizyoterapist
Hukuk Sorumlusu	İş sağıık terapisti
Veri bilimci	Konuşma terapisti
Çizimci	Solunum terapisti
İstatistikçi, biometrist	Sosyal hizmetler - tıbbi ve psikiyatrik
Sağıık hizmetleri araştırmacısı	Laboratuvar personeli, biyokimyacı, mikrobiyolog, genetik ve diğerleri
Sağıık eğitimcisi - toplum, halk, okul ve endüstriyel	Genetik danışman
Beslenme uzmanı	Radyoloji teknisyeni
Bilgisayar uzmanı	

Halk sağlığı hemşiresi	Görüntüleme teknisyeni
Hijyen Mühendisi	Diş Hekimi yardımcısı
Ürün güvenliği mühendisi	Beslenme uzmanı
Yiyecek teknoloğu	Diyetisyen
Biyokimyager, mikrobiyolog, gıda bilimci, toksikolog	Lisanslı hemşire asistanı
Veteriner bilimci	Sağlık kayıt memuru
Hijyen Uzmanı	Yaşamsal veri kayıt memuru
	Ebe asistanı
	Diğerleri - mutfak, amaşırhane, temizlik personeli, destek, bakım

STRATEJİK YÖNETİM

Yönetim ve Yönetici:

Değişen Yaklaşım ve İşlevler

I. GİRİŞ

Bu sunuşta yönetim ve yöneticinin değişen ve artan işlevleri, kullanılan teknik ve süreçler ve olası gelişmeler özet bir şekilde ele alınacaktır.

- Haberleşme-bilgi teknolojisindeki gelişmeler
- Küreselleşme
- Eğitim düzeyinin ve beklentilerin artması
- Vatandaşın, müşterinin, çalışanın daha talepkar ve bilinçli olması
- Kuruluşların “sosyal” sorumluluklarının artması
- Demokratikleşmenin yaygınlaşması

gibi makro gelişmeler örgütleri, bunların yönetimini ve yöneticilerin işlevlerini köklü değişikliklere uğratmıştır. Tek cümle ile belirtmek gerekirse, yönetim “insan yönetimi”şekline dönüşmüştür/ulaşmıştır.

Yönetici artık önder, koç, kolaylaştırıcı, mümkün kılıcı, destekleyici sözcükleri ile tanımlanır olmuştur.

Organizasyon artık “sosyal bir yapı” olarak görülmektedir.

Varılan noktayı iyi değerlendirebilmek için nereden nereye geldiğini incelemek gerekir. Bu irdeleme ve inceleme Klasik Organizasyon Teorisi (KOT), Davranışsal Organizasyon Teorisi (DOT), Modern Organizasyon Teorisi(MOT) başlıkları altında yapılacak olup, kursun temel kaynak kitabı olan Prof. Tamer Koçel’in yazdığı İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon başlıklı eserden pasajlar alınarak oluşturulmuştur.+

II. KLASİK (GELENEKSEL) ORGANİZASYON TEORİSİ (KOT)

Klasik veya geleneksel organizasyon teorisi adı altında iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunların öncülüğünü Frederick Taylor'un yaptığı Bilimsel Yönetim Yaklaşımı (Scientific Management) ve öncülüğünü Henri Fayol'un yaptığı Yönetim Süreci Yaklaşımıdır.

Klasik teori iki ana fikir etrafında toplanmıştır. Birincisi rutin işlerin görülmesinde insan unsurunun makinelere ek olarak nasıl etkin bir şekilde kullanılabileceği, ikincisi de formal organizasyon yapısının oluşturulmasıdır. Taylor'un Bilimsel Yönetim Yaklaşımı birinci fikri, Yönetim Süreci de ikinci fikri ayrıntılı olarak ele almışlardır. Klasik teori sürekli olarak açık ve seçik olarak belirlenmiş bir organizasyon yapısı ve otorite ilişkileri ile etkinlik ve verimliliğin nasıl arttırılabileceği konusunu işlemiştir. Bazen "ilkeler" yaklaşımı olarak da adlandırılan bu yaklaşımlar en iyi bir organizasyon yapısı ve yönetim tarzı için uyulması gereken ilkeleri belirlemeğe çalışmış, bu ilkelere uyulduğu takdirde etkinlik ve verimliliğin artacağını ileri sürmüş ve bu ilkelerin her organizasyonda ve her yerde geçerli olduğunu savunmuştur. Dolayısıyla bu yaklaşımların ilkeleri evrensel (her yerde geçerli) bir nitelik taşımaktadır.

Klasik teorinin özü şöyle özetlenebilir;

Bir defa klasik teori organizasyonlarda insan unsuru dışındaki faktörler üzerinde durmuştur. İnsan unsuru daima ikinci planda ele alınmıştır. Maddi faktörler düzenlendikten sonra insanın öngörülen doğrultu ve şekilde davranacağı-davranması gerektiği-varsayılmıştır. Bu yönü ile klasik teori mekanik organizasyon yapıları olarak adlandırılan yapıları önermiştir.

Rasyonellik ve mekanik süreçler klasik teorinin hareket noktaları olmuştur. Makine-insan ilişkilerinde rasyonellik, işlerin dizayn ve birleştirilmesinde rasyonellik, ilkelerin amaçladığı rasyonellik ana hareket noktalarıdır. Mekanik rasyonelliği bozacak insan unsuruna ilişkin faktörler modele dahil edilerek ayrıntılı olarak incelenmemiştir. Ekonomik rasyonellik anlayışının organizasyona uygulanmasını ifade eden bu yaklaşım insanı kendine söyleneni yapan, rasyonel olduğuna inanılan sisteme uyan, pasif bir unsur olarak varsaymıştır.

Klasik teori, esas itibariyle kapalı-sistem anlayışı ile organizasyonları ele almıştır. Bunun sonucu olarak da, bütün yaklaşımlar organizasyon içi dahili etkinliğin nasıl sağlanabileceği üzerinde durmuş, bunu sağlamak için uyulması gereken ilkeleri evrensel kabul etmiş; fakat dış çevre şartlarına ve organizasyonların değişen şartlara nasıl uyabilecekleri üzerinde durmamıştır.

Organizasyonların özelliklerine ve içinde bulundukları ortama bakarak organizasyon yapısını belirlemek yerine, her organizasyona bu ilkelerin uygulanmasını öngörmektedir. Bunun sonucu olarak da klasik açıdan organizasyon tasarım süreci şu safhaları içermektedir. Amaçların belirlenmesi, amaçlara ulaştırılacak işlerin (görevler topluluğu) belirlenmesi, uzmanlaşmayı sağlamak için işlerin bölünmesi, işlerin bir araya toplanarak mevki ve pozisyonların oluşturulması, departmanın sağlanması, departmanların hiyerarşik bir yapı içinde koordinasyonu sağlamak üzere birleştirilmesi.

BİLİMSEL YÖNETİM YAKLAŞIMI

(Scientific Management Approach):

1900'lerin başlarında Frederick Taylor'ın öncülüğünü yaptığı bu yaklaşım, geniş bir kabul görmüş ve bu yaklaşımın uygulandığı işletmelerde verimlilik hızla artmıştır. Birinci Dünya Savaşı'ndan önceki yıllarda Amerikan ekonomisindeki hızlı büyümeye karşılık kullanılan üretim tekniklerinin bilimsel olmayışı Taylor'ı bu konuda araştırmaya sevk etmiştir. İşlerin dizaynı ve yapıma şeklinin mühendislik açısından ve bilimsel olarak incelenerek yeniden düzenlenmesi ile hem verimliliğin artacağına, hem de işletme ve işçilerin bu yeni düzenden daha fazla pay elde edeceklerine inanan Taylor, Bethlehem Steel Company'deki deneyleri ile bu inancını uygulamaya aktarmış ve 1911'de yayınlanan Bilimsel Yönetimin İlkeleri (The Principles of Scientific Management) başlıklı kitabı ile de düşündüğü yönetim ve organizasyon anlayışının esaslarını açıklamıştır.

Taylorizmin veya bilimsel yönetim yaklaşımının ana ilkeleri şunlardır.

- Her iş, bu işi oluşturan unsurlarına (görevlere) ayrılmalı,
- Bu görevlerin her biri bilimsel açıdan ayrıntılı olarak incelenmeli,
- Bu inceleme yapılırken görevlerin nasıl daha etkin yapılabilceğı (metot), araç ve gereçlerin nasıl kullanılması gerektiğı (zaman ve hareket) ve görevi yapanın nasıl davranması gerektiğı araştırılmalıdır.
- Böylece görev ve işlerin en iyi yapılma şekli bulunduğundan sonra, bunlar zaman ve metod olarak standartlaştırılmalıdır.
- Daha sonra standartları belli olan bu işleri yapabilecek, fiziki ve zihni kabiliyeti yeterli olan kişiler seçilmelidir.
- Bu kişiler uygun bir şekilde eğitilerek işi öngörülen şekilde yapabilecek hale getirilmelidir.
- Teşvik edici ücret sistemi geliştirilerek işgörenlerin öngörülen şekilde çalışmaları finansal olarak desteklenmelidir.
- Yönetim bu sistemin işleyişini sürekli olarak denetlemeli, aksaklıklar yine bilimsel olarak incelenmelidir.

Bilimsel Yönetim Yaklaşımı yöneticilerin böyle bir bilimsel yaklaşımı kabul etmelerini ve organizasyon yapısını oluşturan işlerin tasarımına bu açıdan bakmalarını önermiştir. Bu anlayışın sonucu olarak zaman etüdü, hareket etüdü, iş ekonomisi; teşvikli ücret sistemleri, iş standartları gibi çalışmalar yaygın hale gelmiştir.

YÖNETİM SÜRECİ YAKLAŞIMI:

Klasik teorinin ikinci yaklaşımı, öncülüğünü Henri Fayol'un yaptığı yönetim süreci yaklaşımı (Administrative Process Theory) dir. Taylor ve izleyicilerinin daha çok iş ya da atölye-tezgah tasarımı ve işlerin yapılma şekli ile ilgilenmelerine karşılık, Fayol organizasyonunun tamamını ele alarak iyi bir organizasyon dizaynı ve yönetiminin ilkelerini araştırmıştır.

Fayol'de Taylor gibi direkt olarak endüstri içinde çalışan bir yazardır. Düşüncelerini 1916'da Fransa'da yayınlanan kitabında açıklamıştır. Ancak Fayol'un İngilizce literatürde yerini alması ancak 1946'dan sonra, kitabının İngilizce'ye çevrilmesi ile birlikte olmuştur.

Yönetim faaliyetleri bir süreç şeklinde oluşur. Bu sürecin başlıca safhaları planlama, organizasyon, emir-komuta (yürütme), koordinasyon ve kontrol'dür. Şu halde yönetim planlama fonksiyonu ile başlayan ve kontrol fonksiyonu ile son bulan ve tekrar planlama ile devam eden bir süreçtir.

Buna benzer şekilde 1937'de Gulick de aşağıdaki yönetim fonksiyonlarını geliştirmiştir: planlama, organizasyon, personel bulma-yerleştirme-yetiştirme, emir-komuta, koordinasyon, raporlama ve bütçeleme. Bu fonksiyonları da kelimelerin İngilizce baş harflerini alarak POSDCORB adı altında (planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting) ifade etmiştir.

Yönetim süreci yaklaşımının mesajı şudur: "Eğer bu ilkeleri izlersen başarılı olursun".

Organizasyon İlkeleri:

İşbölümü: Etkinlik ve verimliliği arttırmak için işler ve onları oluşturan görevler uzmanlaşmaya imkan verecek şekilde bölünmelidir. Böylece hem daha kaliteli ve etkin üretim sağlanacak, hem de işgörenleri eğitmek kolay olacaktır.

Departmanlara (bölümlere) ayırma: İşler belirlenip, iş bölümü ve uzmanlaşma kararlaştırıldıktan sonra, belirli işler bir araya getirilerek departman veya bölümlerin oluşturulması gerekecektir.

Emir-Komuta Birliği: Emir-komuta birliği ilkesi, bir organizasyonda her astın sadece bir üstten emir almasını ve bir üste karşı sorumlu olmasını öngörmektedir. Organizasyonların etkin olabilmesi için bu konunun açık ve seçik olarak belirlenmiş olması, kimin kimden emir alacağının kararlaştırılmış olması gerekir. (Matriks organizasyon yapısında bu ilkenin çiğnendiği görülmektedir.)

Hiyerarşik Yapı: (Piramid) Hiyerarşik yapı ilkesi emir-komuta birliği ilkesi ile yakından ilgilidir. Bu ilkeye göre işler ve mevkiler hiyerarşik bir yapı şeklinde örgütlenmeli ve bu işleri yapanlar da emir-komuta birliği ilkesine göre kimden emir alacaklarını kime karşı sorumlu olacaklarını bilmelidirler.

Kontrol Alanı: Bu ilke bir üste kaç sayıda ast bağlanabileceği ile ilgilidir. Bir üste etkin bir şekilde denetleyebileceği sayıdan fazla, üst'ü boş bırakacak sayıdan az ast bağlanmamalıdır.

Yetki ve Sorumluluk Denklığı: Bir organizasyonda personelin yetkisi ile sorumluluğu arasında bir denge bulunmalıdır. Yetki (veya otorite) bir organizasyonu bir bütün olarak ayakta tutan unsurdur. Organizasyonda her üst'ün, ast'larının yapacağı işleri belirleme hakkı vardır. Hiyerarşik yapı ilkesine göre de bunun sınırı, organizasyon kademeleri yükseldikçe genişlemektedir. Yöneticiye bu hak organizasyonda belirli bir kademeyi işgal ettiği için verilmiştir. Daha doğrusu bu hak kişiye değil fakat organizasyon pozisyonuna (mevkiye) bağlıdır. Bu mevkiyi kim işgal ederse bu hakkı o kullanacaktır.

Amaç Birliği: Organizasyonun ve ilgili birimlerin amaçları açık ve seçik belirlenmeli ve bunlar birbiri ile uyum içinde olmalıdır.

Bu ilke esasında organizasyonların varlık nedeni ile ilgilidir. Organizasyonlar, ancak belli bir amaç var ise mevcuttur. Ancak uygulamada, amacın ortadan kalktığı halde varlığını sürdüren; veya amacın ikinci plana atılıp yapılacak işlerin bir amaç haline getirildiği organizasyonları gözlemek kolaydır. Bu ilke organizasyon plancısının dikkatini sürekli olarak amaç üzerine çekmektedir. Şu halde, önce organizasyonun amacı belirlenmeli, sonra bu amacın bir alt-amacı olarak bölümlerin ve pozisyonların amaçları belirlenmelidir. Böylece alt amaçların gerçekleştirilmesiyle organizasyonun yöneltildiği ana amaca ulaşmak mümkün olabilecektir.

Yetki Devri: Organizasyonda gerekli ölçüde yetki devri olmalıdır. Ancak yetkisini devreden bir üst sorumluluğunu devredemez.

Bir organizasyonda bütün kararların tepe yönetimi tarafından alınmasına imkan ve gerek yoktur. Daha doğrusu, böyle bir uygulama şüphesiz yapılabilir. Ancak bunun maliyeti çok yüksek olacaktır. Karar verme yetkisinin merkezde toplandığı bu gibi uygulamalar genellikle merkezi (merkezcil) yönetim adı altında ele alınmaktadır. Karar verme yetkisinin örgütün kademelerine devredilmesi ise merkezkaç (ademi-merkezi) yönetim uygulaması ile ilgilidir. Karar yetkisinin devri nisbi bir kavramdır. Başka bir deyimle bu bir derece konusudur.

Klasik Örgüt Kuramı “en iyi” bir organizasyon yapısının nasıl oluşturulabileceği sorunu etrafında toplanmıştır. Ayrıca bu ilkeler her yer ve organizasyon içinde geçerli

kabul edilmiştir. Bunun sonucu olarak ortaya “mekanik” olarak adlandırılan organizasyon yapıları çıkmıştır. Klasik mekanik organizasyon yapıları insan unsuruna özel bir önem vermemiş, onu modelin bir parçası yapmamıştır. İnsan unsuru dışındaki unsurların (maddi unsurlar, iş, görev, kavramlar v.b.) belirlenen ilkeler doğrultusunda bir araya getirilmesi ile yapı oluşturulmuş ve insan unsurunun bu yapı içine konması ile onun bir makine (robot) gibi, ilgili kademenin öngördüğü doğrultuda davranacağı varsayılmıştır.

III. DAVRANIŞSAL (NEO-KLASİK) ORGANİZASYON TEORİSİ (DOT)

GENEL ÖZELLİKLERİ:

Neo – klasik Organizasyon Teorisinin en önemli özelliği, klasik teorinin eksik bıraktığı yönü, insan unsurunu inceleme konusu yapmasıdır. Dolayısıyla bu teori, klasik teorinin kavramlarına yeni kavramlar eklemiş, onları daha açık hale getirmiş ve değiştirmiştir.

Neo – klasik teorinin gelişmesine katkıda bulunan yazarlar psikoloji, sosyoloji, sosyal-psikoloji, antropoloji gibi çok değişik alanlardan gelmişlerdir. Bu çeşitliliğe rağmen bunların, dolayısıyla neo – klasik yaklaşımının organizasyon konusuna yapmış olduğu en önemli katkı, organizasyon yapısı içinde insanın nasıl davrandığı ve neden o şekilde davrandığı ve yapı ile davranış arasındaki ilişkileri açıklamak olmuştur. Sadece yapı üzerinde duran klasik teorinin insan unsurunu pasif saymasına karşılık, neo-klasik teori bir organizasyon yapısının etkinliğini belirleyen unsurun insan unsuru olduğunu göstermiştir.

Dolayısıyla davranışsal yaklaşımın ana fikri, bir organizasyon yapısı içinde çalışan “insan” unsurunu anlamak, onun yeteneklerinden azami ölçüde yararlanabilmek, yapı ile insan davranışları arasındaki ilişkileri incelemek, organizasyon içinde ortaya çıkan sosyal grupları ve özelliklerini tanımak ve kısaca yöneticiye kullanabileceği yeni araç ve kavramlar vermektir. Bu yaklaşım klasik teorinin ekonomik rasyonellik anlayışını esas almakla beraber buna yeni bir boyut, insan unsurunun tatmin olması boyutunu getirmiştir.

Davranışsal yaklaşım organizasyonları çeşitli ihtiyaçlara sahip insanların bir araya gelmesi ile oluşan birimler olarak ele almış ve yöneticilerin aynı zamanda beşeri ve sosyal bir organizasyon kurmak zorunda olduklarını göstermiştir.

Davranışsal yaklaşımın ele aldığı başlıca konular şunlar olmuştur: insan davranışı, kişiler arası (beşeri) ilişkiler, grupların oluşması, grup davranışları, informal organizasyon, algı ve tutumlar, motivasyon, önderlik organizasyonlarda değişim ve gelişme...Böylece klasik teori ile birlikte ele alındığında yöneticinin işlevleri ile yararlanabileceği araç ve kavramlar önemli ölçüde artmış olmaktadır.

Davranışsal teorinin gelişmesine başta Elton Mayo, Fritz Roethlisberger, Douglas McGregor, Abraham Maslow, Kurt Lewin, Rensis Likert, Chester Barnard, Chris Argyris olmak üzere pek çok yazar ve araştırmacının katkısı olmuştur.

HAWTHORNE ARAŞTIRMALARI:

Hawthorne Araştırmaları olarak bilinen ve Harvard Üniversitesi'nden F. Roethlisberger ve Elton Mayo önderliğindeki bir grup bilim adamının Western Elektrik Şirketi'nin Chicago'nun banliyösü olan Cicero'daki Hawthorne fabrikasında yaptıkları araştırmalar yönetim ve organizasyon konusuna davranış açısından yaklaşmanın (davranışsal yaklaşımın) başlangıcı olmuştur. Bu araştırmalar 1924'de başlamış fakat sonuçları 1930'larda alınmıştır.

Başlangıçta Hawthorne çalışmaları Klasik Teorinin bir nevi uygulaması olarak başlamış fakat elde edilen sonuçlar yeni bir yaklaşımın doğmasına neden olmuştur. Araştırmacılar Hawthorne fabrikasında, ışıklandırma, ısıtma, yorgunluk ve fiziksel yerleşim düzeninin işçilerin verimliliği üzerindeki etkilerini araştırmak ve incelemek üzere çalışmalarına başlamışlardır. Araştırmacıların başlangıçtaki hipotezi şu olmuştur: Işıklandırma, ısıtma, dinlenme zamanları gibi fiziksel iyileştirmelerin derecesi arttıkça verimlilik de artacaktır.

Ancak yapılan deneyler ve araştırmalar bu hipotezi doğrulamamıştır. Bazen iyileştirmelere rağmen verimlilik değişmemiş, bazen de herhangi bir iyileştirme olmadan verimlilik artmıştır. Bunun üzerine araştırmacılar dikkatlerini fiziksel faktörler yerine sosyal faktörler üzerine çevirmişlerdir. Bu safhada yeni hipotez, verimlilik artışının ancak işçilerin motivasyonu, uygulanan nezaret şekli, tatmini ve aralarındaki ilişkiler tarafından, yani sosyal faktörler tarafından açıklanabileceği olmuştur.

Araştırma sonuçları ve hipotezi doğrulamış, işçilerin üretim düzeyini (verimliliğini) esas itibariyle sosyal faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Hatta ışıklandırma deneylerinin birisinde, ışıklandırma düzeyi azaltıldığı halde üretim artmıştır. Bir başka deneyde ise işçilerin kendi aralarında oluşturdukları gruplarda, üretim düzeyinin ne olması gerektiği konusunda bir “norm” belirledikleri, grup üyelerini bu norma uymağa zorladıklarını, grup tarafından normal kabul edilen düzeyin üzerinde üretim yapan grup mensuplarını çeşitli şekillerde zorladıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak organizasyonun bir sosyal sistem olduğu ve insan unsurunun bu sistemin en önemli unsuru olduğu ortaya konmuştur. Belirli bir yapı içinde bir araya gelen kişiler, aralarında çeşitli ilişkiler geliştirerek informal gruplar öngördüğu ve varsaydığından çok, kişilerin algıları sonucu, grup üyesi olup olmadıkları sonucu belirlenecektir. Kişilerin sahip olduğu inançlar, alışkanlıklar, amaçlar, değer yargıları ve gelenekleri oluşturdukları grupların özelliklerini belirleyecektir. Böyle bir sosyal sistemin kişiler üzerindeki etkisi, fiziksel faktörlerin etkisinden çok daha fazladır.

Hawthorne araştırmalarının bu sonuçları üzerine, organizasyonlarda insan faktörü yoğun bir şekilde araştırma konusu yapılmıştır. Böylece yöneticinin kullanabileceği araç ve kavramların sayısı daha artmış, yöneticilerin etkin ve başarılı olmaları için dikkate almaları gereken unsurlar fazlalaşmıştır. Davranışsal yaklaşım, yöneticilerin esasında kişilerarası ilişkilerden oluşan bir sosyal sistemi yönettiklerini ve kendilerinin de bu sistemin parçası olduklarını ileri sürmüştür. Böylece başlayan davranışsal yaklaşım günümüzde, diğer bir organizasyon yaklaşımı olan sistem yaklaşımı ve durumsallık yaklaşımı (contingency approach) tarafından daha da geliştirilmiş olarak organizasyonlarda davranış (veya örgütsel davranış) adı altında varlığını sürdürmektedir.

IV. MODERN ORGANİZASYON TEORİSİ (MOT)

GİRİş:

II.Dünya Savaşı yıllarından itibaren yönetim konularının ele alınışında yeni bir yaklaşım hakim olmağa başlamıştır. “Sistem Yaklaşımı” olarak bilinen bu yeni düşünce tarzı biyolog von Bertalanffy’nin 1920’lerde başlattığı “Genel Sistem Teorisi”nden kaynaklanmaktadır. Von Bertalanffy’nin 1972 tarihindeki ölümüne

kadar işlemeyi sürdürdüğü Genel Sistem Teorisi, her türlü sisteme uygulanabilecek genel ilke ve prensipleri bulmayı ve geliştirmeyi amaçlayan disiplinlerarası matematiksel bir çalışma alanıdır.

Sistem Yaklaşımı veya Sistem Teorisi tek başına yeni bir bilimsel disiplin olmaktan çok, belirli olayların, durumların ve gelişmelerin incelenmesinde kullanılan bir düşünce tarzı, bir metot, bir yaklaşımdır. Böyle bir yaklaşımın amacı, yönetim olayının ve birimlerinin birbirleri ile olan ilişkilerini ve bu ilişkilerin niteliğini incelemek, belirli bir birimdeki gelişmelerin diğer birimler üzerindeki etkilerini araştırmak; kısaca, yönetim olaylarını başka olaylarla ve dış çevre şartları ile ilişkili olarak incelemektir. Böyle bir yaklaşım tarzı, yönetim faaliyetlerinin temelini oluşturan koordinasyon için gerekli olan ve belirli yönetim olayları ile ilgili içsel ve dışsal (sistemin içinde ve dışında olan) faktörleri gösteren bir çerçeve sağlar. Şu halde “sistem” nedir?

SİSTEM TANIMI:

Bir sistemi a. belirli parçalardan (alt birimlerden, alt sistemlerden) oluşan, b. bu parçalar arasında belirli ilişkiler olan, c. bu parçaların aynı zamanda dış çevre ile ilişkisi olan, bir bütün olarak tanımlamak mümkündür. Birleşik ve bütünleşmiş (integrated) parçalardan oluşan herhangi bir yapı, olay veya faaliyet, kavram bir sistem olarak ele alınabilir.

Yönetimde sistem yaklaşımı denildiği zaman, yönetim olaylarını ve bu olayların cereyan ettiği birimleri birbirleri ile ilişkili bir şekilde ele alan yaklaşım anlaşılmaktadır. Başka bir deyişle sistem yaklaşımı, organizasyonu çeşitli parçalar, süreçler ve amaçlardan oluşan bir bütün olarak ele alır. Örneğin organizasyon sistemini oluşturan parçalar olarak insan unsuru (çalışanlar), makineler, maddi kaynaklar, görevler (görev tanımları), formal yetki ilişkileri, küçük informal gruplar sayılabilir. Bütün bu parçalar organizasyonun amacını gerçekleştirmek üzere, haberleşme ve karar verme süreçleriyle birbirlerine bağlanmış bulunmaktadır. Dolayısıyla organizasyon ana (esas) sistemdir. Yönetici bu ilişki ve bağımlılığı temel yönetim fonksiyonları olarak adlandırılan planlama, organizasyon, yürütme, koordinasyon ve kontrol fonksiyonlarını yerine getirirken gerçekleştirir. Örneğin organizasyon sisteminin alt sistemleri olarak pazarlama alt sistemi, üretim alt sistemi,

araştırma-geliştirme alt sistemi, personel alt sistemi ele alınabilir. Sistem açısından önemli olan bu alt sistemlerin nerede ve nasıl ilişkili ve birbirlerine bağımlı olduklarıdır.

Yönetimde sistem yaklaşımını kullanmanın yararı şöyle olmuştur:

- Klasik (Geleneksel) Yönetim Teorisinin katılığı ve kapalılığından ve organizasyonların dış çevreleri de ele alınmıştır.
- Yönetici görevini dar bir şekilde, sadece kendi fonksiyonu açısından yorumlamaktan kurtularak, kendi sisteminin bağlı olduğu diğer alt-sistemleri ve çevre koşullarını da dikkate almak zorunda kalmıştır.
- Yöneticiye kendi sisteminin amaçlarını daha geniş bir sistemin amaçları ile ilişkilendirmek fırsatını vermiştir.
- Yönetici, organizasyon yapısını alt – sistemlerin amaçları ile uyumlu bir şekilde kurmak olanağına kavuşmuştur.
- Yönetici, alt sistemleri değerlendirirken bu sistemlerin esas sisteme yaptıkları katkıyı belirleme olanağına kavuşmuştur.
- Yönetici sistem içi ve dış çevreye ilişkin faktörleri (parametreleri ve değişkenleri) değerlendirerek organizasyonun bunlara uymasını sağlayacaktır.

DURUMSALLIK YAKLAŞIMI

Daha önceki yaklaşımların ana fikri olan “en iyi organizasyon yapısı” oluşturmak ve “organizasyon ilkeleri” geliştirmek yerine, bu yeni yaklaşımlar her yer ve zamanda geçerli en iyi bir organizasyon yapısı olmadığı, organizasyon ile ilgili her şeyin “koşullara bağlı” olduğu fikrini esas almıştır. Bunun sonucu olarak da organizasyon yapısı ve örgütsel davranış ile çevre koşulları, teknoloji ve büyüklük arasındaki ilişkiler yoğun bir şekilde araştırmağa başlanmıştır.

Klasik yaklaşım organizasyon yapısının belirlenmesinde belirli ilkelerin uygulanmasına önem verirken, durumsallık yaklaşımı organizasyon yapısını çeşitli içsel ve dışsal koşullar arasındaki ilişkilere göre şekil alan bir yapı olarak görmektedir. Yani durumsallık yaklaşımına göre organizasyon yapısı bir bağımlı

değişkendir. Organizasyon yapısının nasıl olması gerektiği (bağımlı değişkenin değeri), bağımsız değişken durumundaki içsel ve dışsal koşulların durumuna göre belirlenecektir. Dolayısıyla organizasyon yapılarının etkinliği, belirli ilkelerin uygulanmasından değil, fakat bu belirli ilkelerle içsel ve dışsal koşullar arasında uygun bir birleşim sağlamaktan kaynaklanmaktadır.

Durumsallık yaklaşımına göre değişik durumlar ve koşullar yönetimde başarılı olmak için değişik kavram, teknik ve davranışları gerektirir. Bu nedenle her yer ve koşullarda geçerli tek bir en iyi organizasyon yapısı yoktur. “En iyi” durumdan duruma değişecektir. Durumsallık yaklaşımının bu fikri, klasik ve neo – klasik yaklaşımların değerini ve yararını ortadan kaldırmaz. Aksine durumsallık yaklaşımı, daha önceki yaklaşımları uygun bir çerçeve içine koyarak onları daha yararlı bir duruma getirmektedir. Örneğin belirli durum ve koşullarda klasik yaklaşımın öngördüğü hiyerarşik organizasyon yapısı veya otokratik önderlik tarzı uygun olabileceği halde, başka durum ve koşullarda bunların tam aksi, demokratik önderlik tarzı uygun olabilir.

Şu hale göre bir işletmenin organizasyon yapısı çeşitli dış çevre unsurları (müşteriler, devlet müdahalesi, rekabet, pazar koşulları vb.) gibi dışsal faktörler tarafından ve çeşitli iç çevre unsurları (yapılacak işin niteliği, kullanılan teknoloji, personelin niteliği, amaçları vb.) gibi içsel faktörler tarafından etkilenecektir.

Organizasyon yapı ve işleyişine durumsallık yaklaşımı açısından bakıldığında, sorun içinde bulunan durum ve koşulların bu unsurları ve süreçleri nasıl etkileyeceğidir. Başka bir deyişle durum ve koşullara göre, bu unsurlara ve süreçlere verilecek şekil farklı olacaktır. Durumsallık yaklaşımını daha öncekilerden ayıran en önemli farklılık budur. Örneğin durumsallık yaklaşımına göre “demokratik önderlik en iyi (etkin) önderlik tarzıdır” diye genelleştirmek mümkün değildir. Bu “en iyi” durum ve koşullara bağlıdır. Bazı durum ve koşullarda otokratik nitelikteki bir önderlik tarzı en etkin önderlik tarzı olabilir.

Bu yaklaşımda sorun organizasyon yapı ve süreçlerini etkileyen “durum” ve “koşulların” neler olduğu ve bunların nasıl incelenebileceği sorunu önemlidir. Bugüne kadar “durum ve koşullarla” ilgili olarak iki faktör üzerinde çok durulmuştur. Bunlar “teknoloji” ve “çevre” faktörleridir. Ayrıca “büyüklük” ve “organizasyonu oluşturan personelin niteliği” de ele alınmıştır.

V. ORGANİZASYON-YÖNETİM TEORİSİNDE SON GELİŞMELER

Yönetim ve Organizasyon düşüncesi ve teorilerindeki çeşitli görüşleri, değişik başlıklar altında gruplamış ve en son gruplamayı Modern Teori adı altında yapmıştık. Modern yönetim kuramı başlığı altında da iki ana yaklaşımı, Sistem Yaklaşımı ile Durumsallık Yaklaşımını ele almıştık.

Yönetim ve Organizasyon ile ilgili görüşlerin doğrusal bir şekilde gelişmediği, değişik disiplinlere mensup akademisyen ve araştırmacıların birbirinden tamamen farklı bakış açılarından hareketle değişik yaklaşımlar geliştirdikleri bilinmektedir. Bu nedenle, esasında, yönetim düşüncesindeki gelişmeleri sınıflamak zordur. Bir diğer zorluk da, yapılan sınıflamaların, birbirini kronolojik olarak ve doğrusal bir şekilde izliyor olarak algılanmasıdır. Örneğin Yönetim Bilimi yaklaşımından sonra Modern Yaklaşımın ortaya çıktığını söylemek, belli bir tarihten sonra artık birdenbire modern yaklaşım adı altında ele alınan görüşlerin belirmesi şeklinde algılanması tehlikesini taşıyacaktır.

Ancak bütün bu güçlüklerle rağmen, çeşitli görüşleri, hareket noktaları, vurguları, amaçları, kapsamı vs. gibi ortak noktalarını esas alarak bir araya getirmek ve genel kabul görmüş bir başlık altında toplamak mümkündür. Ancak, 1970'lerin ortalarından itibaren yönetim konusunda ileri sürülen görüşler ve geliştirilen yaklaşımlar değişik bir görünüm kazanmış ve farklı bakış açıları nedeniyle üzerinde ortak kabulün olduğu bir genel başlık ortaya çıkmamıştır.

1970'li yılların ortalarından itibaren yönetim ve organizasyon düşünce ve uygulamalarında pek çok sayıda yeni ve değişik görüşler ortaya çıkmıştır. Yeni kavram ve tekniklerin başlıcalarını aşağıdaki gibi saymak mümkündür: (bu kavram ve tekniklerin bir kısmı Türkçemizde henüz tam karşılığını bulmadığından, terimlerde netlik sağlamak bakımından kavramların hem İngilizcesi hem de Türkçemizde kullanılan karşılıkları verilmiştir):

Yalın Yönetim ve Organizasyon (Lean Management and Organization), İşletmelerde Süreç Yenileme (Değişim Mühendisliği, Proses Yenileme, Business Process Reengineering, Reengineering); Toplam Kalite Yönetimi (Kalite Güvenliği, Quality Assurance, Total Quality Management); Ekip (Takım) Organizasyonu (Team-Based Organization); Öğrenen Organizasyon (Learning Organization); Kademe Azaltma (Delaying); Temel (Öz) Uzmanlık (Core Competence); İşletmelerarası Karşılaştırma veya Kıyaslama (Benchmarking); Personel Güçlendirme (Empowerment); Dış

Kaynaklardan Yararlanma (outsourcing); Stratejik Birlikler Oluřturma (Strategic Alliances); Kūçölme (Örgütsel Kūçölme, Downsizing); Uygun Büyüklüğü Bulma (Rightsizing); Şebeke Türü Organizasyon Yapıları (Network Organizations); Melez Organizasyon Yapıları (Hybrid Organizations); Yığışım Organizasyonları (Cluster Organizations); Sıfır Hiyerarşı (Zero Hierarchy)...

Yönetim düşüncesinin gelişmesinde önemli bir yeri olan Peter Drucker, bu yeni yönetim kavram ve tekniklerinde ifadesini bulan yönetim anlayışının 1950'lerden sonra ortaya çıkan büyük bir yenilik olduğunu söylemektedir. Özellikle uygulama alanında durum gerçekten böyledir. Ancak teori alanında, bu yeni kavram ve tekniklerin bir kısmının, daha önce incelenen çeşitli yönetim ve organizasyon teori ve yaklaşımlarının bir uzantısı, uygulaması veya değişik yorumu olduğu da görölmektedir. 1990'lı yılların hakim çevresel değişimleri olarak ortaya çıkan globalleşme, küreselleşme, demokratikleşme ve insan hakları, bilgi işleme ve haberleşme teknolojisindeki gelişmeler ve nihayet artan rekabet, bu kavram ve tekniklerin uygulamalarını hem zorunlu hale getirmiş hem de kolaylaştırmıştır. Ayrıca bunlara ek olarak, yönetim tekniklerinin moda ve geçici akımlara konu olması da, günümüzde bu yeni kavramların uygulama alanını genişletmiş görünmektedir.

Sonuçta, günümüzde yöneticilerin teknik konulara hakim bir uzman, insan davranışlarını anlayan bir psikolog, iç ve dış ilişkileri sağlıklı bir şekilde yürütebilecek bir diplomat, toplumsal gelişmeleri değerlendirebilecek bir filozof ve kuruluşunu değişime uyarlayabilecek bir önder stratejist olması beklenmektedir.

SAGLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Tanım:

IEA Epidemiyoloji sözlüğüne göre (4. basım, 2001), belirleyiciler şöyle tanımlanmışlardır; "Sağlık durumunda değişikliğe neden olan olgu, karakteristik veya tanımlanabilen diğer durumlardan oluşan herhangi bir etken."

Maxcy-Rosenau-Last'in yazdığı "Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik" kitabına göre ise; "Hastalık riskini artıran nedenler ve etkenler." olarak tanımlanabilir.

MEKANİZMA:

Belirleyicilerin sağlığı nasıl etkilediğini gösteren şemalarda sosyoekonomik durum ve sağlık arasında ki ilişkiler ve yollar açık olarak gözlenir:

Yollardan biri, değişik patojen ve karsinojenlere maruz kalınan değişik çevrelere doğrudur. Çevrenin sosyal ve kişilerarası etkileri, iş ve evdeki stress faktörü aracılığı ile sağlığı etkiler. Çevre, aynı zamanda sigara kullanımı, alkol kullanımı, spor yapma alışkanlığı ve beslenme alışkanlıkları gibi sağlığı etkileyen davranışları da yönlendirir. Çevresel ve kişisel faktörler birlikte, kişinin tekrarlanan strese karşı göstereceği reaksiyonun derinliğini etkiler. Tekrarlanan maruz kalmalar ile etkileşen sinir sistemi ve endokrin sistem cevapları, bağışıklık sistemi ve kardiyovasküler sistemi uzun vadeli olarak etkiler.

SINIFLANDIRMA:

Belirleyicileri sınıflandırmanın bir yolu:

a) Bireysel özellikler:

- Yaş, cinsiyet, ırk, genetik yapı, beslenme şartları ve geçmiş immunolojik hikaye

b) Çevre faktörleri:

- Yaşam şartları: aile büyüklüğü, kalabalıklık, hijyenik şartlar, iş durumu, coğrafik/iklimsel koşullar

c) birey/toplum özellikleri: "yaşam biçimi": sigara ve alkol kullanımı.

Belirleyicileri sınıflandırmanın başka bir yolu ise:

Genler, Biyoloji ve Yaşlanma;

Yaşama Şartları: yaşanan konut, aile durumu, eğitim, iş şartları, fiziksel çevre, sosyal çevre;

Yaşam Biçimi: attitudes to life, stress, leisure time, tobacco, diet, diet;

Sağlık Hizmetleri: promotive, preventive, curative and rehabilitative services.

Başka bir sınıflandırma yöntemi:

GENLER ve BİYOLOJİ;

SAĞLIK ALIŞKANLIKLARI; beslenme alışkanlıkları, sigara, alkol ve uyuşturucu alışkanlıkları, fiziksel aktivite;

ÇEVRE ŞARTLARI;

SAĞLIK HİZMETLERİ ve HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ;

SOSYAL YAPI

Her ne kadar yukarıdaki beş kategorinin göreceli etkileri kesin kantitatif yöntemlerle tanımlanamıyorsa da, günümüzdeki durumla ilgili tahminler geliştirmek olasıdır. Önemli husus; genlerin, sağlık alışkanlıklarının, tıbbi bakımın, çevre şartlarının, sosyal özelliklerin birbirini etkileyen değişkenlerden oluşmuş büyük, karmaşık ve dinamik bir ağ yapısını oluşturmasıdır.

Bu faktörler, zarar sürecinde aldıkları role göre de sınıflandırılabilirler :

Predisposan faktörler: kişinin, kişisel özellikleri ve çevresel uyaranlarla birlikte hastalık ajanına karşı verdiği reaksiyonu tetikleyen faktörlerdir:

- Yaş, cinsiyet, evlilik durumu, aile boyutu, eğitim seviyesi, sağlık kurumlarını kullanma alışkanlıkları,

Ortaya çıkarıcı faktörler: hastalığın yayılması üzerine etkili faktörlerdir:

- Gelir düzeyi, sağlık sigortası muhteviyatı, beslenme, konut, kişisel destek sistemleri,

Tetikleyici faktörler: hastalığın sürmesine yada ağırlaşmasına neden olan faktörlerdir:

- Zararlı, zehirli bir uyarana sürekli maruz kalma; enfeksiyöz bir ajan, çalışma koşulları ve çevresi.

EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyoloji, sözlük anlamı itibarı ile; tanımlanmış topluluklarda, sağlık ile ilgili durumların ve olayların, **dağılımı** ve **bileşenleri** ile ilgili çalışmaları ve **sağlık problemlerinin kontrol altında tutulmasında** bu çalışmaların uygulanış biçimlerini betimler.

Epidemiyoloji, sadece enfeksiyöz hastalıklar ve epidemiler gibi akut durumların dağılımını değil, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi kronik ve dejeneratif durumları da inceler. İnceleme, bu durumların herhangi birinde, herhangi bir aşamayı içerebilir ki bu, kısaca “durumun doğal hikayesi” olarak adlandırılır. Tuberküloz veya diare gibi enfeksiyonlarda, doğal hikaye durumun ortaya çıkışı ile başlar ve toplumun değişik gruplarında farklı seyredebilir. Ortaya çıkıştan sonra kişi veya kişiler enfekte olabilir veya olmayabilir ve buna paralel olarak hastalığın belirtilerini gösterebilir veya göstermeyebilir. Bulaşma gerçekleşikten sonra, hastalığın seyri kronikleşmeye veya ölüme yol açabildiği gibi şifa ile de sonuçlanabilir. Aynı süreç, kronik ve dejeneratif hastalıklar için de tanımlanabilir. Burada ortaya çıkma nedeni, risk faktörü veya faktörlerinin (sigara alışkanlığı, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol) bulunması ve bu risk faktörlerinin varlığında hastalığın yayılmasına (kanser, myokard enfarktı) neden olacak patolojik değişikliklerin mevcudiyeti olacaktır. Beklenen sonuçlar; şifa, kronikleşme veya ölüm olabilir. Her iki durumda da (akut ve kronik) değişik safhalar, tanımlanmış toplulukta problemin boyutunu ortaya koyar biçimde zaman içinde ortaya çıkar.

Hastalığın doğal hikayesinin herhangi bir aşamasında, hastalığın seyrini belirleyecek gelişmeler olur. Bu gelişmelere **Sağlığın durum belirleyicileri** denir.

Toplum düzeyinde bu belirleyiciler, toplumun karakteristiğini, çevresel ve maddi kaynaklarını ihtiva eden sosyal, kültürel ve biyolojik faktörler olabilir. Sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti, erişilebilirliği ve kalitesi toplulukların sağlığında önemli rol oynarlar. **Sosyo-kültürel belirleyiciler** arasında yaşam şartları ve yaşam biçimini sayabiliriz. **Biolojik belirleyiciler** arasında bireylerin ve topluluklardaki grupların genetik potansiyelleri ve karakteristikleri ile yaşlanma gibi süreçleri sayabiliriz. Sağlığın çok faktörlü belirleyicileri söz konusu olduğunda, bunlara karşı sağlık kurumları ancak koruyucu, tedavi edici ve sağaltıcı hizmetler ile etkili olabilirler.

Toplulukların sağlık durumlarını nasıl ölçeriz ?

Morbidite ve mortalitenin ölçüm yöntemleri vardır. Morbidite için klasik ölçüm metodu, yüzdelerden oluşan prevalans ve insidans'tır. Önemli olan, yüzdelerin payını ve paydasını tanımlamaktır. Her iki yüzdenin paydasını, "Risk altındaki topluluk" oluşturur. Bu topluluk, çalışmada durumun (hastalık) gelişmesine neden olan etmendir. İnsidans yüzdelerinde, riskteki kişilerin hepsi, ölçüm anında (genellikle ilk bir sene) durumdan muaftır. Pay ise, aynı zaman diliminde hastalığın ortaya çıktığı kişileri betimler. İnsidans, belli bir zaman diliminde sağlıklı insanlarda görülebilecek hastalıkların olasılık/risk yüzdelerini ölçer.

Prevalans ise, "dönem prevalansı" ve "nokta prevalansı" olarak ölçülür.

Dönem prevalansı, payda olarak, risk altındaki toplulukta, belli bir dönemde incelediğı topluluktaki ortalama bir grubu (orta yaş grubu) kullanır. Yüzdenin payı, tanımlanmış dönemin herhangi bir anında (eski ve yeni vakalar) hastalığa yakalanmış kişileri ihtiva eder. Bu yüzden süreç içinde ortaya çıkan yeni vakalar paya eklenir.

Nokta prevalansı, benzer olarak belli bir dönemde çalışmaya katılan tüm grubu payda olarak kullanır. Pay ise, hastalıkların görülmeye başladığı tarihten bağımsız olarak belli bir anda görülen vakaların sayısıdır.

Prevalansın, nokta veya dönem olduğunu belirten bir özellik yoksa, genellikle bu nokta prevalansı olarak kabul edilmelidir. Prevalans, insidans ve durumun süresinden etkilenir. Süre çok kısa olduğunda, prevalansla insidans benzeşir.

Tüm bu oranlar, belli bir zaman sürecinde (genellikle bir sene), yüzde cinsinden veya çoğul (sorunun büyüklüğüne bağlıdır) olarak ifade edilir.

Bir toplulukta insidans çalışılırken, oranın yükselmesi yeni vakaların sayısında güncel artışı veya güncel artış olmaksızın teşhis veya raporlanan vaka sayısında artışı gösterir. Oranda azalma görülmesi, koruyucu ölçümlerin kullanıldığını gösterir. İnsidansta değişiklik görülmesi, topluluğun mobilite kazandığını gösterir. Örnek olarak iş için göç eden ve bir kaç ayı evinde geçirmeyen göçmen işçilerin evlerine dönmesi bazı belli durumlarda değişiklik olmasına neden olur. Tekrar yaşamaya başladıklarında oranda bir düşme gözlenir.

Prevalans, genellikle kronik hastalıkların yükünü hesaplamak için kullanılır. Dönemsel prevalans işyükünü belirlemede, mekanları ve kaynak ihtiyaçlarını planlamada yararlıdır. Nokta prevalansı ise, kronik vakaların kontrol programlarının izlenmesinde kullanılır. Nokta prevalansın periyodik öngörüler, zaman içinde hastalık seyirlerinde olabilecek değişikliklerin ortaya çıkarılmasında kullanılabilir.

Ölümlerin ölçülmesinde, mortalite ve vaka-ölüm oranları kullanılır.

Mortalite, payda olarak risk altındaki topluluğu kullanır. Risk altındaki topluluk burada, belli bir zaman süreci içinde (genellikle bir sene) herhangi bir nedenden dolayı ölme riski taşıyan kişileri betimlemektedir. Pay ise, aynı zaman süreci içinde herhangi bir nedenden dolayı ölenleri içermektedir.

Vaka-ölüm oranı, belli bir zaman süreci içinde belli bir durumdan teşhis konulmuş kişiler arasından ölümcül olanların oranıdır. % olarak belirtilir.

Değişen mortalite oranları, hastalığın seyrinde olabilecek değişiklikleri, azalan şifa oranını ya da yaş ortalamasının artması gibi, toplumda olabilecek değişiklikleri ifade eder. Özel tedavi yöntemlerine veya birinci basamak koruyucu önlemlere ve özel ekipman veya yatağa olan ihtiyacı gösterir.

Vaka-ölüm oranı, durumun ciddiyetini gösterir. Artış olduğunda, durumun ciddiyetinde bir değişikliğe işaret edebilir veya teşhis edilen durumların arttığını gösterir.

KAYNAKÇA:

Last JM. A dictionary of epidemiology. Third edition. IEA. Oxford University Press, 1995. NY.

Mausner JS, and Kramer S. Epidemiology- An introductory text. 2nd edition. WB Sanders Company. 1985

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

I. GİRİŞ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) her hangi bir kuruluştaki “kalite ve “verimliliğin” sürekli olarak geliştirilmesi sürecidir. Bu anlamda bir kuruluşun ürün, hizmet, çalışanlar, süreçler, ve çevre gibi unsurlarının kalitesini sürekli iyileştirmek suretiyle rekabet gücünü ve karlılığını artırmasını hedefleyen yönetim şeklidir.

Toplam Kalite yukarıdaki tanım gereği kar amacı gütsün gütmeyen tüm kuruluşlarda uygulanabilir. Bu bağlamda toplam kalite yaklaşımı gerek “hastane yönetiminde” gerekse “sağlık bakanlığının tüm birimlerinde” uygulanabilir.

TKY bir süreçtir. Bu süreci iyi anlayabilmek ve TKY’nin Sağlık Bakanlığı bünyesinde uygulanıp uygulanamayacağına karar vermek için öncelikle hepimizin üzerinde hem fikir olacağı “kalite” ve “verimlilik” gibi iki teknik kavramı tanımlamak gerekir.

Kalite: sunulan mal veya hizmetin karakteristiklerinin “müşteri” ihtiyaçlarını karşılaması, beklentilerine cevap vermesi ve hatta bu beklentileri aşacak özelliklerde olması olarak tanımlanabilir. Bu anlamda kalite, ürün , hizmet, insan, süreç ve çevre gibi unsurların beklentileri karşılamasını veya aşmasını gösteren dinamik bir durumdur.

Verimlilik: Mal veya hizmet üretim sürecinin daha ucuz, daha kısa zamanda, daha ekonomik, daha az kayıpla yukarıda tanımlandığı şekilde kaliteli ürün veya hizmet üretmesinin sağlanması olarak tanımlanabilir.

Konumuz sağlık sistemlerinde toplam kalite yönetimi olduğu için burada mal üretiminden daha çok hizmet üretiminden söz etmek durumundayız.

Sağlık sistemlerinde toplam kalite yönetimi konusunu anlayabilmek için ise yukarıda genel tanımını verdiğimiz “kalite, verimlilik ve hizmet” kavramlarının sağlık kuruluşları özelinde tanımlamalarını yapmak zorundayız. Bu amaçla önce “mal veya hizmet üreten ve ana amacı “kar etmek olan” kuruluşları düşünerek Toplam Kalite Yönetimini açıklamamız gerekir.

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Daha önce de belirtildiği gibi TKY'yi anlayabilmek için;

- Toplam Kalite Yönetiminin amacı,
- Toplam Kalite Yönetiminin ana unsurları,
- Toplam Kalite Yönetiminin faydaları üzerinde durmak gerekmektedir.

İzleyen alt başlıklarda bu konular kısaca açıklanacaktır. Ayrıca Toplam Kalite Yönetiminin Japonya'dan başlayarak tüm dünyada uygulanmasına öncülük eden Deming'e ait olan Toplam Kalitenin 14 kuralı da açıklanacaktır. Son olarak ise Toplam Kalite Yönetiminde Sürekli İyileştirme, Karar Verme ve Problem Çözme üzerinde durulacaktır.

2.1 TKY'nin Amaçları

Toplam Kalite Yönetiminin amaçları;

- İsrafi önleme,
- Müşteri memnuniyetini sağlama,
- Müşterilerin beklentilerinin de üzerinde mal ve hizmet üretimini sağlama,
- Kaliteyi arttırma,
- İşlem zamanını kısaltma,
- Maliyetleri düşürme,
- Moral ve verimliliği arttırma,
- Sürekli iyileştirme ve geliştirme olarak sıralanabilir.

Toplam Kalite Yönetimini diğer yönetim biçimlerinden ayıran temel farklar ise şunlardır.

- Müşteri odaklılık,
- Kalitenin öncelikli oluşu,
- Karar verme ve problem çözmede bilimsel yaklaşım,

- Kısa süreli ve sürdürülebilir olmayan başarılar değil, uzun vadeli yaklaşımı benimsemiş, sabırlı ve sürekli başarıya talip,
- Takım çalışması,
- Çalışanların katılması ve yetkilendirilmesi,
- Süreçlerin devamlı iyileştirilmesi,
- Tüm çalışanların eğitimi ve sürekli mesleki gelişimi,
- Uzlaşmış ve iyi tanımlanmış sınırlar içinde tam özgürlük,
- Amaç ve hedefte birlik,
- Tüm bunların bir kuruluş stratejisini desteklemeye yönelik kullanımı.

2.2 TKY'nin Ana Unsurları

Kalite planlama, kalite kontrolü ve kalite geliştirme toplam kalitenin üç temel unsurudur. Bu unsurlara kısaca değinmekte fayda vardır.

Kalite Planlaması

- Müşterilerin belirlenmesi,
- Müşteri ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Müşteri ihtiyaçlarına yanıt verecek ürün özelliklerinin tespiti,
- Hazırlanan planların uygulamaya geçirilmesi .

Kalite Kontrolü

- Gerçekleşen kalite performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi,
- Gerçekleşen kalite performansının beklenen kalite hedefleriyle karşılaştırılması,
- Hedeflerden sapmaları azaltmak ve yok etmek için faaliyetlerin belirlenip geliştirilmesi, fonksiyonlarını içerir.

Kalite Geliştirme

- Sürekli gelişimi sağlayacak altyapının kurulması,
- Kalite geliştirilmesi için gerekli ihtiyaçların (geliştirme projelerinin) belirlenmesi,

- Her proje için görev ve yetkileri açık seçik belirlenmiş proje ekibinin kurulması ve görevlendirilmesi.,
- Proje ekiplerine, sebepleri teşhis etmesi, problemleri çözmesi, çözümlerden sağlanacak katkıların ölçülmesi ve değerlendirilmesi için gerekli teşvik, eğitim ve her türlü alt yapı olanaklarının sağlanması şeklinde tanımlanabilir.

2.3. TKY'nin Faydaları

- Rekabet gücünü artırır.
- Müşteri memnuniyetini artırır, şikayet ve memnuniyetsizliklerini azaltır.
- Üretilen ürünlerin pazarlama kabiliyetini artırır.
- Pazar payını artırır.
- Satış hasılatını yükseltir.
- Kapasite kullanımını ve verimliliği artırır.
- Maliyetleri azaltır.

2.4. TKY Uygulamalarında Deming Döngüsü Ve 14 Kural

Dr. Edward Deming toplam kalite yönetimine ilişkin teorileri ilk ortaya koyan kişidir. Geliştirdiği Deming Döngüsü ve 14 kural TKY uygulamasını hedefleyen firmalar ve kurumlar için geçerliliklerini hala korumaktadır. Deming döngüsünün temelinde en önemli unsur işlerin nasıl yapılması gerektiğini özetleyen bir yaklaşımdır. Deming döngüsünün aşamalarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Planla (müşteri anketini yap ve buna göre hizmeti planla.)
- Yap (hizmeti gerçekleştir.)
- Kontrol et (Sunulan hizmetin plana uygunluğunu denetle.)
- Analiz et (Ürünün nasıl kabul gördüğünü, kalite, maliyet ve diğer kriterler açısından analiz, değerlendir.)

Deming'in 14 kuralı ise felsefik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımı kısaca özetlemek gerekmektedir.

1. Hayatta kalabilmek, rekabet edebilmek ve iş imkanları yaratabilmek için “sürekli iyileştirmeyi” sabit bir amaç haline getir.
2. “Kabul edilebilir kalite ve vasat bir hizmet anlayışı” olarak özetlenebilecek eski felsefeyi reddeden “yeni felsefeyi” benimse.
3. Kaliteye erişmek için “kontrol ve ayıklamaya dayanmaktan vazgeç.
4. Toplam maliyeti azaltıcı politikaları ödüllendir, en ucuz maliyetli işletimi değil.
5. Üretim ve hizmet üretim süreçlerini sürekli ve ilelebet iyileştir.
6. Modern iş yeri eğitimini kurumsallaştır.
7. Liderlik kurumunu kurumsallaştır.
8. Korkuyu yok et.
9. Bölümler arası (kişiler arası) engelleri yık. Problemleri görmek ve çözebilmek için herkes takım halinde çalışmak zorundadır.
10. Verimliliği arttırmak için önce yöntemi belirle. Yöntem belirlemeden hedef ortaya koyma, slogan üretme.
11. Sayısal hedefleri ve standartları ortadan kaldır. Onun yerine “liderlik” konseptini geliştir.
12. Şirket çalışanlarının birbirleri arasındaki engelleri kaldır, şirket çalışanlarının “orada çalışmaktan” gurur duymasını azaltacak ya da yok edecek tüm engelleri ortadan kaldır. Yok et.
13. Tüm şirket personelinin faydalanacağı agresif “Eğitim ve öğretim (daha doğrusu talim ve terbiye)” programları geliştir ve uygula. Bu şirketin en büyük varlığı olan “kişilerin” yaratıcılıklarını arttıracaktır. Kısaca sürekli öğrenen ve araştıran bir kurum ol.
14. Öyle bir sistem kur ki, yukarıda belirtilen 13 madde şirkette her gün uygulanır olsun.

2.5. TKY’de Sürekli İyileştirme, Karar Verme Ve Problem Çözme

- Toplam kalite yönetiminin en önemli hedefi sürekli iyileştirmedir. Sürekli iyileştirme sürecinin iki temel unsuru da Karar Verme ve Problem Çözmedir. Bu konuları kısa ve maddeler halinde değinerek geçeceğiz. Gerekli açıklamalar soru soruldukça yapılacaktır.
- Sürekli iyileştirme şu adımlarda incelenebilir.
 1. Problemi kabul etme ve önceliklerini belirleme,
 - beyin fırtınası,
 - Peroto diyagramı,
 2. Kalite geliştirme takımlarının kurulması /kalite çemberleri,
 3. Problemi tanımlama,
 - Neden-neden diyagramı
 4. Problemi /süreci analiz etme,
 - Akış diyagramı,
 - Güç – karşı güç analizi,
 5. Problemi yaratan nedenlerin belirlenmesi – süreç analizi,
 - Sebep – sonuç diyagramı,
 - Veri kayıt formu,
 - Dağınıklık diyagramı,
 - Histogram,
 - Kontrol diyagramı
 6. Olası Çözümleri Belirleme,
 7. Uygun çözümü seçme ve uygulamaya koyma,
 8. Sonuçların izlenmesi ve takibi,
 9. Çözümün kalıcılığının sağlanması,
 10. İşte size “sürekli iyileştirme”. Çözülecek diğer probleme git.

Karar Verme Araçları

1. Takım oylaması,
2. Gurup isimlendirme tekniği,
3. Eşlenik sıralama,
4. Kıyaslama,
5. Güç alanı analizi.

TOPLAM KALİTE YÖNETİM AŞAMALARI

3.1. Liderlik Yaklaşımı

- Kurumun liderlik anlayışı
- Üst düzey yöneticilerin liderlik vasıfları
- Kurumdaki Liderlik anlayışı ve liderlerin; kurumun değerleri, istikameti, beklentileri, müşterilerle ilişkiler ve sistemin sosyal paydaşlar, eğitim ve yeni buluşlara yaklaşımı.
- Burada iki husus öne çıkmaktadır;
- Kurumsal liderlik
- Kamusal sorumluluk ve vatandaşlık bilinci.

3.2. Stratejik Planlama

- Kurumun stratejik yönünün belirlenmesi
- Bu yöne yönelmek için gerekli olan kritik stratejilerin saptanması
- Bu stratejiler doğrultusunda aksiyon planlarının belirlenmesi
- Bu planların uygulamaya geçirilmesi ve kurumun performansının izlenmesi
- Burada da iki husus öne çıkmaktadır;
- Strateji geliştirme
- Strateji uygulama

3.3. Müşteri ve Pazar Odaklanması

- Müşteriyi ve Pazarı Tanıma
- Kurumun potansiyel müşteri ve pazarın arzularını, beklentilerini ve tercihlerini belirlemesi.
- Bu bilgiyi kullanarak ihtiyaçların belirlenerek bu ihtiyaçlara göre sunulması gereken hizmetlerin planlanması.
- Müşteri Tatmini ve İlişkilerin Zenginleştirilmesi
- Müşteri tatmininin belirlenmesi ve zenginleştirilmesi öncelikle iyi ilişkiler kurulmasını sağlayarak geleceğe yönelik planlamaları destekleyecektir. Bu amaçla
- Müşteri şikayetleri Yönetimi
- Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi
- İlişkilerin Kurulması gerekir.

3.4. Bilgi Sistemi ve Analizi

Bilgi ve Verinin Seçimi ve Kullanımı

Kurumun işleyişini destekleyecek, hedeflerini ve amaçlarını gerçekleştirecek, performansını iyileştirecek Bilgi Sisteminin Seçimi, İşletimi ve Kullanımı şarttır.

Karşılaştırmalı Bilgi ve Verinin Kullanımı;

Kurumun rekabetçi pozisyonunu koruması için ihtiyaç duyabileceği her türlü bilginin (genel ve rakiplere ilişkin bilgiler) temin edilmesi ve kullanımı

Kurumsal Performansın Analizi ve Değerlendirilmesi;

Kurumun performansının periyodik olarak ölçülmesi gerekir bu ölçmede kurumun çeşitli kriterler açısından değerlendirmesi yapılır.

3.5. İnsan Kaynakları Yaklaşımı

Çalışma Sistemleri;

Çalışanların kurumun performansına ve öğretim amaçlarına kurulacak çalışma sistemleri vasıtasıyla sağlayacakları katkının belirlenmesi gerekir.

Çalışanların Eğitimi, Öğretimi ve Gelişimi;

Çalışanların eğitim, öğretim ve gelişmelerinin kurumun planlarını ve hedeflerini geliştirmesindeki katkısı kabul edilmelidir. Bu nedenle kurumçalışanların gelişimine yönelik yöntemler geliştirmelidir.

Çalışanların Mutluluk ve Tatmini;

Kurumun çalışanların mutluluğunu, ve tatminini sağlayacak ve motivasyonunu arttıracak çalışma ortamı ve iklimi oluşturması gerekir.

3.6. Süreç Yönetimi

Süreç bir kurumda yürütülen her bir işlemin yapılaş biçimine denir. Örneğin bir hastanede hasta kabul bir süreçtir. Hastanın kan testibir süreçtir, vs.....

Süreç yönetiminin iki temel alanı vardır;

- Hizmet ve Mal Süreçlerinin Yönetimi

Kurumun mal ve hizmet üretimi süreçlerinin tasarlanması, yönetimi denetlenmesi ve iyileştirmesinin nasıl yapılacağı önemli bir konudur.

Bu etkin bir koordinasyonu ve süreçler arasındaki ilişkilerin iyi bir biçimde tanımlanmasını gerektirir.

Destek Birimlerine Ait Süreçlerin Yönetimi:

Destek birimlerine (hastane örneğinde muhasebe, finansman, bilgi işlem, tedarik vs.) ait süreçlerin tasarımı, uygulamaya konulması, iyileştirilmesi ve etkin bir biçimde yönetilmesi de en az asli süreçler kadar önemlidir.

Destek birimleri müşteriden daha çok iç birimleri ilgilendirdiği için performansları ve verimlilikleri ön plana çıkmaktadır.

Süreç Yönetiminde en önemli unsurlardan birisi *sürecin işleyişinin öngörülebilir* olması diğeri ise işleyiş sırasında çıkan problemlerin sistemin çıktısını etkilemeden *doğru ve hızlı bir biçimde tanımlanması ve çözümüdür.*

Sürecin öngörülebilirliği normal çalışma koşulları altında o sürecin işleyişinden elde edilen çıktının performans değerlerinin sürekli olarak belirli limitler dahilinde olması demektir. Bunun kontrolü ise *istatistiksel süreç kontrolü* adı verilen matematiksel yöntemlerle kontrol edilir.

Sürecin kontrol dışına çıktığı belirlendikten sonra buna neden olan problemi araştırmak ve belirlemek için *problem analiz yöntemleri* kullanılır.

- Problem Analiz Yöntemleri
- Pareto Şemaları
- Sebep Sonuç Diyagramları
- Çetele Formları
- Histogramlar
- Dağılım Şemaları
- Süreç Yeterlik Analizi
- Neden - Neden Diyagramları kullanılır.

Kurumun performansının ölçülmesi ve önemli alanlarda sağladığı iyileştirmeler ölçülmelidir. Bu alanlar;

- Müşteri memnuniyeti,
- Finansal ve pazardaki konumu,
- İnsan kaynaklarındaki durumu,
- Tedarikçiler ve sosyal paydaşlar karşısındaki durumu,
- Organizasyon yapısındaki etkinliğinin durumu olarak belirlenebilir.

Bu alanlarda göstereceği başarılar ve iyileştirmeler kurumun başarısını doğrudan etkileyecektir.

IV. KALİTE MALİYETLERİ

Kalite maliyetleri üç grupta toplanabilir. Bunlar kaliteyi oluşturan uygunluk maliyeti, yanlış yapılan işlerin getirdiği uygunsuzluk maliyeti, kalitesiz mal ve hizmet üretimini önleme maliyeti.

Kalitesiz hizmet üretimini önleme maliyeti kalitesiz mal ve hizmetlerin üretimini daha başında, süreç aşamasında önlemenin maliyetidir. Bunlar kalitenin planlanması, süreçlerin gözden geçirilmesi, kalitesiz üretimi engelleyecek tedbirlerin alınması olarak sınıflandırılabilirler.

Uygunluk Maliyetlerini ise üretilen hizmetin uygun olup olmadığının kontrolü, gerekirse laboratuvar testleri, iş gücünün kontrolü, test aletlerinin kontrolü için gereken harcamaları içerir.

Uygunsuzluk Maliyetleri; kalite standartlarına uymayan hatalı ürün yada hizmetler için gerekli olan hata kontrol maliyetleridir. İşletme içi hata maliyetleri ve İşletme dışı hata maliyetleri olarak ikiye ayrılır.

İşletme içi hata maliyetleri; firma içinde yanlış kullanma, bozulma, kırılma gibi olaylardan kaynaklanan maliyetlerdir.

İşletme dışı hata maliyetleri; ürün hataları ve müşteri şikayetleri ile ortaya çıkan maliyetlerdir.

SAĞLIK BAKANLIĞI BÜNYESİNDE TOPLAM KALİTE UYGULAMALARI

5.1 Sağlık Kuruluşlarında TKY Uygulanabilir mi?

- Toplam Kalite Yönetimi başta özel sektör olmak üzere bir çok kurumda uygulanmaktadır. Japonya'dan başlayarak, dalga dalga ABD'ye ve Avrupa'ya yayılan bu yönetim tarzı, Türkiye'de de çok geniş uygulama alanı bulmaktadır.
- Çok geniş uygulama alanı bulan bu yönetim tarzı Küçük ve Orta Ölçekli Şirketlerde, Büyük Sanayi Kuruluşlarında, Hizmet Üreten Şirketlerde (Hastaneler ve üniversiteler gibi...), ve kamu kurumlarında ve hatta belediyelerde bile uygulama alanı bulmaktadır.
- TKY'nin Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda uygulanabilip, uygulanamayacağını bugün burada tartışmak ve araştırmak istiyor

- Yukarıdaki açıklamalardan da görülebileceği gibi her hangi bir kuruluştaki TKY'nin uygulanabilmesi için şu şartların oluşması gerekir;
 1. Misyonun, ve amaçların belirlenmesi,
 2. Ürün ve veya hizmetlerin tanımı,
 3. Ürün ve Hizmetlerdeki “kalite özelliklerinin” belirlenmesi,
 4. Müşterilerin belirlenmesi,
 5. Çalışanların (gönüllü yada ücretli, tam zamanlı yada kısmi zamanlı) belirlenmesi,
 6. Üretim mekanizmalarının (süreçlerinin) tanımlanabilir olması.
- Yukarıda saydığımız şartlara haiz her kurumda, kar amaçlı olsun, gönüllü olsun, teorik olarak TKY'nin uygulanabilmesi gerekir. Bu açıdan bakıldığında TKY'nin sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlarda uygulanamaması için bir neden olmaması gerekir.
- Özet olarak TKY uygulanan kuruluşlarda şu dönüşümlerin zaman içinde kendiliğinden oluşacaktır;
 1. Karar verme sürecinin tanımlı olması, ve kurumsal misyona ve amaçlara uygun olması, ve çelişmemesi,
 2. Benzer şekilde hizmet üretme sürecinin kurumsal misyona ve amaçlara uygun bir şekilde tanımlanması. Kısaca işlerin nasıl, ne zaman, kimler tarafından yapılacağının yazılı metinlerde belli olması ve hizmetin bu çerçevede yapılması,
 3. Problem çözme mekanizmasının yine kurumsal misyon ve amaçlara göre tanımlanması ve işletilmesi,
 4. İyileştirme mekanizmalarının da kurumsal misyona uygun olarak yapılması ve işletilmesi,
 5. Bunların sonucu olarak sadece kurumun değil aynı zamanda kurum çalışanlarının sürekli olarak “daha iyi”yi yapabiliyor olacak şekilde teçhizatlandırılmaları beklenmelidir.

6. Eğer bir cümleyle özetleyecek olursak TKY uygulamasını başlatan kurumlarda kararların nasıl alınacağı, işlerin nasıl yapılacağı, kurum içi değişimin nasıl sağlanacağı prosedürlerle belirlenmiştir. Ve en tepeden son elemana kadar tüm kurum çalışanları bu prosedürlere harfiyyen uymak zorundadırlar. Tüm bu çalışmalar “TKY’ye kilitlenmiş” liderlik kadrosu ve takım çalışması ile ancak başarılabilir.

5. 2. Sağlık Kuruluşlarında TKY Uygulama Şartları

- Bakanlığa bağlı kuruluşlarda toplam kalite yönetiminin uygulanabilmesi için daha önce TKY uygulama şartları olarak tanımladığımız şeylerin bu kuruluşlarda uyarlanabilip uyarlanamayacağını denetlememiz gerekmektedir.
- Bunları teker teker ele almakta fayda var.

Misyonun ve amaçların belirlenmesi

- Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık kuruluşları da misyonlarını belirlemek zorundadırlar. Bu misyon cümlesi bir anlamda o kurumun varlık sebebini açıklayan en özlü ve herkes tarafından anlaşılabilen bir cümle olmalıdır.

Örneğin;

“Bölgede verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini ve çeşitliliğini arttırarak bölgede yaşayanların başka bölgelerden sağlık hizmeti alma ihtiyacını en aza indirmek”

- Amaçlar da değişik kategorilerde incelenebileceği gibi, kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli amaçlar da yine liderlik kadrosunun önderliğinde takım çalışmasıyla ortaya çıkar.
- Amaçları belirlerken öncelik misyona aykırı olmaması ve daha sonra açıklayacağımız müşterilerin beklentilerinin karşılanması olmalıdır.

Ürün ve veya hizmetlerin tanımı

- Sağlık sistemlerinde ürün ve hizmetlerin tanımı bir çok başka sisteme göre daha karmaşık ve komplikedir. Genel olarak hizmet sektörünün üretimini anlatırken “mutlu ve tatmin olmuş müşteriler” deriz. Sağlık sistemlerinde ise en hızlı ve en az maliyetle sağlığına kavuşmuş hasta denebilir.

Ürün ve Hizmetlerdeki “kalite özelliklerinin” belirlenmesi

- Sağlık sistemlerinde üretilen hizmetin kalitesini nasıl belirleyeceğiz, bunların kalite özelliklerini nasıl belirleyeceğiz? Bence en zor sorulardan birisi de budur.
- Hizmet sektörünü sanayi sektöründen ayıran en önemli fark hizmet sektöründe üretimin müşterilerin katılımı ve veya müşterilerin gözü önünde yapılmasıdır.
- Sağlık sistemlerinde kalite özelliklerini kolaylıkla “tedavi olmaya gelen hastanın” kendisine yapılan tedaviden ve davranışlardan memnun olup olmaması olarak tanımlayabiliriz. Buradan hareketle “kalite özelliklerini” ortaya çıkartmak mümkün. Ama temel sorun müşterilerimizin bizim hizmetlerimizi beğenip beğenmediğinin nasıl ölçüleceği sorunudur.
- Demek ki ilk yapılması gereken şey hizmetlerimizin kalitesini ölçecek mekanizmaların üretilmesidir. Bu mekanizmalar çok ciddi araştırmaların ve takım çalışmasının sonucunda ortaya çıkmalıdır. Ama ben teknolojinin bu kadar ilerlediği bir çağda çok etkin bir ölçümleme mekanizmasının kurulacağına inanıyorum.

Müşterilerin belirlenmesi

Sağlık kuruluşlarının müşterileri başta o bölgede yaşayanlar olmak üzere ülkede ve kimi zamanda yurt dışında yaşayan herkeştir. Ama misyonunda belirtilen şekilde ürünlerini halkın öncelikle belli bir kesimi tarafından beğenilmesini (yani pazarı tanımlamak) isteyebilir. Böyle bir tanımlama yaptığı zaman bir anlamda hasta hinterlandını belirlemiş olacaktır.

Çalışanların (gönüllü vada ücretli, tam zamanlı vada kısmi zamanlı) belirlenmesi,

Üretim mekanizmalarının (süreçlerinin) tanımlanabilir olması

REKABET ÖNCELİKLERİ VE DERECELENDİRME

Bu bölüm, sağlık sisteminde önceliklerin belirlenmesinde yaşanan zorluklarla başatmenin yollarını araştırır. İlk olarak, önceliğe haiz kararların alınmasında ve bunların arasındaki ilişkinin belirlenmesinde rol oynayan genel yaklaşımlar ele alınacaktır. Daha sonra bazı ülkelerde sağlık sektöründe karar alırken önceliklerin nasıl belirlendiği ile ilgili örnekler vereceğiz.

Teknokrasi, teknik kökünden türemiştir. Genel anlamda, bazen ölçülebilir metodlara dayandırılrsa da, rasyonel olarak karar vermenin tek doğru yolu olduğu anlamındadır. Teknokrat yaklaşımın ana amaçlarından bir tanesi, karar verirken politik her türlü güdüyü resmin dışında bırakmaktır. Kararları rakamlarla sınırlayarak, örneğin maliyet ve yararlılıkları ölçülebilir kavramlarla tarifleyerek, teknokratik yaklaşımda önceliklerin belirlenmesi “nötral değerlerde” ve bilimsel olmaktadır. Diğer bir “tek taraflı yaklaşım” ise legal olanıdır; öyle ki bir mahkemenin, nerede usulsuzluk olduğunu kolayca tanımlayabileceği kanun tarifleri yapar. Bir çok ülkede, mahkemeler öyle yüksek temeller üzerine kurulmuştur ki, karar alındığında bireyler ve toplum kararın hakkaniyetli ve rasyonel bir şekilde alındığından tatmin olmaktadır.

Demokratik yaklaşım, herkesin hakça temsil edildiği dürüst politik süreçlerde alınmış kararların, en iyi karar alma yöntemi olduğunu iddia eder. Sağlıkta önceliklerin belirlendiği kararlar da buna dahildir. Ancak, demokratik sistemin dürüstlüğü, süreci etkilemeye çalışan ve rekabet hainde olan değişik baskı gruplarının gücüne bağlıdır. Seçilmiş Devlet görevlilerinin, oy verenleri temsil edeceği düşünülürse de, seçmenlerin bu görevlilerin performansını değerlendirirken kıstaslara sahip olması ve görevde oldukları sürece onları kendi yönelimleri doğrultusunda tutmaları gerekir. Hatırlanması gereken önemli bir nokta, sağlığın genellikle geniş bir politik ajanda içinde ufak bir yer tutmasıdır.

Sağlık politikası, ve buna bağlı olarak sağlık önceliklerinin belirlenmesi, teknokrat ve demokrat yaklaşımların yakın temasta olduğu ilginç bir durum oluşturur. Sağlık ve Tıp, yüksek oranda bilimsel içerik ihtiva ettiğinden, karar almada teknokrasinin önemini artırmaktadır. Ancak, sağlık bazıları için o kadar önemli bir konudur ki, demokratik karar verme prosedürleri de sağlık önceliklerinin belirlenmesinde önemli

bir rol oynar. Sağlık önceliklerinin belirlenmesi, teknokrat ve democrat karar verme metodlarının birbirinin içine girdiği çok ilginç bir alandır.

Kabul edilebilir bir sağlık önceliklerinin belirlenmesi sürecinin bazı kriterleri; dürüst, şeffaf ve ölçülebilir olmasıdır. Teknokrasi, kararların bilimsel zemine ve ekonomik analizlere göre alınmasını sağlayarak dürüstlük kriterinin sağlayabilir. Ancak, dürüstlük aynı zamanda, tıp bilimcileri ve ekonomistleri tarafından önerilen çözümlerin toplumun diğer değer yargılarına, örnek olarak bireylerin eşitliği ilkesine uymasını gerektirir. Teknokrasi, kararları herkesin anlayabileceği rakamlara indirgeyerek süreci şeffaflaştırabilir. Ama demokratik mekanizma, son derece teknik yapıda olan bilginin herkesce anlaşılabilir hale getirilmesinde kullanılmalıdır. Aynı kaide karar vericilerin hesap vermesini de gerektirir. Öyle ki, hem performanslarını ölçmeye, hem de bu ölçümlere göre bir ödül/ceza sistemi kurulabilsin.

Aşağıda teknokrasi ve demokrasinin karışımı ile ilgili güzel bir örnek yer almaktadır. Toplumların sağlık hizmetlerinin önceliklerini ölçmede kullanılan bir kaç değişik yöntem vardır. Değişik yağıda araştırmalar kullanılabilir. Örnek olarak, bir ilgiliyi, “değişik sağlık hizmetlerini finansman önceliğine göre sıralamasını isteyen” topluma yönelik örnek bir soru ile yönlendirebiliriz. Ya da , belli miktarda bir paraları olduğunu düşünmelerini ve bu parayı değişik sağlık hizmetleri arasında nasıl pay etmeyi düşündüklerini sorabiliriz. Daha değişik bir metod ise; odak grup adı verdiğimiz, küçük bir grubu bir araya toplayarak öncelikler hakkında bir tartışma ortamı yaratmaktır. Bu metodlarla toplumun öncelikleri hakkında ipuçları bulabiliriz.

Peki, bir kez toplumun önceliklerini belirlediğimizde, bu bilgiyi nasıl kullanırız ? Diyebiliriz ki, bulduğumuz ana bilgi, toplumun “öncelik belirleme ihtiyacı bulunduğu farkında olduğu ve karar vermeyi teknokrat uzmanlara bıraktığı” olacaktır. Veya, kararı toplumun öncelikleri doğrultusunda yaptığımız ölçümlerin zemininde almaya çalışırız. Çoğu vakada,alacağımız karar, toplumun görüş açısı doğrultusunda topladığımız bilgilerin ve teknik uzmanlardan gelen verilerin bir harmanı olacaktır.

Her ülke önceliklerin belirlenmesinde bazı metodlar kullanır. Burada teknik ve demokratik yaklaşımların karışımlarını içeren çok ilginç üç örnek vereceğiz.

Amerika Birleşik Devletlerinde, sağlık önceliklerinin kararı değişik güçlerin etkileşimi sonrasında alınır. Çoğu Amerikalı özel sağlık sigortalarını

ödeyemediğinden, bakımın rasyonalize edilmesinin bir yolu sigortası olmayanlara yönelmektir. Sigortası olanların bir çoğu, sigortası çalıştığı iş yeri tarafından ödenenlerdir. İşyerleri, çalışanlarının bu poliçelerle ne kadar hizmet alacaklarını sigorta şirketleri ile pazarlık yapmak durumundadırlar. Bazen sigortaya bağlı çalışanlardan, poliçenin neleri kapsayacağı konusunda onay almak zorundadırlar. 1980’lerde, Şirketler sağlık sigortasının çok pahalı olmaya başladığını görerek, çalışanlarına ancak “gerekli” ve “yeterli” sağlık bakımını sağlayan planlı bakım sistemleri ile anlaşmalar yapmaya başladılar. Ancak toplum, planlı bakım sistemlerinin gerekli bakımı uygulamadıklarını, sadece tasarruf amaçlı olduğundan kuşkulananmaya başladı. Seçilmiş görevliler, toplumdan gelen baskı ile, hangi özel sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamında olması gerektiği ile ilgili kararlar verdiler. Bazı durumlarda insanlar, gerekli bakımı almadıklarını ileri sürerek Sağlık Sigortası kuruluşlarını dava ettiler. Bu hakka sahiptiler. Bazı işverenler, çalışanlarına poliçenin içeriğine kendilerinin karar vermesi prensibi ile sağlık sigortası almaları için ücretlendirme yoluna gittiler.

Bu yöntemlerin hiç biri, konuyla ilgili tüm tarafları tatmin edecek düzeyde değildi. Böylece Hükümet, insanların ihtiyacı olan bakımı aldıklarından emin olmalarını ve nasıl bir bakım alınacağına karar verenlerin doğru karar vermelerini sağlayacak bir sistem oturtmak zorundadır. Doğal olarak, Hükümet toplumun isteklerini göz önüne almak zorundadır çünkü hükümetin liderleri toplum tarafından seçilmektedir.

İngiltere’de sağlık hizmetleri tüm toplum için hükümetçe finanse edilir. Ülke, bölgelere ayrılmıştır. Her bölgede, hükümet görevlileri ne tür sağlık hizmeti sağlanacağına karar verirler. Bazı bölgelerde, bu sorumluluk birinci basamak hekimlerine bırakılmıştır. Burada amaçlanan, görevlilerce veya doktorlarca topluma en yararlı hizmetlerin, merkezi hükümetçe belirlenen bütçe sınırları içinde verilmesidir. Neyin, ne kadar harcanacağı konusunda bir çok bölgede yöneticiler ve doktorlar, toplum içinde oluşan komitelerle toplanarak, toplumun sağlık önceliklerinin belirlenmesinde kamuoyu oluştururlar. Bu bilgi, yönetimin karar mekanizmasını mutlaka etkileyecektir.

Örnek bir vakada, bir bölge sağlık sorumlusu, ilik nakline ihtiyaç gösteren hasta bir çocuğun tedavi sürecini engellemişti. Sorumlunun red kararı, çocuğun bir çok uzmanın gözetiminden geçmiş olması ve konuyla ilgili literatürün başarılı olma şansını çok düşük göstermesi üzerine inşa edilmişti. Çocuğun ailesi dava açtı.

Mahkeme, bölge sorumlusunun kaynaklarını rantabl kullanma hakkına sahip olduğuna, kararı alırken müspet verilere dayandığına, hakça bir karar aldığına hükmetti.

İsrail, tüm yurttaşlarının kanunla tabi olduğu temel bir sağlık havuzu tanımlamış nadir ülkelerdendir. Havuz tanımlama; önceliklerin belirlenmesinde bir yöntemdir; neyin dahil, neyin hariç olduğunu tanımlar. Yurttaşlar ihtiyaç hissettikleri veya istedikleri bakımı almadıklarını hissettiklerinde dava açabilirler. Mahkeme, kararını yasalara göre verir. İsrail'in gerçekleştirmiş olduğu ilginç şeylerden biri, yeni teknolojilerin temel havuzda ne kadar yer alacağına karar vermesidir. Bu komite, kararlarını değişik teknolojilerin yararına ve maliyetine bakarak verir. Komite, toplumdaki değişik baskı gruplarını bünyesinde bulundurur ve toplum komitenin çalışmaları konusunda sürekli haberdar edilir.

SAĞLIK EKONOMİSİ

Ders 1

1. "Sağlık Ekonomisi" üzerine çalışmanın nedenleri. OECD verileri kullanılmakta ve "paranın karşılığını almak" için gayret etme ihtiyacı ima edilerek, ulusal ve kamu sağlığı harcamalarındaki yeni trendler gösterilmektedir.
2. Tipik sağlık bakım sektörlerinin ekonomik yapısı ve sağlık bakım hizmetlerinin ekonomik özellikleri.
3. Sağlık bakım hizmetlerine olan talebin teorik ve deneysel açıdan ele alınması: evde bakım (the home-production of health); sağlık bakım hizmetlerine olan ihtiyacı belirleyen unsurlar; sağlık bakım hizmetlerinin maliyeti; fiyat ve gelir etkileri.
4. Sağlık sigortasına olan talep: belirsizlik, riskten kaçınma, sağlık sigortasının temel kavramları; sağlık sigortasına olan talebi belirleyen unsurlar.

Ders 2

1. Tipik özel sağlık sigortası piyasasının kısaca tanımı.
2. Piyasada başarısızlık: Sigortacının ve toplumun bakış açısından manevi zarar ve tüketici maliyet paylaşımı.
3. En iyi sigorta ilkeleri (ilk bölüm).
4. Piyasada başarısızlık: Zıt seçimler ve risk alma.
5. En iyi sigorta ilkeleri (ikinci bölüm).

Ders 3

1. "Klasik" sigorta piyasası örnek olarak kullanılarak, hizmet karşılığı ücret ve satıcının teşvik ettiği talep kavramları tartışılacaktır.
2. Satıcı maliyet paylaşımı ihtiyacı ve bakım.

3. Kısaca bakım ilkeleri.
4. Hastanelerin geri ödeme sistemi: hastanelerin amaçları,, maliyet tabanlı geri ödeme- hizmet karşılığı ve günlük ücret; ileri dönük ödeme- vaka ve kişi başına; karışık ödemelerin üstünlüğü; bütçeler.
5. İleri dönük ödeme: DRG sistemi ve problemleri, teorik ve bilimsel tartışma.

Ders 4

1. Hekim davranışı ve aracı ilişkileri.
2. Hekimlere ödeme yapma yöntemleri: hizmet karşılığı ücret, maaş, vergi.
3. Ödeme yöntemlerinin etkileri üzerine teorik ve deneysel tartışma.
4. Sağlık bakım piyasasındaki diğer hususlar: rekabet, düzenlemeler, profesyonel kuruluşlar, reklam, rapor kartları, seçme özgürlüğü.

Ders 5

1. Hükümetin rolü.
2. "Geleneksel hükümet müdahalesi: bakımın sağlanması, ihtiyaç belgesi, hizmet ve düzenlemelerin çoğalması.
3. Sağlık bakım hizmetleri piyasasındaki başarısızlıklar ve sağlık sigorta piyasaları.
4. Hükümet müdahalesinin "modern" tipolojisi.
5. Sosyal sağlık sigortasının ilkeleri.
6. Merkezi fonların sigortacılar/hastalık fonları arasında dağıtılması ve risk ayarlama.
7. Örnek çalışma: İsrail deneyimi.

Ders 6

1. Ekonomik değerlendirmelerde temel kavramlar
2. Ekonomik değerlendirme yöntemleri: maliyet-fayda analizi, isteğe bağlı ödeme, maliyeti en aza indirme analizi ve maliyet etkinlik analizi.
3. Ekonomik değerlendirmenin genel görünümü
4. Maliyeti en aza indirme analizi üzerine detaylı bir tartışma.
5. Örneklerle maliyet etkinlik analizi ilkeleri.
6. Maliyet-fayda analizinin temel noktaları: yaşam kalitesi ve QALY başına maliyet
7. Örneklerle sağlık devletlerinin yararlılık lmleri.
8. Maliyet-fayda analizinin kullanımı ve yeni "Küme Tabloları".
9. DALY deneyimi
10. Kamu fonları için önceliklerin belirlenmesinde ekonomik değerlendirmelerin sınırları.

İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

GİRİŞ:

Bu seminer notlarında Sağlık Bakanlığı personeli için hazırlanan eğitim programı çerçevesinde insan kaynakları (İK) yönetimine bir giriş yapılacaktır. Seminer notları oldukça geniş bir alan olan İK yönetimi hakkında katılımcılara genel bir fikir vermeyi amaçlamakta olup bu konunun tamamını anlatmak yada öğretmek gibi bir amaç taşımamaktadır. Bu notlar sayesinde konuya ilgisi oluşan yada artan katılımcılar, daha fazla bilgi sahibi olmak için sonda verilen kaynak (referans) listesine (ve bu kaynaklarda daha ayrıntılı olarak atıfta bulunulan diğer eserlere) başvurabilirler.

Bu notlarda ele alınacak konuları şöyle sıralayabiliriz:

- İnsan Kaynakları (İK) yönetimi'ne giriş: Tanımlar
- İK yönetimi'nin Tanımı: Bir model
- İK yönetimi'nin önemi
- İK yönetimi ve personel yönetimi arasındaki farklar ve benzerlikler
- İK yönetimini anlamının Sağlık Bakanlığı personeli için önemi.
- İK yönetimi'nin işlevleri
- Sonuç ve Kaynak (referans) Listesi

İNSAN KAYNAKLARI (İK) YÖNETİMİNE GİRİŞ: TANIMLAR

İK yönetimiyle ilgili kaynaklara başvurulduğunda genellikle İK yönetiminin ne *olmadığına* dair tanım ve tartışmalarla karşılaşılır. Bunun bir nedeni İK yönetiminin işletmeciliğin diğer alanlarına göre çok yeni bir alan olmasıdır. İK yönetimi 1980'lerin başında ortaya çıkmış, çok tartışılmış ve hala da tartışılan bir yönetim alanıdır. Diğer bir neden ise İK yönetiminin, atası sayılabilecek Personel yönetimi alanının üstüne kurulmuş olmasıdır. İK yönetimi, diğer pek çok işletmecilik alanında olduğu gibi, çıkış yeri olan Kuzey Amerika'da ve İngiltere'deki akademik çevrelerde hala tartışılmaktadır. Tartışmanın ana noktaları ise,

- İK yönetiminin gerçekten yeni bir kavram ve yeni bir uygulama olup olmadığı;
- Personel yönetimiyle olan benzerlik ve farklılıkları;
- İK yönetiminin çalışanlar ve yöneticiler için olumlu ve olumsuz yönleridir.

Başta bahsettiğimiz tuzağa düşmeden İK yönetiminin bir tanımını yapmaya çalışalım. Bu alanda çalışan akademisyenler tarafından yapılmış olan pek çok tanım olmakla beraber çoğu Storey'in aşağıdaki tanımında belirttiği hususlarda hemfikirdir:

İK yönetimi, kendilerini işlerine hasretmiş, yetenekli ve muktedir işgücünün birbiriyle uyumlu bir dizi kültürel, yapısal ve personel yöntemlerinin kullanıldığı stratejik yönetimi sayesinde rekabet avantajı elde etmeyi amaçlayan yeni ve farklı bir yaklaşımdır. (Storey, 1995:5)

Bu kapsamlı akademik tanımı bir başka şekilde şöyle de söyleyebiliriz:

Kurumların etkin ve verimli bir biçimde çalışabilmesi ve kurumsal (örgütsel) amaçlara ulaşabilmesi için, kurumu oluşturan çalışanların en etkin ve verimli şekilde yönetilmesidir

İK YÖNETİMİ: BİR MODEL

Yukarıdaki tanımları, dolayısıyla İK yönetimini daha iyi anlamak için Storey'in (1995) modelini ele alabiliriz. Bu model aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

➤ İnanış ve Varsayımlar:

- En önemli rekabet unsuru insan kaynağıdır.
- Ana hedef yalnızca kurallara uygunluk değil, çalışanların kendilerini işlerine hasretmeleridir.
- Bu nedenle de çalışanlar çok dikkatlice seçilmeli ve geliştirilmelidir.

➤ Stratejik Özellikler:

- Yukarıdaki faktörler nedeniyle İK'yla ilgili kararlar stratejik öneme sahiptir.
- Üst kademe yönetimin İK yönetiminde yer alması gereklidir.
- İK'yla ilgili politikalar kurumun genel stratejisine entegre edilmelidir: hem bu stratejiden kaynaklanan hem de ona katkıda bulunan olmalıdır.

➤ Yöneticilerin En Önemli Roller:

- İK yönetimi işin asıl faaliyetleri için hayati bir konu olduğundan sadece personel uzmanlarına bırakılamayacak denli önemlidir.
- Orta ve alt kademe yöneticiler İK politikalarıyla, bu politikaları hem getiren hem de yönetenler olarak yakından ilgili ve sorumlu olmak zorundadırlar.
- Yöneticilerin yönetilmesine de daha çok ilgi gösterilir.

➤ Anahtar Kaldıraçlar:

- Kurum kültürünün yönetilmesine, usul ve sistemlerin yönetilmesinden daha fazla önem verilmesi.
- Çalışanların seçilmesi, eğitimi, iletişimi, ödüllendirilmesi, ve geliştirilmesi konularında birbiriyle bütünleşen ve uyumlu hareketlerde bulunulması.
- Sorumluluk ve yetkilerin dağıtılabilmesi için yeniden yapılanma ve işlerin yeniden tanımlanması.

➤ Ana Faaliyet Alanları:

- Stratejik İK Planlaması.
- Eleman arama ve kuruma çekme, seçme ve yerleştirme, ve kurumda tutabilme.
- Çalışanların başarılarının değerlendirilmesi.
- Eğitim ve geliştirme.
- Çalışanların işlerinin karşılığının ödenmesi ve ödüllendirilmesi.
- Çalışanların yönetime katılımının sağlanması.

Bu modele göre İK yönetimi bir tanımlar, talimatlar ve mantıki bir tümevarış yönteminin birleşimidir. Kurumun önde gelen yöneticilerinin inanç ve varsayımlarını tanımlar. Bazı öncelikleri kural olarak koyar. Bütün bunlardan sonra da bazı önemli işlerin gelmesi gerektiğini tümevarış mantığıyla görür.

İnanç ve varsayımların temelinde, bütün üretim faktörleri içinde gerçekten fark yaratanın *insan (çalışan)* olduğu fikri yatar. Bu nedenle de insan çok özenle ele alınması gereken bir kaynaktır. İnsan, yönetimin zamanını ve dikkatini gerektiren ve hakeden çok özel bir kaynaktır. İnsan kaynağı kurumun değer verilen bir varlığı olarak sürekli beslenmeli ve asla tesadüfi bir gider olarak görülmemelidir.

Rekabette asıl farkı yaratanın bir kurumun insan kaynağının olduğu fikri, İK yönetiminin doğal olarak stratejik öneme sahip olmasını ve bu nedenle de üst yönetimin dikkat ve ilgisini gerektirir. Bu özellikle bağlantılı bir varsayım ise İK politikalarının önceden belirlenmiş ve iyi olduğuna inanılan bazı profesyonel kavramlardan değil, rekabet şartlarından, kurumun ana stratejisinden ve İK stratejilerinden kaynaklanması gerektiğidir.

İK YÖNETİMİ'Nİ KİM YAPAR?

İK yönetimi bu denli önemli bir konu olduğu için sadece İK bölümünün uzman ve yöneticilerine bırakılamaz. Örgüt yöneticilerinin tümünün ana görevlerinden biri İK yönetimidir. Diğer yöneticiler de İK yönetimi politikalarının etkili bir biçimde anlatılması ve uygulanması yolunda hayati bir rol oynarlar. Yöneticilerin kendi gruplarına toplantılarla bu politikaları açıklamaları, performans değerlendirme görüşmelerini yapmaları, hedefler belirlemeleri, kalite çemberlerini desteklemeleri ve cesaretlendirmeleri, performansa göre ücret yönetimi yapmaları İK yönetimi konusundaki sorumluluklarına bir kaç örnek olarak verilebilir.

İK yönetimi bölümü yöneticisi ve çalışanları ise diğer yöneticiler ve çalışanlarla işbirliği içinde çalışır, destek hizmeti verir; bu konularda yapılması gerekenleri başlatan veya hızlandıran uzman birim ve kişiler olarak görev yapar. Aşağıdaki tabloda, işe alım işlevi yerine getirilirken İK bölümü ve ilgili bölüm yöneticisinin sorumluluk ve görev paylaşımı örnek olarak verilmiştir.

İK Bölümü	İlgili Bölüm Yöneticisi
Kuruma ve iş sınıflarına uygun mülakat teknikleri belirler ve geliştirir.	Nihai mülakatı kendisinin yapıp yapmayacağına karar verir.
Diğer yöneticilerin mülakat yapma konusunda kendilerini geliştirmelerini sağlar, eğitim programları ayarlar.	İK bölümünden mülakat yapma konusunda kendini geliştirmek için destek ve eğitim alır.
Yazılı sınav ve mülakatları uygular.	Nihai mülakatı yapar ve işe alıp almamaya karar verir.
Referansları kontrol eder.	Referans bilgilerini inceler.
Belirli iş sınıfları için alınacak olan elemanların ve yöneticilerin seçme mülakatlarını yapar.	İK bölümüne işe alma yada reddetme kararı konusunda geribildirim sağlar.

İK VE PERSONEL YÖNETİMİ ARASINDAKİ FARK VE BENZERLİKLER

Personel yönetimi, çalışanlarla kurum arasındaki ilişkileri düzenler ve yönetir; daha kısa vadeli ve rutin işleri kapsayan bir kavramdır. İK ise, personel yönetiminin yaptığı işlerin tümünü kapsar. Bunlara ilave olarak, kurumun amaçlarına ulaşması için stratejik ve bütüncül bir yaklaşım sergiler. Aşağıdaki tabloda İK yönetimi ile personel yönetimi arasındaki farklılıkların bir özeti yapılmaktadır.

PERSONEL YÖNETİMİ	İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ
Kısmi yaklaşım	Bütüncül yaklaşım
İş odaklı	İnsan odaklı
Statik yapı	Dinamik yapı
Maliyet unsuru olarak çalışan	En önemli kaynak olarak çalışan
Kalıplar ve kurallar odaklı	Kurum misyonu, kültürü ve değerleri odaklı
İşte çalışan insan	İşi yönlendiren insan
Kısa vadeli ve iç planlama	Uzun vadeli ve stratejik planlama

İK YÖNETİMİNİ ANLAMANNIN SAĞLIK BAKANLIĞI PERSONELİ İÇİN ÖNEMİ

Birer hizmet kurumu olan sağlık kurumları, günümüzde her ne kadar gelişmiş teknoloji ve ekipman daha fazla kullanılıyor olsalar da, genel olarak emek-yoğun kurumlardır. Gelişmiş teknolojinin kullanılabilmesi ve sağlık kurumlarının en iyi hizmeti verebilmesi için gerekli faaliyetler, bir takımı oluşturan ve farklı eğitim ve deneyimlerden gelen personelin birlikte çalışmalarıyla oluşur. Sağlık hizmetlerinin hayati özelliği, bu hizmetin üretiminde çalışanların oynadığı rolün önem ve ciddiyeti, ve personelin özellikleri, İK yönetiminin önemini arttırmıştır. Bu nedenlerle İK yönetimi sağlık hizmetlerinde daha geniş bir önem ve etki alanına sahip olmaya başlamıştır. Genel olarak İK yönetiminin sağlık kurumlarında bu denli önemli olmasının nedenlerini şu şekilde listeyebiliriz:

- Sağlık kurumları insanlara çoğu zaman hayati önemi olan bir hizmet sunar.
- Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi büyük ölçüde çalışanlar tarafından belirlenir.
- Sağlık kurumlarında maliyetlerin önemli bir bölümü personel giderlerinden oluşur.
- Sağlık personelinin eğitim ve profesyonelleşme düzeyi yüksektir.
- Sağlık sektöründe kalite ve sayısal yönlerden istihdam sorunları vardır.
- Sağlık kurumlarında ekip çalışması yüksek hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti için zorunludur.

İK YÖNETİMİNİN İŞLEVLERİ: TANIMLAR

Yukarıda tanımlamaya çalıştığımız İK yönetimi kurumlarda şu ana işlevleri yerine getirir ve bu işlevlerin diğer bölümler tarafında yapılacak olan kısımları için onlara danışmanlık yapar:

- İstihdam (Kadrolama): kurumun çalışan gereksinimlerinin belirlenmesi ve uzun vadeli planlanması, personel adaylarının sağlanması, personel seçimi ve işe alma
- Geliştirme: Çalışanların başarı değerlendirmesi, eğitimi, kariyer planlaması ve geliştirilmesi
- Ücretleme: Çeşitli yöntem ve ilkelerle ücretlerin belirlenmesi; asıl ücretler, ek menfaatler, sosyal yardım ve diğer hizmetler
- Bütünleştirme: Sendikalar, toplu sözleşme, anlaşmazlık durumları, personel sağlığı ve iş güvenliği, şikayet ve disiplin

Bu notların geri kalanında İK yönetiminin ana işlevlerini kısaca incelemeye çalışacağız.

İK YÖNETİMİNİN İŞLEVLERİ: İSTİHDAM (KADROLAMA)

İK yönetiminin temel işlevlerinden birincisi, kurumun gereksinim duyduğu sayı ve nitelikte çalışanın sağlanmasıdır. Burada en önemli nokta uzun ve kısa vadeli planların yapılması, ve bu planlar doğrultusunda gereken nitelik ve sayıda personel istihdam edilmesidir. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki aşamalarda gerekenler yapılmalıdır.

1. Aşama: Uzun vadeli ve Stratejik Planlama

- Kurumun mevcut ve gelecekteki amaçlarına verimli bir şekilde ulaşabilmesi için uygun sayı ve nitelikte personele sahip olmasını sağlar.
- Uzun vadeli ve Stratejik Planlamanın Nedenleri:
 - a. Gelecekteki personel gereksinimini önceden tahmin edebilmek
 - b. Değişimi sağlamak: bir kurumun değişime ihtiyacı varsa bu ancak personelin değişimi sayesinde yapılabilir.
 - c. Gereken düzeyde bilgi ve beceriye sahip personel sağlamak
 - d. Diğer işlevler için gerekli temeli sağlamak

- Uzun vadeli ve Stratejik Planlamanın Faydaları:
 - a. İhtiyaç duyulan yetenekli insan kaynağını kuruma sağlayabilmek ve kurumda tutabilmek
 - b. Personelden en verimli şekilde yararlanmak
 - c. Teknolojik ve diğer değişimler nedeniyle oluşabilecek gereklilikleri önceden tahmin edebilmek
 - d. Personel ile ilgili sorunların tanı ve çözümünü kolaylaştırmak

- Planlama Çevresi: Uzun vadeli ve stratejik planlar yapılırken kurumun kontrol edemeyeceği değişkenler olan çevresel faktörler gözönüne alınmalıdır:
 - a. Demografik değişimler: İşgücünün yapısındaki değişimler, örneğin kadınların işgücüne katılması, daha yüksek eğitilmiş ve nitelikli işgücü, daha genç ama tecrübesiz işgücü, vb gibi faktörler, uzun vadeli ve stratejik planları yakından etkiler.
 - b. Ekonomik değişimler: Genel olarak ekonomik çevre ve şartlar, bunların ücret ve haklara yansımaları.
 - c. Teknolojik değişimler: Daha gelişmiş teknoloji nedeniyle daha az sayıda ama daha yüksek nitelikli çalışan ihtiyacı.
 - d. Yasal değişimler: Yasayla getirilen bazı işgücü istihdam kuralları, örneğin bazı gruplardan belli sayıda personel istihdam etmek, belirli saat eğitim verme zorunluluğu, sağlık ve iş güvenliğiyle ilgili düzenlemeler, vb.
 - e. İş ve kariyerle ilgili tutumların değişimi

- Planlama Süreci: Kuruma çalışan sağlamak için yapılacak stratejik ve uzun vadeli planlama şu adımlardan oluşur:

1. Adım: Stratejik Planlama

- Kurum felsefesinin tanımlanması: Kurumun hangi özelliklere sahip çalışanlara sahip olmak istediğini belirleyebilmesi için öncelikle kendini kurum misyonu, kültürü ve felsefi açısından tanımlaması gerekir.
- Çevresel koşulların analizi
- Kurumun güçlü ve zayıf yönlerinin analizi
- Amaç ve stratejilerin belirlenmesi

2. Adım: Mevcut Personel Durumunun Analizi

- İş tanım ve gereklerinin incelenmesi
- Personel envanterinin çıkartılması
- Personel hareketliliğinin incelenmesi

3. Adım: Personel sayısının tahmin edilmesi

- Delphi Yöntemi
- İş standartları yöntemi
- Zaman serileri yöntemi
- Regresyon analizi
- Simulasyon uygulaması

4. Adım: Sonuçların değerlendirilmesi ve uygulanması

5. Sorunlar:

- Personelin değişime direnmesi
- Tahminlerin çeşitli nedenlerle tutmaması
- Güvenilir bilgi sistemlerinin eksikliği
- Maddi yetersizlikler
- Kamu sektöründeki merkeziyetçi ve politik personel rejimi uygulamaları

➤ Planlama Süreci: Kurumda personel fazlalığı durumunda aşağıdaki yöntemlerle çalışan sayısı azaltılabilir:

1. Atamaları kısıtlama, geçici görevlendirme
2. Çalışma süresinin kısaltılması
3. Erken emeklilik

2. Aşama: Personel Sağlama Süreci

➤ Amaç ve Faydaları:

- En az maliyetle en uygun personel aday havuzu yaratmak için 2 tür kaynaktan yararlanılabilir:

1. Kurum içi kaynaklar: Kurumda halen çalışanların terfii, aynı seviyedeki başka görevlere transferi, ve gerektiğinde rütbe tenzili mevcut personelden başka görevlerde yararlanma yollarıdır.
2. Kurum dışı kaynaklar: İş ve işçi bulma kurumları; kuruma doğrudan yapılan iş başvuruları; işçi sendikaları; meslek birlikleri; meslek okulları ve üniversiteler; iş ilanları; mevcut personelin tavsiye edeceği adaylar kurum dışından kaynak oluşturma yöntemleridir.

3. Her iki yöntemin sakınca ve avantajları mevcuttur. Kurum içi kaynakları kullanmanın en önemli sakıncası kuruma taze kan girişi olmamasıdır. Yeni kişiler, yeni fikirler ve yeni yöntemler demek olabilir. Ancak kurum dışından yeni kaynak sağlandığında da, bu kişilerin kuruma adaptasyonu, kurum kültürünü öğrenmeleri, almaları gereken eğitimler gibi sorunlar vardır. Ayrıca kurum dışı kaynaklar genellikle pahalıdır ve daha fazla zaman alır. Kurum içinden kaynak yaratıldığında mevcut çalışanların motive edilmesi ise bu yöntemin bir başka avantajıdır. Dolayısıyla her iki yöntem de tamamıyla iyi veya kötü şeklinde yorumlanamaz. Personel sağlanacak pozisyona, alana ve çevresel faktörlere göre en uygun olan yöntem kullanılmalıdır.
- Kurum gereksinmelerine göre fazla veya az nitelikli personel sayısını azaltma
 - Seçilen personeli kurumda tutma olasılığını yükseltme
 - Yasal ve kurumsal yükümlülüklerin yerine getirilmesini sağlama
 - Personel kaynakları ve personel sağlama yöntemlerindeki gelişmeleri takip etme

3. Aşama: Personel Seçme Süreci:

Aday havuzu içinden iş gereklerine en çok uyan adayların belirlenmesidir. Şu aşamaları öngörür:

- Ön görüşme
- Başvuru belgeleri
- Görüşme (mülakat)
- Test Uygulama
- Referansların kontrolü
- Sağlık kontrolü
- Son görüşme (mülakat)
- Seçim kararı

İK YÖNETİMİNİN İŞLEVLERİ: GELİŞTİRME

Kurumsal sosyalizasyon: Kuruma yeni katılan veya farklı bir göreve geçen çalışanın, kendisinden beklenen tutum, davranış ve değerleri öğrenme sürecidir. Personelin kuruma ve işe alışması (oryantasyon), değişimi, gelişimi, ve kariyer geliştirmesi kurumsal sosyalizasyonun başarısına bağlıdır.

Başarı (Performans) Değerlendirme: Çalışanın bir görevin gereklerini yerine getirmek için önceden belirlenmiş olan standart ve başarı ölçülerine ne derece yaklaştığının belirlenmesidir. Sonuçları, geliştirme ve değerlendirme amaçları için kullanılır.

Geliştirme amaçları: Performans değerlendirme sonuçları, eğitim planlaması, insangücü planlaması, çalışanlara geribildirim verilmesi ve başarılarının geliştirilmesi, ve yönetici geliştirilmesi amaçları için kullanılır.

Değerlendirme amaçları: Geliştirme amaçları dışında, performans değerlendirme sonuçları çalışanların emeklerinin karşılığının adil ve tatminkar bir biçimde belirlenmesi, başarıların ödüllendirilmesi, terfi, tenzili rütbe ve işten uzaklaştırma kararlarının alınmasında da kullanılır.

Başarı (Performans) Değerlendirme sisteminin sahip olması gereken özellikleri. Yukarıda belirttiğimiz amaçlara uygun hizmet verebilmesi için bir performans değerlendirme sisteminde aşağıdaki özellikler mevcut olmalıdır:

- Adil olması
- Geliştirici olması
- Motive edici olması
- Durumlara uygun olması
- Geçerli ve güvenilir olması
- Kapsamlı olması
- Sürekli olması
- Personelin katılımına olanak tanınması
- Açık ve şeffaf olması

- Başarı (Performans) Değerlendirmede karşılaşılan sorunlar. Performans değerlendirme sistemleri ne kadar iyi kurulursa kurulsun kendileri de insan olan yöneticiler tarafından gene insanlar için yapılması nedeniyle çeşitli sorunlarla karşılaşmamak mümkün olmamaktadır. Bu sorunların başlıcalarını şöyle sıralayabiliriz:
 - Aşırı hoşgörü
 - Aşırı katılık
 - Halo etkisi
 - Orta yol değerlendirmesi (merkezi eğilim)
 - Başarı standartlarının yetersizliği ve belirsizliği
 - Değerlendiricinin nesnel davranamaması
 - Yakın zaman etkisi
 - İşler arasındaki bağımlılığının dikkate alınmaması

(Hizmet içi) Eğitim: Başarı değerlendirmenin sonuçlarının kullanıldığı bir alan da hizmet içi eğitim faaliyetleridir. Özellikle çok hızlı bir teknolojik ve bilimsel değişimin yaşandığı çağımızda sağlık kurumları yenilikleri anında izlemek ve kendilerini yeni koşullara adapte etmek zorundadırlar. Çalışanların okulda ve daha sonra işbaşında edindikleri bilgi, beceri ve tecrübeler çok çabuk değişmekte veya yetersiz kalmaktadır. Bu nedenlerle sağlık personeli yeni gelişmeleri izlemek ve kendilerini geliştirmek için sürekli öğrenmeye devam etmek zorundadırlar. Bu eğitim çalışmaları hizmet içi eğitim olarak anılmaktadır. Hizmet içi eğitim faaliyetlerini planlaması, gerçekleştirilmesi ve devamlılığı İK yönetiminin önemli işlevlerinden biridir.

- (Hizmet içi) Eğitimin amaçlarını söyle sıralayabiliriz:
 - Personelin bilgi ve beceri düzeyini yükseltmek
 - Verimliliği yükseltmek
 - Performansı arttırarak motivasyonu yükseltmek
 - Personeli üst kadrolara hazırlamak
 - İş kazalarını ve şikayetleri azaltmak
 - Kurum yapısını dış çevreden gelen değişimlere karşı esnek hale getirmek
 - Personel devrini azaltmak
 - Bireyler ve bölümler arası iletişimi geliştirmek
 - Bakım ve onarım giderlerini azaltmak
- (Hizmet içi) Eğitimde gereksinimlerin belirlenmesi: Eğitim faaliyetlerinin planmasında ve gerçekleştirilmesinde en önemli adım, çalışanların eğitim ve geliştirme ihtiyaçlarının en doğru bir şekilde belirlenmesidir. Personelin eğitim ve geliştirme ihtiyaçlarının belirlenmesi için aşağıdaki yöntemler kullanılır:
 - Gözlem, görüşme ve anketler
 - İş analizleri
 - Başarı (performans) değerlendirme sonuçları
 - Kurumiçi sorunlar

(Hizmet içi) Eğitim Yöntemleri: Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda çalışanlara verilecek eğitim işbaşında ve iş dışında olabilir. İşbaşında eğitim sağlık personelinin eğitim ve gelişimi için yapılan işin doğası gereği düzenli olarak uygulanmalıdır. Bu tip eğitimde genellikle bir usta-çırak yaklaşımı sergilenir. Eğitim alacak personele normal çalışma koşulları altında yeni bir takım işler bu işleri yapmakta bilgili ve tecrübeli diğer çalışanlar veya yöneticiler tarafından öğretilir. İş yaşamında değişmeyen eğitim yöntemlerinden biridir. Eğiticilerin eğitimi de gereklidir.

İş dışında eğitim ise çalışanların kendi iş ortamları dışında, kurum içinde yada dışında yerlerde verilen eğitim programlarından oluşur. Bazı konu ve alanlarda verilecek eğitimler işbaşında yapılamaz, iş dışında verilmesi gerekebilir. Bu eğitimler ayrıca planlanır ve kurum içinde veya dışında, kurum çalışanları yada başka eğitimciler tarafından yapılır. Bu kararlar, eğitimi verecek ve alacak kişilere, eğitimin konusuna, maddi ve diğer imkanların varlığına bağlıdır. Eğitimlerin planlaması ve gerçekleştirilmesi sorumluluğu, İK ve ilgili bölüm tarafından paylaşılır.

İşbaşında ve iş dışında genel ayrımından başka hizmet içi eğitimde kullanılan çeşitli metodları ise şöyle sıralayabiliriz:

- Anlatım
- Gösterim
- Skeçler ve Rol oynama
- Gözlem gezileri
- Örnek olay çalışması
- Duyarlılık eğitimi
- Psikolojik testler
- Değerleme merkezleri
- Sempozyum ve Paneller
- Beyin Fırtınası
- Tartışma grupları
- Evrak sepeti yöntemi
- Kendi kendini geliştirme

İK YÖNETİMİNİN İŞLEVLERİ: ÜCRETLEME

İK yönetiminin en çok ilgi çeken işlevlerinden biri ücretlemedir. Ücretleme, çalışanlara yaptıkları işin karşılığını çeşitli yöntemlerle ödemektir. Bu işlevin amaçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Kurumda çalışmaya istekli personel potansiyeli yaratmak
- İyi personeli kurumda tutmak
- Personeli motive etmek
- En önemli maliyet ögesini optimum düzeyde tutmak

Ücretleme işlevi yerine getirilirken şu ilkelerin biri veya bir kaç gözönüne alınır:

- Eşit işe eşit ücret
- Dengeli ücret
- Piyasa ücretleriyle karşılaştırma
- Terfiyle ücret artışı sağlama
- Bütünlük
- Nesnellik
- Esneklik
- Açıklık
- Uzlaşım
- Maliyetlerin denetlenebilirliği

Ücretler, sadece nakit ödenen günlük, aylık yada yıllık yevmiye veya maaşlardan oluşmaz. Çalışanların eline o anda nakit olarak geçmeyen, fakat ileride kullanabildikleri bazı hizmet ve yardımlar olduğu gibi, hiç bir zaman nakit olarak kullanamayacakları fakat çalışmalarının karşılığında aldıkları başka hizmet ve yardımlar da mevcuttur. Birinci grupta yer alan ve nakit ödemeler dışındaki en önemli kalem, devlet veya özel sosyal güvenlik kurumlarına işverenler tarafından ödenen

çeşitli sigorta primleri ve bunların karşısında edinilen sağlık ve emeklilik hizmetleridir. Emeklilik ikramiyesi ve maaşı, malülen emeklilik, sağlık hizmet ve yardımları uzun vadede yada ihtiyaç hasıl olduğunda kullanılan ek yardım ve hizmetler kategorisindedir. Uzun vadeli olmayıp ancak nakit olarak da kullanılamayan çeşitli hizmet ve yardımlar da mevcuttur. Çalışanların çocukları için gündüz bakımevleri ve kreşler, spor tesisleri, çalışan ve ailesi için özel sağlık sigortası, öğlen yemeği, otobüs servisi, cep telefonu, şirket otomobili ve/veya benzin giderleri, klüp üyelikleri işin türüne ve çalışanın pozisyonuna göre kurumların sağladıkları ek hizmet ve yardımlara örnek olarak verilebilir.

Bütün bu sosyal hizmet ve yardımların amacı, personelin çalışma şartlarını iyileştirmek, kurum içinde daha mutlu olmalarını sağlamak ve sosyal gereksinimlerini karşılamaktır. Bu tip hizmet ve yardımlar özellikle gelişmiş ekonomilerde çalışanları daha iyi motive etmek, kuruma çekmek ve kuruma bağlılıklarını sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu tip hizmet ve yardım giderlerinin toplam personel giderleri içinde Amerika gibi gelişmiş ekonomiler %30-40, ülkemizde ise %50 oranına ulaştığını göstermektedir.

İK YÖNETİMİNİN İŞLEVLERİ: BÜTÜNLEŞTİRME

Etkin insan kaynakları yönetiminde bütünleştirme işlevi çok önemli bir rol oynar. Bu işlev altında insan kaynakları yönetimi esas olarak sendikalarla ilişkiler, toplu sözleşme, anlaşmazlık durumlarının çözülmesi, personel sağlığı ve iş güvenliği, şikayet ve disiplin uygulamaları konularını ele alır.

Sendikalar ve Toplu Sözleşme

Her ne kadar İK yönetimi 'sendikasız personel yönetimi' olarak nitelendirilse de günümüzde halen İK yönetiminin asıl işlevlerinden birini endüstriyel ilişkiler oluşturmaktadır. İK yönetiminin bu alandaki sorumluluklarını, işveren (kurum) ile çalışanların temsilcisi olan sendikalar arasındaki ilişkilerin yürütülmesi, karşılaşılan sorunların en hızlı, etkin ve verimli şekilde çözülmesi ve kurumsal amaçlarla sendikal amaçların çatışmadan müşterek çıkarlarda buluşmasının sağlanması oluşturmaktadır. Sendikalarla ilişkilerin dışında, toplu pazarlık ve toplu sözleşme, ve toplu pazarlığın sonunda doğabilecek anlaşmazlık durumlarında ortaya çıkan grev ve lokavt, tahkim

ve arabulucular kullanılması durumlarında İK yönetiminin bütünleştirme rolü ortaya çıkar.

Personel Sağlığı ve İş Güvenliği

Personelin iş ve sağlık güvenliği içinde bir ortamda çalışmalarını sağlamak kurumların ve yöneticilerin yasal sorumluluğu altındadır. Ayrıca güvenli bir çalışma ortamı çalışan motivasyonunu, dolayısıyla verimliliğini arttırmada önemli bir etkidir. Bu konu sağlık personeli için bilhassa ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık personelinin önemli bir bölümü, sağlık açısından tehlikeli sonuçlar doğurabilecek bir çalışma ortamında hizmet vermektedir. Sağlık kurumlarında hastaların ve kullanılan araç ve maddelerin yarattığı riskler çok yüksektir. Bu konularda gerekli önlemlerin alınması, ve her düzeyde personelin düzenli eğitimden geçmesi ve destek hizmetleri İK yönetiminin ilgili bölümlerle işbirliği içinde yerine getirdiği diğer bir önemli işlevidir.

Şikayet ve disiplin

Çalışanların iş koşulları, ücretler, çalışma ilişkileri, yönetim tarzı, ve benzerleri konularında sorun ve şikayetlerinin olması kaçınılmazdır. Yöneticilerin görevi ise şikayetleri görmezden gelmek veya bastırmak değil, tam tersine olan şikayetleri çözümü ulaştırarak kurumu çalışanlar için daha iyi ve istenilen bir ortam haline getirmektir. İK yönetimi ise çalışanların şikayet ve dileklerini dile getirebilmeleri ve ilgili yönetim kademlerine ulaştırılabilmeleri, daha sonra da bu şikayetlerin katılımcı bir yolla çözüme ulaştırılmasında önemli işlevler görür. Benzer şekilde, katılımcı bir tarzda ve çalışan inisiyatifi ile iş yerinde disiplin sağlanması konusu da İK yönetiminin katkıda bulunduğu bir konudur.

KAYNAKLAR (REFERANS) LİSTESİ

Başta da belirttiğimiz gibi, bu kısa seminer notları seminere katılanlara İK yönetiminin tanımı ve işlevleri konusunda genel bilgiler vererek bu konuya ilgi düzeyini arttırmayı amaçlamaktadır. Daha fazla bilgi edinmek için aşağıdaki listedeki kaynakların yardımcı olabileceğine inanıyorum. Ayrıca bu kaynaklarda da başka

kaynaklara atıfta bulunulmakta, çeşitli araştırma sonuçlarından yararlanılarak konular incelenmektedir. Atıfta bulunulan kaynaklara ve araştırmalara başvurarak bilgi düzeyini arttırmak mümkün olacaktır.

Açıkalın, Aytaç, 2000, İnsan kaynağının yönetimi geliştirilmesi, Ankara: Pegem Yayınevi

Bingöl, Dursun, 1998, İnsan kaynakları yönetimi, İstanbul: Beta Basımevi

Can, Halil; Akgün, Ahmet; Kavuncubaşı, Şahin, 2001, Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi

Canman, Doğan, 1995, Çağdaş personel yönetimi, Ankara: TODAİE Yayınları, No: 260

(ed) Çoruh, Mithat, 1997, Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı

Fındıkçı, İlhami, 2001, İnsan kaynakları yönetimi, İstanbul: Alfa Yayınları

Kavuncubaşı, Şahin, 2000, Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi

Sabuncuoğlu, Zeyyat, 2000, İnsan kaynakları yönetimi, Bursa: Ezgi Kitabevi

TEMEL PAZARLAMA KAVRAMLARI ve HİZMET PAZARLAMASI

PAZARLAMA

Genel anlamıyla pazarlama ürünlerin, hizmetlerin ve fikirlerin insanlar arasında değiş tokuşlarını sağlamak amacıyla yaratılması, dağıtılması, tanıtılması ve fiyatlandırılmasını kapsayan bir süreçtir. Kurumsal bir felsefe olarak pazarlama kâr amacı güden ticari işletmeler kadar, dini kurumlar, devlet teşekkülleri, hastaneler gibi kâr amacı gütmeyen işletmeleri de kapsar. Bir firma fonksiyonu olarak ele alındığında ise pazarlama uygun tüketicilerin tespit edilmesi ve rakip hareketlerinin belirlenmesi için yürütülen pazar araştırması faaliyetleri ile ürün/hizmet geliştirme, tanıtım etkinliklerinin belirlenmesi, dağıtım kanallarının tespiti, fiyat saptanması ve satış sonrası hizmet gibi mal ya da hizmetlerin üreticisinden en son nokta olan tüketiciye ulaştırılınca kadar yürütülen faaliyetleri ve bu faaliyetlerin koordinasyonu içerir. Pazarlama faaliyetlerinin ana amacı alıcı ve satıcı arasında her ikisini de tatmin eden bir değiş tokuşun sağlanmasıdır. Bu değiş tokuşta satıcı alıcıya bir ürün, hizmet ya da fikir sunar; alıcı kendisine sunulana beğenip almaya karar verdiğinde satıcıya bunun karşılığı olarak para, emek ya da ürün verir.

Tüm pazarlama faaliyetleri çeşitli mikro ve makro çevresel faktörlerin etkisi altında yürütülür. Bu faktörlerin bazıları kontrol edebilir, bazıları ise işletmenin kontrolü dışında gelişir. İşletmenin kontrol edemediği faktörler ekonomik, politik, kültürel, teknolojik, hukuki faktörler ile rekabet unsurlarıdır. İşletmenin kontrol edebildiği faktörler **pazarlama karması** denilen dört ana bileşeni içerir: ürün/hizmet, dağıtım, tanıtım ve fiyat. Pazarlama literatüründeki temel kavramlardan biri olan pazarlama karması bir işletmenin müşterileriyle iletişim kurabilmek ve onları tatmin edebilmek için yürüttüğü temel eylemleri içerir. Bu unsurlar birbiri ile ilişkilidir ve pazarlama faaliyetinin başarılı olarak yürütülebilmesi için bunların dikkatli bir biçimde, birbirlerine bağlı olarak planlanmaları gerekir.

Kâr amacı gütsün ya da gütmesin bir işletmenin varlığını sürdürebilmesi için her şeyden önce tüketicinin çeşitli ihtiyaçlarını karşılayabilen ve talep yaratabilen iyi bir ürün veya hizmet oluşturmaları ve sunduğu ürünü/hizmeti değişen zaman ve çevre şartlarına göre geliştirmesi gerekir. Eğer ürün/hizmet tüketicilerde yeterli memnuniyet yaratmıyorsa ne kadar tanıtım yapılırsa yapılsın o ürün ya da hizmetin uzun vadede

ayakta kalabilmesi mümkün değildir. Ayrıca, baştan iyi geliştirilmeden piyasaya sunulan bir ürün ya da hizmet daha sonra iyileştirilse bile tüketicilerde olumsuz bir ilk imaj oluşturur. Satın aldıkları ürün ya da hizmetten memnun kalmayan tüketicilerin ‘fısıltı’ yolu ile girişecekleri karşı kampanyanın kötü etkilerini silebilmek ve yeniden talep yaratabilmek hem çok zordur hem de bu amaçla yapılacak tanıtım faaliyetlerine harcanacak para ve zaman, başlangıçta ürünün ya da hizmetin iyileştirilmesi için gereken masraflarlardan çok daha fazladır.

Günümüzün yoğun rekabet ortamında iyi bir ürün ya da hizmeti pazara sunmak gerekli ancak yetersiz bir koşuldur. Eğer bu ürün/hizmetten potansiyel tüketici haberdar olmazsa, ürün/hizmet tüketicinin kolayca ulaşabileceği dağıtım kanallarında yer almazsa ve/veya yanlış fiyatla ulaştırılırsa başarı sağlanamaz. Tanıtımın ana amacı daha önceden belirlenmiş potansiyel tüketici grubuyla işletme arasında iletişim sağlamak ve tüketicileri belli bir davranışa (örneğin satın alma) yönleltmektir. Bu temel hedef çerçevesinde tanıtım faaliyetleri çeşitli amaçları gerçekleştirmek için kullanılır. Bu amaçlar:

- Tüketicilerin ürün/hizmetten haberdar olmalarını sağlamak,
- Ürün/hizmet için talep yaratmak,
- Tüketicileri ürünü/hizmeti denemeye teşvik etmek,
- Tüketicilerin ürün/hizmeti tekrar almalarını sağlayarak sadık müşteriler yaratmak,
- Aracı satış kurumlarının (perakendeciler v.b.) desteğini sağlamak, ve
- Rakip işletmelerin faaliyetlerinin etkisini azaltmaktır.

İşletmeler tanıtım için dört temel yöntemden faydalanırlar. **Tanıtım karması** da denilen bu dört yöntem reklam, promosyon, doğrudan satış ve halkla ilişkilerdir. Reklam ürün/hizmet hakkındaki yazılı, sözlü ve görsel bilgilerin geniş bir kitleye ulaşmasını sağlar ve imaj yaratmak için en etkili yöntemdir. Reklam verilebilen medya her türlü basın (gazeteler, magazinler, teknik ve profesyonel yayınlar), televizyon, sokak afişleri, radyo, sinema ve internettir. Promosyon tüketicileri bir davranışa yönleltmek (örneğin bir marka yerine başka birini seçmek, bir adet yerine iki adet satın almak gibi) için verilen kısa süreli teşviklerdir. Bu teşvikler bedava verilen

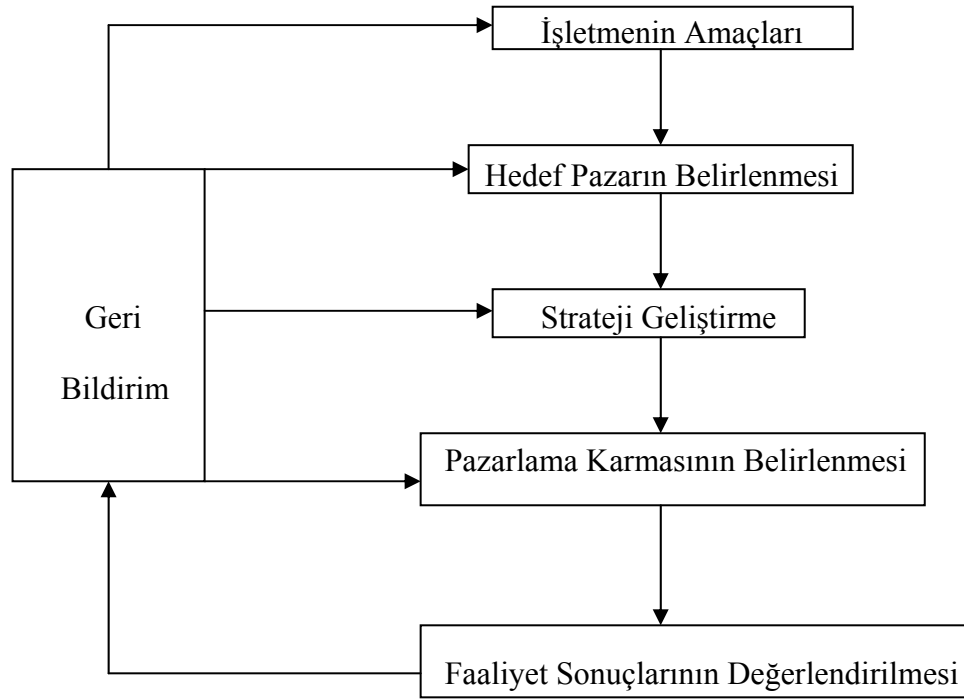
numuneler, kısa süreli fiyat indirimleri, kuponlar, aynı fiyata daha fazla ürün içeren ambalajlar ve ödüllü yarışmalar olabilir. Doğrudan satış kitle iletişimine dayanan reklâmın aksine tüketiciler ile bire bir iletişim kurmaya yarayan tanıtım metodudur. Potansiyel tüketicilerin adreslerine gönderilen ürünü/hizmeti tanıtan broşür ve mektuplar, tüketicileri doğrudan telefonla arayarak bilgilendirme gibi faaliyetlerini içerir. Halka ilişkiler bir işletme ile hedef kitlesi arasında karşılıklı anlayışı ve iyi niyeti oluşturmak ve sürdürmek, ve tüketicilerin kafasında olumlu bir kurum imajı oluşturmak için yürütülen lobi ve iletişim faaliyetleridir.

Bir ürün ya da hizmet ne kadar iyi olursa olsun ve tanıtımı ne kadar etkili yapılırsa yapılsın ürün/hizmet ancak müşterilerin satın almasına uygun yerlerde bulunursa satılırlar. İyi dağıtım, ürünlerin/hizmetlerin doğru zamanda doğru yerde olmasını sağlamak demektir. Ürünler ve hizmetler tüketicilere ya doğrudan ya da toptancılar, perakendeciler, komisyoncular, bayiler, acentalar gibi aracılar yoluyla dağıtılabilir. Pazarlama karmasının son bileşeni olan fiyatlandırma işletmenin kar yapısı ile direkt olarak ilişkilidir. Bir ürün ya da hizmeti fiyatlandırmak için iki ana yol vardır. Maliyete göre fiyatlandırma yönteminde bir ürünün/hizmetin imalat bedeli ve pazarlama ve idari bedelleri hesaplanıp üzerine belli bir kar yüzdesi eklenir. Değere göre fiyatlandırma yönteminde ise kıyaslayabileceğiniz diğer ürünlerin/hizmetinlerin fiyatları rehberliğinde pazarın ödeyebileceği fiyat belirlenir. Konulan fiyat tüketicilere ürün ya da hizmetin kalitesi hakkında bir fikir verir. Çok yüksek fiyat müşterileri uzaklaştırırken, çok düşük fiyat ürün/hizmet hakkında olumsuz bir imaj (ucuz, kalitesiz) oluşmasına neden olabilir. Fiyatlandırmada unutulmaması gereken bir nokta da şudur: tüketicilerin bir ürüne/hizmete karşılık ödedikleri parasal bedel toplam bedelin yalnızca bir bölümüdür. Bir tüketici bir ürün ya da hizmeti satın aldığı anda bunun karşılığında ödediği bedel parasal tutar ile birlikte harcadığı zamanın ve fiziksel ve psikolojik enerjinin toplamından oluşur.

PAZARLAMA PLANLAMASI

Pazarlama bir sistem olarak düşünülebilir. Her sistemde olduğu gibi pazarlama sisteminde de çeşitli girdiler, çıktılar ve geri iletim (feedback) mekanizması vardır. Pazarlamanın hedefi olan tüketici istek ve memnuniyetlerinin tatmini sistemin temel çıktısını oluşturur. Sistemin girdileri ise pazarlama bileşenleridir. Bu çıktı ve girdilerle

ilgili faaliyetlerin planlanması ve başarılarının değerlendirilebilmesi için geri iletim gerekir. Pazarlama planlaması bu unsurların başarılı bir biçimde koordine ve kontrol edilmesini içerir (Şekil-1).



Şekil-1

Planlama, gelecekte ne istendiğinin ve böyle bir geleceği gerçekleştirmek için şimdi ne yapılması gerektiğinin kararlaştırılmasıdır. Pazarlama planlaması da işletmenin pazarlama amaçlarının belirlenmesi ve pazarlama bileşenlerinin bu amaçlara erişilmesini sağlayacak şekilde uzun vadeli olarak programlanmasını kapsar. Pazarlama planlaması beş ana görevden oluşur. Birinci olarak işletmenin genel hedefleri çerçevesinde pazarlama amaçları belirlenir. Bu amaçlar gerçekçi, erişilebilir ve ölçülebilir olmalıdır ve belirlenirken çeşitli menfaat gruplarının (ortaklar, çalışanlar, tüketiciler, devlet v.b.) istek ve çıkarları göz önünde tutulmalıdır. Amaçlar tesbit edilirken kâr, satış, pazar payı gibi ölçütlerle birlikte tüketici tatmini, ürün/hizmet imajı gibi unsurlar da belirlenir. Amaçlar tespit edildikten sonra ikinci olarak hedef pazarın kim olduğuna karar verilmelidir. Genel anlamıyla pazar bir ürün ya da hizmete ihtiyacı olan insanlar, bu ihtiyacı tatmin edecek araçlar ve tatmin etme

isteğinin toplamıdır. Tüketicilerin ihtiyaçları, istekleri, mali güçleri ve kişisel özellikleri farklı olduğu için tercih ettikleri ürün ve hizmetler de farklı olur. Bu nedenle her işletme toplam pazarın belli bir ürün veya hizmeti tercih edebilecek ve benzer ekonomik, sosyal, psikolojik, demografik, coğrafi ve davranışsal özellikler gösteren bir bölümünü yani bir **hedef pazarı** seçer. Hedef pazarın tespit edebilmek için pazar araştırma çalışması yapılması gerekir. Bu çalışmalar sonucunda hedef pazarın büyüklüğü, yapısı ve özellikleri hakkında sistematik bilgi toplanır. Bu bilgiler ışığında şirket amaçlarına en uygun hedef pazar ya da pazarlar kararlaştırılır.

Pazarlama planlamasının bir sonraki aşaması amaçların gerçekleştirilmesini sağlayacak stratejilerin belirlenmesidir. Diğer bir deyişle amaçlar *neyin* gerçekleşmesinin istendiğini açıklarken, stratejiler bunların *nasıl* gerçekleşeceğini ifade eder. Genellikle stratejiler pazarlama karmasının bileşenleri için belirlenir; örneğin:

- Ürün/Hizmet stratejileri:
 - Yeni ürün/hizmet geliştirme
 - Mevcut ürüne/hizmete yeni özellikler ekleme
 - Mevcut ürünü/hizmeti yeniden tutundurma
 - Dizayn ve ambalaj değişikliği yapma
- Tanıtım stratejileri:
 - Reklam temasını ve medyasını seçme
 - Reklam promosyon oranının tespiti
 - Halkla ilişkiler konularının belirlenmesi
- Dağıtım stratejileri:
 - Kanal seçimi
 - Satış sonrası hizmet seviyesinin belirlenmesi
- Fiyat stratejileri:
 - Pazara düşük ya da yüksek fiyatla girme
 - Farklı hedef pazarla için farklı fiyat uygulama
 - Rakip ürünlere/hizmetlere göre fiyatlandırma

Stratejiler ve bunlara bağılı olarak pazarlama bütçesine karar verildikten sonraki aşama bu stratejileri gerçekleştirmek üzere pazarlama karması bileşenlerinin uygulanmasıdır. Örneğin ürün/hizmet içeriğinde bir değişim söz konusu ise bu konuda çalışmalar başlatılır. Yeni bir reklam hazırlanmasına karar verilmiş ise bir reklam ajansı ile anlaşarak reklam çekimleri yapılır. Kararlaştırılan pazarlama faaliyetleri uygulandıktan sonra, diğer önemli bir aşama, faaliyetlerin ne denli başarılı olduğunun kontrolüdür. Bu aşamada, hem mevcut dönemdeki faaliyetlerin daha önce belirtilen amaçlara ve stratejilere ne dereceye kadar uyduğu tespit edilebilir, hem de, geri iletimle, bir sonraki dönem için ihtiyaç duyulan bilgiler sağlanır.

HİZMET KAVRAMI ve GENİŞLETİLMİŞ PAZARLAMA KARMASI

Pazarlama teorisi ve uygulaması öncelikle araba, şampuan, giysi gibi fiziksel ürünler göz önünde tutularak geliştirilmiştir. Ancak hizmet sektörünün ekonomi içersindeki ağırlığının artmasıyla birlikte pazarlama teorisinin hizmetlerin kendine özgü özelliklerini dikkate alacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmiştir. Genel pazarlama kavramları ve mekanizmaları hizmet pazarlaması için de geçerli olmakla birlikte bunlara ek olarak dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Hizmet pazarlamasının yapısını anlayabilmek için öncelikle hizmet kavramını ve ürünlerle hizmetler arasındaki temel farkları belirlemek gerekir.

Hizmet “bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulmayan ve herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan bir faaliyet ya da faydadır. Üretilmesi ise fiziksel bir ürüne bağılı olabilir ya da olmayabilir” (Kotler 1997). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi hizmet bir nesne değil, iki taraf arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkan hareketler, süreçler ve performanslar toplamıdır. Hizmetleri ürünlerden ayıran dört temel özellik vardır:

- 1- **Dokunulmazlık:** Hizmetleri fiziksel ürünleri duyumsadığımız biçimde göremeyiz, dokunamayız, hissedemeyiz ve tadamayız.
- 2- **Ayrılmazlık:** Hizmetler eş zamanlı olarak üretilir ve tüketilir. Müşteri alıcısı olduğu hizmetin üretim sürecine katılır ve müşteri ve hizmet veren birbirlerini etkiler. Ayrılmazlığın sonucu olarak hizmetlerin kitlesel üretimi çok zordur.
- 3- **Değişkenlik:** Hizmetler iki tarafın etkileşimi sonucu oluştuğu için iki ayrı hizmet sunumunun tıpatıp aynı olması olanaksızdır. Değişkenliğin temel

nedeni hizmetin içeriği ve kalitesinin bir hizmet verenden diğerine ve müşteriden müşteriye değişmesidir.

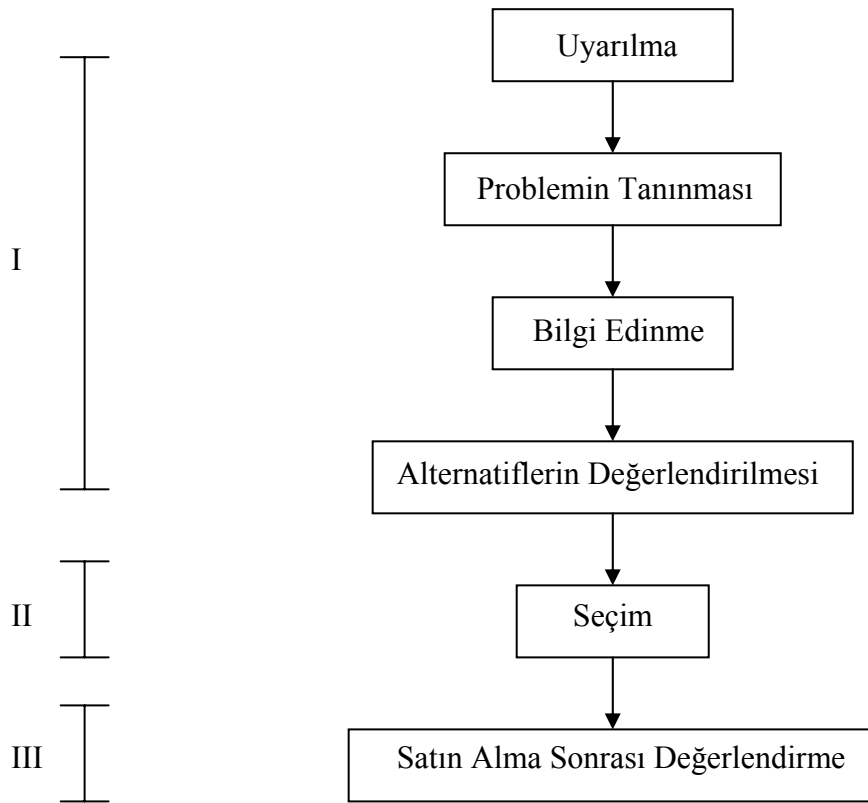
- 4- **Dayanıksızlık:** Hizmetler nesne olmadıkları için önceden üretilip daha sonra kullanılmak üzere stoklanamaz, saklanamaz ya da iade edilemez.

Bu özellikler nedeniyle hizmet pazarlamasında pazarlama karmasının dört bileşenine ek olarak üç unsurun daha göz önünde tutulması gerekir. Bunlar insan, fiziksel kanıtlar ve süreçtir. Hizmetin sunumu sürecine katılan tüm insanlar – personel, müşteriler, çevredeki diğer müşteriler – **insan** unsurunu oluştururlar. Bu insanlar müşteriye hizmetin kalitesi ve yapısı hakkında ip uçları verirler. Bu insanların davranış ve tutumları, görünüşleri, nasıl giyindikleri ve konuştukları müşterinin hizmet algılayışını etkiler. İnsan unsurun yanısıra çeşitli **fiziksel kanıtlar** müşterilere hizmetin niteliği hakkında bilgi verilir. Müşteriler hizmetlere dokunamadıkları için hizmeti çevreleyen maddi unsurlara – hizmetin verildiği bina ve dekorasyonu, hizmet sırasında kullanılan ekipmanlar, broşür, kartvizit, dosya gibi basılı malzemeler – bakarak fikir edinmeye çalışırlar. Örneğin, sağlık hizmeti almak için bir hastahaneye giden tüketicinin verilen hizmetle ilgili ip uçları alabileceği fiziksel kanıtlar binanın dış görünümü, otoparkı, bina içindeki ve dışındaki tabela ve işaretler, bekleme alanları, kayıt ofisi, hasta kabul odası, medikal ekipmanlar ve istirahat odası gibi şeylerdir. Hizmet pazarlamasında göz önünde tutulması gereken diğer bir faktör de hizmetin ulaştırılmasını sağlayan ve faaliyetlerin akışını düzenleyen prosedür ve mekanizmaları ifade eden **süreç**tir. İmalat sektöründe üretim sürecinin nasıl gerçekleştiği müşteriye ilgilendirmezken, müşteriyle etkileşime dayalı hizmetlerde bu süreç müşteri için çok önemlidir. Örneğin bir lokanta müşterisi garsonun hizmet biçiminden ve yemeğin hazırlanması sürecindeki bekleme zamanından etkilenir. Etkin bir süreç yönetimi hizmetin bulunabilirliğini ve tutarlı bir kaliteyi garantiler.

TÜKETİCİ KARAR VERME MEKANİZMASI

Hizmet pazarlamasının planlanması ve yönetilmesi genel pazarlama yönetimi aşamalarının uygulanmasından geçer. Hizmet pazarlamasının başarılı bir biçimde yürütülebilmesi için öncelikle kurum amaçlarının ve buna uyumlu olarak pazarlama amaçlarının belirlenmesi gerekir. Bu gerçekleştirildikten sonra hedef pazar belirlenmeli ve bu tüketici kitlesi ile ilgili bilgiler toplanmalıdır. Etkili bir plan

yapabilmek için tüketici davranışları alanında bilinmesi gereken konulardan biri tüketicilerin bir hizmeti ve hizmet vereni seçmeye nasıl karar verdiğidir. Tüketiciler seçim yaparken, özellikle de daha önce kullanmadıkları bir hizmeti/hizmet vereni seçerken kapsamlı bir süreçten geçerler. Bir yönetici bu aşamaları anlamalı ve pazarlama planını tüketiciyi sonunda rakipler yerine kendi sunduğu hizmeti seçmeye yönlendirecek şekilde oluşturmalıdır. Tüketici karar verme sürecinde üç ana aşamdan geçer: satın alma öncesi süreç, satın alma süreci, satın alma sonrası süreç (Şekil-2).



Şekil-2

Satın alma ile sonuçlanabilecek davranış tüketicinin bir ihtiyaç duyması ve bir güdünün amaç olarak algılanmasıyla başlar. Maslow (1954) kişinin ihtiyaçlarını hiyerarşik bir biçimde sınıflandırır. Buna göre en temel ihtiyaçlar acıkma, susama, seks, sağlık gibi kişinin biyolojik dengesini oluşturan fizyolojik ihtiyaçlardır. Bunları sırasıyla emniyet, sevgi, saygı ve kendi kendini idrak gibi daha psikolojik ve sosyolojik ihtiyaçlar takip eder. Maslow ancak bir önceki ihtiyaç tatmin edildikten sonra bunu izleyen başka bir ihtiyacın doğacağını belirtir. İhtiyaçlar tüketici

davranışlarının kaynağını oluştururlar; güdüler ise bu kaynağı belli bir amaca yöneltir. Güdüler güçlü ya da zayıf, açık ya da gizli, akılcı ya da duygusal, fiziksel ya da psikolojik olabilir. İhtiyaç ve güdülerin ortaya çıkması ile tüketici bunları tatmin edebilecek uyarıcılara karşı duyarlı hale gelir. Bu uyarıcılar ticari (reklamlar), fiziksel (ağrı) ya da psikolojik/sosyolojik (arkadaşlar) olabilir. Şayet algılanan uyarıcı kişinin sahip olmayı arzuladığı nitelikleri taşıyorsa, başka bir deyişle kişi olmayı arzuladığı durumla (sağlıklı) gerçekte olduğu durum (sancılı) arasında fark görüyorsa problem tanımlanmıştır. Bundan sonraki aşamada tüketici problemi çözme yoluna gidecek ve bunun için de öncelikle bunu nasıl yapabileceği hakkında bilgi toplamaya başlayacaktır. Çözüm hakkında bilgiler dahili (daha önceki deneyimler, hafızadaki bilgiler) ve harici (reklamlar, broşürler, satıcılar, uzmanlar, arkadaş-aile çevresi) kaynaklardan toplanır. Tüketici yeterli bilgi topladığına kanaat getirdikten sonra bu bilgiler ışığında çözüm öneren farklı alternatifleri birbirleriyle kıyaslamaya başlar. Alternatiflerin değerlendirilmesi aşaması problemin kişi için önem derecesine bağlı olarak çok kısa ya da uzun sürebilir. Değerlendirme sonucunda tüketiciye özellikleri, kalitesi ve fiyatı açısından en uygun görülen alternatif seçilir. Satın alma gerçekleşikten sonra tüketici aldığı hizmetin sonuçlarını değerlendirir. Bu değerlendirmenin sonucu kişinin daha sonra benzer bir problemle karşılaştığı zaman göstereceği davranışları belirler. Aldığı hizmetten memnun kalan bir tüketicinin bu hizmeti tekrar alma olasılığı artar.

TÜKETİCİ MEMNUNİYETİ ve HİZMET KALİTESİ

Tüketici memnuniyeti sağlamak işletmelerin temel amaçlarından biridir; ancak müşterilerini tatmin edebilen kurumlar uzun vadede ayakta kalabilirler. Tüketici memnuniyetini beklentilerin ne derece tatmin edildiği ya da edilmediği belirler. Diğer bir deyişle memnuniyet beklentiler ile gerçekleşen performans arasındaki farktır. Beklentileri kurumun kontrol edebildiği ya da edemediği pek çok faktör etkiler. Bunlar kişisel faktörler, hizmet verenin imajı ve tanıtım faaliyetleri ile verdiği sözler, tüketicinin eski deneyimleri ve diğer tüketicilerden elde edilen bilgilerdir. Memnun kalmış bir tüketici kurumun başarısı için çok önemlidir çünkü böyle bir tüketici:

- kuruma daha uzun süre sadık kalır,
- diğer tüketicilere kurum ve hizmetleri hakkında olumlu şeyler söyler,

- rakiplere daha az ilgi gösterir, ve
- kurumun sunacağı yeni hizmetleri daha kolay alır.

Tüketici memnuniyeti ile direkt olarak bağlantılı olan bir konu da hizmet kalitesidir. Kalite farklı anlamları olan bir kavramdır. Ancak günümüzde kalitenin tanımlanmasında müşteri bakış açısı önem kazanmış ve tüketicinin sürekli değişen istek ve ihtiyaçlarının karşılanması ve geçilmesi kalite olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Hizmet işletmelerinde kalite çok önemli olduğu kadar kavranması, uygulanması ve denetlenmesi karmaşık ve belirsiz bir alandır. Hizmetler performans ve hareketler toplamı olduğu için ürünler gibi aynı kaliteyi sağlayacak imalat spesifikasyonlarına bağlı olarak üretilmeleri zordur. Hizmetler eşzamanlı olarak üretildiği ve tüketildiği ve hizmet veren ve alanın etkileşimine dayandığı için kalite büyük oranda personelin performansına ve tüketici ile olan iletişiminin yapısına bağlıdır. Hizmetler için sayısal olarak ifade edilebilen bazı standartlar (müşterinin bekleme zamanı) oluşturulabilir; ancak insan davranışlarına (güleryüz, ilgi, kibarlık gibi) standartlar koymak çok zordur.

Hizmet kalitesini arttırabilmek için kalite kavramını oluşturan bileşenleri anlamak ve kötü ya da eksik olan unsurları iyileştirmek gerekir. Öncelikle hizmetin güvenilir olması gerekir. **Güvenirlilik** bir işletmenin verdiği hizmeti doğru ve eksiksiz yapması yani performansda tutarlılık göstermesidir. **Yetkinlik** kurumun ve personelinin hizmeti tam olarak yerine getirebilecek düzeyde bilgili ve donanımlı olmasını ifade eder. **Ulaşabilirlik** müşterilerin hizmet verenle ne kadar kolay ve hızla ilişki kurabileceğini belirtir. Tüketicilerin hizmeti elde etmek için çok beklememesi, çalışma saatlerinin uygun olması ve hizmetin verildiği tesisin uygun yerde bulunması ulaşılabilirliği arttırır. Personelin hizmet verme konusunda hazır ve istekli olması ve hizmeti hızla sunması o kurumun tüketici ihtiyaç ve isteklerine etkili bir biçimde **karşılık** verdiğini gösterir. Bir işletme müşterileri ile sürekli **iletişim** içinde olmalı ve onların ihtiyaçlarını anlayabilmek için çaba göstermeli, onları hizmet ve özellikleri hakkında anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmedir. Tüketiciler bir hizmeti alırken kendilerini güvende hissetmelilerdir. **Güvenlik** müşterilerin fiziksel ya da kişisel herhangi bir tehlikeye, riske ya da şüpheyeye maruz kalmadan hizmeti alabilmeleri anlamına gelir. Son olarak hizmet verilirken **nezaket** kuralları gözetilmeli, tüketiciler ile saygı temeline dayanan yapıcı bir diyalog kurulmalıdır.

Hizmet kalitesinin iyileştirilmesinin bir işletmeye daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşterileri ile olan iş hacmini arttırdığı ve rakip işletmelere karşı üstünlük sağladığı kanıtlanmıştır. Ancak bir hizmetin kaliteli olarak değerlendirilmesi için hizmet verenin bu konuda göstereceği çabalar kadar tüketicilerin hizmeti ve hizmet vereni nasıl algıladığı da önemlidir. Hizmetlerin ürünlere göre daha subjektif olmaları kalitelerinin kişiden kişiye farklı algılanmasına neden olabilir. Tüketiciler hizmet kalitesini düşük olarak algılıyorsa bunun dört ana nedeni olabilir:

- 1- **Bilgi Eksikliği:** Tüketicinin hizmetten ve hizmet verenden beklentileri ile yöneticinin tüketicinin istek ve ihtiyaçlarının ne olduğuna dair fikirleri birbiri ile uyumlayabilir. Örneğin, hastane yöneticileri hastaların hastahane de kaldıkları sürede daha iyi yemek yemek istediklerini düşünebilirler. Oysa hastalar öncelikli olarak hemşirelerin kendileriyle daha ilgili davranmalarını bekliyorlardır.
- 2- **Sunum Hatası:** Belirlenen performans standartları ile performans arasında fark vardır. Örneğin, personel kendilerinden yerine getirilmesi istenen performansları yapabilecek derece eğitilmiş değildir.
- 3- **Standart Hatası:** Yönetici, tüketicilerin isteklerini doğru olarak tespit eder, ancak performans standartını bu istekleri karşılayacak şekilde doğru olarak belirlemeyebilir. Örneğin, hastane yöneticileri, hemşirelere hastalarla ‘çabuk’ ilgilenmelerini söyler, fakat “çabuk”un ne olduğunu tanımlamaz.
- 4- **İletişim Hatası:** Verildiği duyurulan hizmet ile gerçekte verilen hizmet arasında farklar olabilir. Örneğin, hastane broşürü çok güzel döşenmiş bir oda gösterir; hasta kendisini bakımsız, kirli, kötü bir odada bulur.

Bu durumlardan biriyle karşılaşan bir işletmenin yapması gereken problemin kaynağını bulmak ve buna göre bir çözüm üretmektir. Bir hizmet işletmesinin kaliteli hizmet verebilmesi için kalifiye eleman seçmesi, bu elemanları periyodik olarak performans standartları konusunda eğitmesi, ve düzenli olarak müşteri şikayeti araştırması yapması gereklidir. Ancak bu şekilde sunduğu hizmetten memnun kalan müşterilere sahip olabilir ve uzun vadede onları elinde tutabilir.

KAYNAKLAR:

Kotler, Philip (1997) *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*, New Jersey: Prentice Hall.

Maslow, Abraham (1954) *Motivation and Personality*, New York: Harper and Row.

EK KAYNAKLAR:

Ferman, Murat (1988) “Hizmet Pazarlaması Üzerine Genel Değerlendirmeler,” *Pazarlama Dünyası*, Ocak-Şubat, 7.

Öztürk, Sevgi Ayşe (1998) *Hizmet Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Hoffman, K. Douglas and John E. G. Bateson (1997) *Essentials of Services Marketing*, New York: Dryden Press.

VERİ ANALİZİ

Veri teriminin sözlük anlamını bilinen ve kendisinden bilgi elde edilebilen şeyler diye ifade edebiliriz. Bu tanımdaki şeyler terimi tipik olarak nümerik yapıda olan düşünce ve gerçekleri içermektedir. Verinin kullanıcı tarafından karar verme sürecinde kullanılır formata getirilmiş şekline ise bilgi denir. Diğer taraftan, veri analizi ise ilk bakışta hemen bilgiye dönüştürülemeyen verilerden yorum yapma ve sonuç çıkarma yöntemlerini içermektedir.

Bu ders notlarında hem veri toplanması ve hem de veri analizi konusunda temel kavramlar ve yöntemler incelenecektir.

Veri tiplerini pekçok kritere göre çeşitli şekilde sınıflandırmak mümkündür; bu sınıflandırmalardan bir tanesi şu şekildedir:

♦ **Metrik, kantitatif**

- **Sürekli**
- **Kesintili**

♦ **Kategorik, kalitatif**

- **Ordinal**
- **Nominal**

Veri toplanması: Toplanacak veri, primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılabilir; primer veri bizim topladığımız, sekonder veri ise başkaları tarafından toplanan (ve başka amaçlarla toplanmış ve derlenmiş) verilerdir. Günümüzde özellikle bilgisayar ve İnternet teknolojilerindeki hızlı gelişmeler sonucu, sekonder veri hacminde olağanüstü artışlar söz konusu olmuştur. Artık hemen her konuda, çok hızlı ve ucuz olarak sekonder veriye ulaşma imkanımız vardır. Ancak sekonder verinin amacımıza tam olarak uymayan ve yetersiz kaldığı durumlarda primer veri toplanması zorunluluğu vardır.

Sekonder veriye ulaşabileceğimiz kaynakları yazılı (basılı) ve Internet olmak üzere ikiye ayırabiliriz. Türkiye ile ilgili verilerin bulunduğu önemli Internet kaynak adreslerinden bazıları şu şekilde sıralanabilir:

<http://www.die.gov.tr>

<http://www.oecd.org>

Diğer yandan pekçok arama motoru yardımıyla da çeşitli konularda sekonder veriye ulaşabiliriz; bu motor adreslerinden bazıları şu şekildedir:

<http://altavista.com>

<http://www.excite.com>

<http://www.infoseek.com>

<http://www.lycos.com>

<http://www.yahoo.com>

Veriye ulaşmanın diğer bir yolu ise sayım ve anket çalışmaları ile primer verinin toplanmasıdır. Burada dikkat edilmesi gereken üç husus toplanacak verinin:

- uygun
- yeterli ve
- tarafsız olmasıdır.

Örnek olarak, araba satın almak isteyen bir kullanıcının toplam 5 milyarı varsa, yeni arabalar üzerine veri toplaması uygun değildir. Yeterli veri ise istenilen hassasiyetle ilgilidir.

Sayım ve anket çalışmaları ile ilgili iki önemli terim populasyon ve örnek terimleridir.

Populasyon: Araştırılan nesnelerin tümü

Örnek: Populasyonun bir alt kümesi

Sayım populasyon üzerinde yapılırken, zaman ve maliyet faktörleri populasyondan örnek alınmasını gerekli kılabilir. Örneğin nüfus sayımı, tüm populasyonu içermektedir; diğer yandan pekçok kamuoyu yoklaması ise (örneğin toplumdaki siyasi

eğilimleri saptamak için yapılan kamuoyu yoklaması) örnek alınması ile gerçekleştirilmektedir.

Veri (primer) toplanmasının diğer bir önemli yolu ise anket çalışmalarıdır. Bu çalışmalar rassal ve rassal olmayanlar olmak üzere ikiye ayrılır. Rassal anket çalışlarında populyasyondaki her bir bireyin eşit miktarda seçilme şansı bulunmaktadır. Anket çalışması öncesi populyasyonda birtakım grupların (strata) varlığı biliniyor ise, anket çalışması bu strataların büyüklüklerini kullanarak tasarlanmalıdır. Diğer bir deyişle, her stratadan, o stratanın büyüklüğü ile orantılı miktarda birey seçilmelidir. Bazı durumlarda ise, populyasyondaki bir grubun tüm populyasyonun özelliklerini yansıttığı bilinebilir; bu gruba 'cluster' denilmektedir ve anket bu bilgiyi kullanarak tasarlanmalıdır.

Rassal olmayan anket çalışlarında ise bir bireyin örnek içine alınma ihtimali önceden belirlenmemekte, o anda verilen bir kararla o birey örnek içine alınmakta veya alınmamaktadır.

Anketleri ise üç ana gruba toplayabiliriz:

- Mülakat anketleri,
- Kendi kendine yapılan anketler ve
- Diğerleri

Mülakat anketleri ise bireyle yüzyüze yapılan ve telefon anketleri olmak üzere ikiye ayrılır. Kendi kendine yapılan anketler ise posta anketleri, teslim ve toplama anketleri, günlük anketleri ve İnternet ile yapılan anketler olmak üzere dörde ayrılırlar. Yukardaki listede diğerleri başlığı altında ise panel anketleri, dikey anketler ve gözlem anketleri yer almaktadır.

Veri analizinde en sık kullanılan yöntemleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Grafikler
- Tablolar
- İstatistikler

Grafikler:

Veri analizinde kullanılan en popüler grafik histogramdır. Histogram sınıf sıklığına orantılı dikdörtgen alanlarıyla bir nicesel değişkenin sıklık dağılımı grafiği şeklinde tanımlanabilir. Histogramların tasarlanmasında dikkat edilecek hususlar şu şekilde sıralanabilir:

İlk ve son gruplar, açık uçlu gruplar olacağından, toplanan verilerde en küçük ve en büyük verinin değerlerinin doğru tahmin edilmesine dikkat edilmelidir.

İlk ve son gruba, çok fazla sayıda birey ekleniyorsa, oldukça fazla bilgi kaybolacaktır.

Bir diğer popüler grafik ise dağılma grafiğidir. Dağılma grafiğini iki nicesel değişkenin aldıkları değerleri gösteren grafik olarak tanımlayabiliriz.

Tablolar:

Veri analizinde kullanılan bir diğer araç ise tablolardır. Özellikle Pivot (mesnetli) tablo pekçok bilgiyi hızla kullanıcının kullanımına hazır hale getirebilmektedir. Pivot tabloyu çok değişkenli bir tablodan (karmaşık) istenilen bilgilerin çıkartılmasını sağlayan Excel tablosu olarak tanımlayabiliriz.

İstatistikler:

Veri analizinin en güçlü aracı ise istatistiklerdir. Bu istatistikleri merkezi eğilim, değişkenlik ve korelasyon istatistikleri diye üçe ayırabiliriz.

Merkezi eğilim istatistikleri, bir ölçüm kümesinin 'merkez' noktasını betimleyen özet göstergeler veya en karakteristik değerlerdir. Bunların arasında en popüler olanı aritmetik ortalamadır; aritmetik ortalamayı bir gözlem kümesindeki tüm değerlerin toplamının gözlem sayısı ile bölünmesi oluşturur. Ortanca değer ise, bir dağılımı iki eşit yarıya bölen değerdir. Diğer bir deyişle, ortanca değer, gözlenen değerler büyüklük sırasına göre listelendiğinde bir gözlem serisinin merkez veya orta değeridir. Tepe değeri ise, bir gözlem serisinde en sık gözlenen değerdir. Bu istatistiklerin Excel'de yazılış biçimleri aşağıdadır:

Merkezi eğilim istatistikleri

- ♦ Aritmetik ortalama, *AVERAGE* (.....)
- ♦ Ortanca, *MEDIAN* (.....)
- ♦ Tepe değeri, *MODE* (.....)

Değişkenlik istatistikleri ise, bir gözlem serisindeki değerlerin değişkenliğini betimleyen istatistiklerdir. Bu istatistikler arasında en popüler olanı varyans ve standart sapmadır. Varyans gözlem serisindeki değerlerin ortalamadan farklarının karelerinin toplamının, serideki değer sayısına bölünmesiyle elde edilir. Standart sapma ise varyansın kareköküne eşittir. Standart sapmayı popüler yapan önemli özelliklerden bir tanesi ± 3 standart sapmanın gözlem serisindeki tüm değerleri hemen hemen kapsamasıdır. Bir diğer istatistik olan değişim katsayısı ise standart sapmanın ortalamaya bölünmesiyle elde edilir; bu şekilde birimsiz bir değişkenlik istatistiği elde edilmiş olur. Bu istatistiklerin Excel'de yazılış biçimleri aşağıdadır:

- ♦ En büyük değer, *MAX* (....)
- ♦ En büyük k.ncı değer, *LARGE* (...,k)
- ♦ En küçük değer, *MIN* (....)
- ♦ En küçük k.ncı değer, *SMALL* (...,k)
- ♦ Dağılım aralığı, *MAX* (....) – *MIN* (....)
- ♦ Dörttebirlikler, *QUARTILE* (...,k)
- ♦ Yüzdelikler, *PERCENTILE* (...,k)
- ♦ Standart sapma, *STDEV* (....)
- ♦ Değişim katsayısı, *STDEV*(...)/*AVERAGE*(...)

Veri analizinde kullanılan bir diğer önemli istatistik ise korelasyon katsayısıdır. Bu istatistik ile iki değişkenin birbirleriyle olan ilişki betimlenmektedir. Bu istatistik -1 ile +1 değerleri arasında bir değer alır: +1 iki değişken arasında aynı yönde çok kuvvetli bir ilişkiyi, -1 iki değişken arasında ters yönde çok kuvvetli bir ilişkiyi, sıfır değeri ise iki değişken arasında herhangi bir ilişkinin var olmadığını gösterir. Bu istatistiğin Excel'de yazılış biçimi aşağıdadır:

- ◆ Korelasyon katsayısı, CORREL (...,...)

KAYNAKLAR:

Albright, SC, Winston, WL, Zappe, C, "Data analysis and decision making with Microsoft Excel", Duxbury Press, 1999.

Curwin, J, Slater, R, "Quantitative methods for business decisions", 5.nci baskı, Thomson Learning, 2002.

Evans, JR, Olson, DL. "Statistics data analysis and decision modeling", Prentice-Hall, Inc., 2000.

Lwanga, SK, Tye, CY, "Sağlık istatistiği öğretimi", Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, No.31, 1990.

PROJE YÖNETİMİ

Değişik kaynaklarda “Proje” değişik şekillerde tanımlanmasına karşılık, bu tanımlardaki ortak nitelikler:

- Kendine özgü bir ürün veya hizmet üretmek için yapılan,
- Geçici (bir daha tekrarlanmayacak),
- Net bir başlangıç ve bitiş noktası olan,
- Kurumun belli bir döneme yönelik stratejik ihtiyaçlarını tatmin etmek için gereken birbiriyle bağlantılı eylemler bütünü olduğudur.

Örnek olarak aşı ve diğer kampanyaların planlanıp yürütülmesi, yeni bir hastane veya birimin inşaatı, hasta kabul ve takibinde bilgisayarlı ortama geçilmesi sayılabilir. Burada bir faaliyetin proje olarak nitelendirilebilmesi için, bu faaliyetin kurumun rutin işleri arasında olmaması, bir daha aynı şekilde tekrarlanacak olmaması, net bir başlangıç ve bitiş zamanının belirlenebilmesi ve genellikle de kaynak gerekleri açısından büyük çaplı olması gereklidir. İnsanlık tarihinde yapılan ilk projelerin Mısır'daki piramitler ve Çin setti olduğu söylenmektedir; ancak modern proje yönetiminin başlangıcı 1900'lerin başında Henry Gantt'ın geliştirdiği Gantt diagramları ile başlamıştır. Bu diagramlar yardımıyla I. Dünya savaşında inşa edilen pekçok kargo gemisinin bitiriliş süresi önemli miktarda azaltılabilmektedir. 1950'lerde geliştirilen PERT ve CPM adlı proje yönetimi teknikleriyle de pekçok askeri ve sivil proje öngörülen süreden çok önce bitirilebilmiştir. Örneğin bu teknikler yardımıyla, Polaris füze projesi (3000'den fazla taşeron ve binlerce aktivite içeren) öngörülen süreden iki yıl önce başarıyla tamamlanabilmektedir.

Proje yönetimi ise projeden istenen sonuçların elde edilebilmesi için yapılan faaliyetleri kapsar; bu faaliyetler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Projenin seçilmesi,
- Planlama,
- Kontrol,
- Projenin bitirilmesi.

Projenin seçilmesi: Projenin seçilmesi sürecinde kullanılabilecek pekçok model bulunmaktadır; bu modelleri kabaca nümerik ve nümerik olmayan modeller şeklinde ikiye ayırabiliriz: Nümerik modeller, kar/karlılık ve skortama modelleri olarak sınıflandırılabilir. Bu modeller proje tekliflerini değişik finansal yöntemler ve/veya skorlar kullanarak sıralamak ve uygun olanların seçilmesine yardımcı olurlar. Nümerik olmayan modeller ise kantitatif analizlere uygulanamayan faktörleri gözetken modellerdir; örneğin bir amirin isteği ile başlatılan projeler, sel baskını tehditi altında bulunan işyeri için gerekli inşaatın yapılması projesi, vb. Proje seçimi ile ilgili daha detaylı bilgiyi içeren kaynaklar 'kaynakça' bölümünde sıralanmıştır.

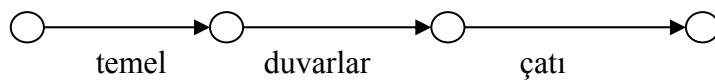
Planlama: Proje planlama faaliyetleri ise şu sorulara cevap arayan faaliyetlerden oluşmaktadır: (i) Projenin başarıyla bitirilebilmesi için ne tür işler gerçekleştirilmeli? (ii) Bu işler ne zaman gerçekleştirilmeli? (iii) Bunları kimler gerçekleştirecek? (iv) Bu işleri gerçekleştirmek için ne tür ekipmanlar gerekecek? ve (v) Neler yapılmayacak?

Planlama faaliyetlerinin önemli adımlarından bir tanesi de projede görev ve sorumluluk alacak proje yöneticisi ve ekibin oluşturulmasıdır. Proje yöneticisinde aranan özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz (Young):

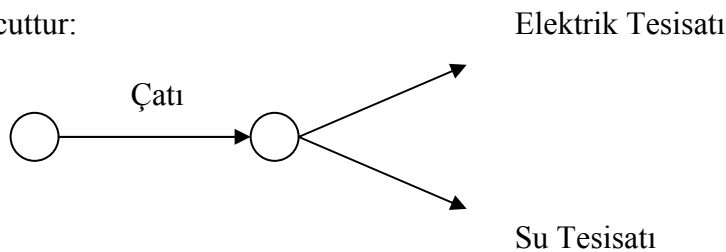
- Gereken değişikliklere esneklik gösterbilme ve adapte olabilme,
- İnisiyatif kullanabilme,
- Yetenekleri zorlayıcı ve güven verici bir karaktere sahip olma,
- Kararlılık, enerji ve motivasyon üretebilme,
- İyi iletişim kurabilme ve dinleme becerisine sahip olma,
- Yaratıcılık ve proje konusunda teşvik edici olma,
- Zamanını iyi kullanabilme ve kendi içinde disiplini olma,
- Sorunların çözümünde ekibin de sürece katılmasına imkan tanıma,
- Vakit kaybetmeden kararların alınıp uygulanmasını sağlama,
- Ekip çalışmasını teşvik etme,
- Elemanların dikkatini projeye odaklayabilme ve
- Projenin gerektirdiği teknik becerilerin öğrenilip uygulanmasına imkan sağlayabilme.

Proje yöneticisinin ve ekibinin oluşturulmasından sonra, yöneticiye düşen ilk görev proje tanımıyla ilgili belgelerin içeriklerini herkesin anlayabileceği bir eylem takvimine dönüştürmek olmalıdır. Bu amaçla ilk yapılması gereken faaliyet, proje iş açılımının çizilmesidir. Proje iş açılımı, proje için yapılması gereken işleri anlaşılır bir şekilde gösteren bir grafikdir. Bu grafiğin hazırlanmasında yapılması gereken, yöneticinin ekibini ve konunun uzmanlarını biraraya getirmek ve projeyi, yapılması gereken işler listesi haline dönüştürmektir. Projenin ana safhaları belirlenmeli, işbirliğini en üst seviyeye çıkarmak için ekip organize dilmelidir. Ana safhaların belirlenmesinde, bu safhaların gerçekleşeceği tarihler ve alacakları sürelerin düşünülmesinden ve safha sorumlularının belirlenmesinden kaçınılmalıdır. Bir bina inşa projesine ait basitleştirilmiş bir proje iş açılımı Şekil 1'de gösterilmektedir.

Yukarıdaki örnekte bina projesinin birinci derecede üç temel safhası bulunmaktadır: bu safhalar inşaat, tesisat ve elektrik donanımlarıdır. İkinci derecedeki safhalar ise, birinci derecedeki safhaların alt safhalarını oluşturmaktadır; örneğin elektrik donanımı safhasının alt safhaları binanın kablolanması ve elektrikli cihazların yerleştirilmesidir. Proje iş akış diagramı tamamlandıktan sonra, proje safhalarını oluşturan aktiviteler ve bu aktivitelerin birbirleriyle olan öncelik ilişkilerinin belirlenmesi gereklidir. Diğer bir deyişle projenin mantık diagramı "Bu işe başlamadan önce nelerin tamamlanması gerekiyor?" sorusu sorularak çizilmelidir. Yukarıda verilen bina inşa projesi örneğinde, temel, duvarlar ve çatının inşaatı için aşağıda gösterildiği şekilde bir öncelik ilişkiler diagramı çizilebilir:



Ancak çatı ile su ve elektrik tesisatlarının inşaatı arasında aşağıdaki gibi bir ilişki mevcuttur:



Yukarıdaki örnekte duvarların inşaatına başlayabilmek için temel inşaatına ait aktivitenin bitmesi ve yine aynı şekilde çatıya başlayabilmek için duvarların bitmesi

gerekmektedir. Ancak su ve elektrik tesisatlarının başlayabilmesi için sadece çatının tamamlanması yeterli olmaktadır; diğer bir deyişle su ve elektrik tesisatları aynı anda başlayabilirler. Projenin öncelik ilişkileri diagramı hazırlandıktan sonra yapılması gereken adım, diagramdaki aktivitelerin alacakları sürelerin tahmin edilmesidir. Bu aşama planlama sürecinin en zor parçalarındandır. Bir işin ne kadar zamanda yapılacağı ya da yapılması gerektiğine dair bol bol tavsiye bulabilsek, sağlıklı tahminler yapmak için kullanabileceğimiz kaynaklar oldukça sınırlıdır; bu kaynakları şu şekilde sıralayabiliriz: (i) diğerlerinin tecrübeleri, (ii) uzman görüşü, ve (iii) diğer projelerden kalma bilgiler. Bu kaynaklar arasında en değerlisi tecrübedir; eğer mevcut projeye benzer bir proje daha önce yapıldıysa, o projeye dahil olmuş kişilerin deneyim ve bilgisine başvurulmalıdır.

Aktivitelerin süre tahminleri yapıldıktan sonra, projenin en kısa zamanda başarı ile tamamlanabilmesi için birtakım analizleri yapmaya başlayabiliriz. Bu analizi (Kritik Yol Metodu) bir örnek üzerinde açıklamak doğru olacaktır:

Örnek: ABC Hastanesine yeni bir tanı cihazı alınmak istenmektedir. Bu cihazın alınıp, çalışır hale gelmesi için gerekli aktiviteler ve alacakları süre aşağıdaki tabloda gösterilmektedir:

Aktiviteler	Süre (hafta)
A. Prosedür ve talimatların yazımı	2
B. Kalifiye teknisyenlerin seçimi	4
C. Teknisyenlerin eğitimi	3
D. Yeni cihazın tanıtımı	4
E. Cihazın alımı, nakliye ve teslimi	8
F. Teknisyenlerin cihaz üzerinde denenmesi	2

Bu örneğe ait öncelik diagramı Şekil 1.'de görülmektedir. Bu şekilde dikkat edilmesi gereken nokta yeni cihazının tanıtımının kalifiye teknisyenlerin seçiminden sonra yapılmasıdır; eğer yeterli miktarda kalifiye teknisyen bulunamazsa, cihazın tanıtımı

faaliyeti başlayamamaktadır. Bu aşamada cevaplamamız gereken sorular: Bu proje en erken ne zaman tamamlanabilecektir ve projenin gecikmemesi için hangi aktivite ne zaman başlanmalı ve bitirilmelidir? Bu soruların cevabını basit projeler için Gantt diagramı yardımıyla verebiliriz; bu örneğe ait Gantt diagramı Şekil 3.'de görülmektedir. Öncelik diagramı yardımıyla bu projenin en erken 10 hafta içinde bitirileceği görülmektedir. Her aktiviteye ait en erken başlama zamanı, en erken bitiş zamanı, en geç başlama zamanı, en geç bitiş zamanı, ve gevşeklik aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Aktivite	En erken başlama zamanı	En erken bitiş zamanı	En geç başlama zamanı	En geç bitiş zamanı	Gevşeklik
A	0	2	3	5	3
B	0	4	1	5	1
C	4	7	5	8	1
D	4	8	6	10	2
E	0	8	0	8	0
F	8	10	8	10	0

Gevşeklik değerleri 0 olan aktiviteler, E ve F aktiviteleridir; bu aktivitelerin gerçekleşmesindeki en ufak bir gecikme, tüm projenin gecikmesine yol açacaktır. Diğer yandan, gevşeklik değerleri 0'dan farklı olan aktiviteler, gevşeklikleri kadar geciktirilebilirler; bu durumda projenin bitiriliş zamanında herhangi bir gecikme olmaz. Gevşeklik değeri 0 olan aktivitelere kritik aktivite ve bunların oluşturduğu yola da kritik yol denir.

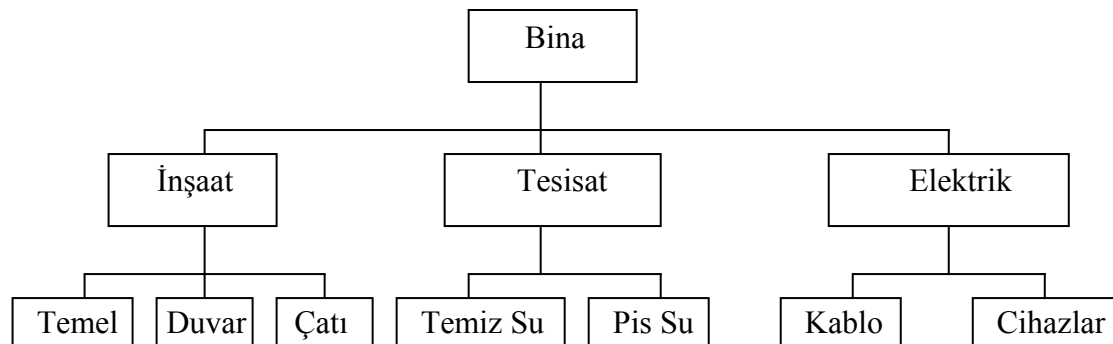
Kontrol: Proje kontrolü aktivitelerin planlandığı gibi gerçekleşip gerçekleşmediğinin takibi ve gerektiğinde diagramların güncellenmesi, kalite, maliyet ve kaynakların

takibi, aktivitelerin belirlenen zamanda öngörülen maliyetle yapılabilmesi için kaynakların yeniden işlere dağıtımı gibi faaliyetleri kapsar.

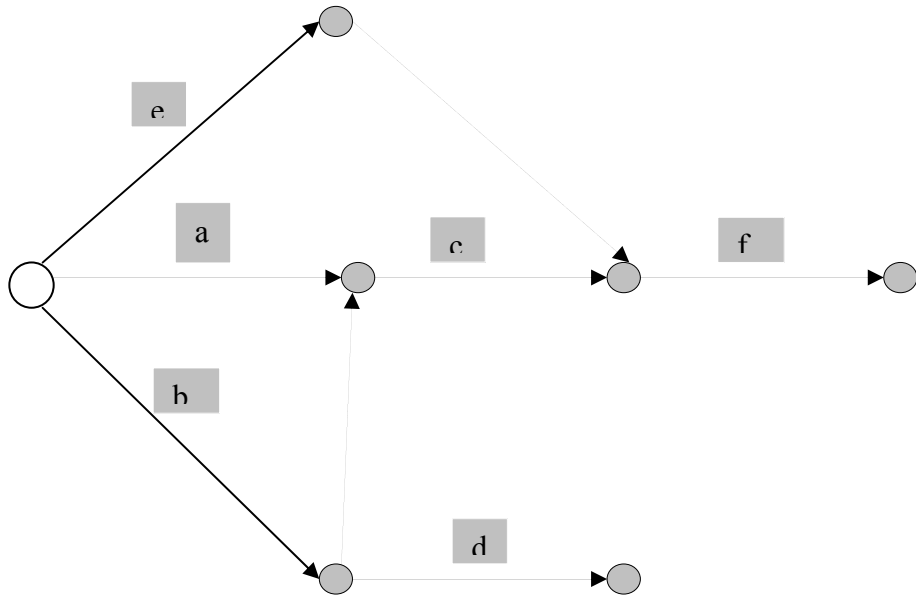
Projenin bitirilmesi: Projenin bitirilmesi, projenin önemli parçalarından biridir. Bitirme kavramının proje açısından müşteriye ve son kullanıcılar açısından ne anlama geldiği, bu sürecin temelidir. Proje bitirilmesi aşağıdaki hususlar yerine getirildiyse bitmiş olarak kabul edilebilir:

- Tüm aktiviteler bitirildi
- Belirli teslimatlar yerine getirildi
- Test programları bitti
- Eğitim programları hazırlandı ve/veya bitirildi
- Ekipmanlar yerleştirildi ve kullanıldı
- Belgelendirme faaliyetleri tamamlandı
- Süreç prosedürleri tamamlandı
- Personel eğitimi bitirildi

Şekil 1. Bina inşaatı proje iş açılımı



Şekil 1. Bina inşaatı proje iş açılımı



Şekil 2. Örneğe ait öncelik diagramı

Aktivite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A										
B										
C										
D										
E										
F										

Şekil 3. Örneğe ait Gantt diagramı

KAYNAKLAR

Burke, R, Project Management Planning & Control Techniques, 3.ncü baskı, John Wiley & Sons, Inc., 1999.

Haksever, C, Render, B, Russell, RS, Murdick, RG, Service management and operations, Prentice-Hall, Inc., 2000.

Kliem, RL, Ludin, IS, Project Management Practitioner's Handbook, American Management Association, 1998.

Meredith, JR, Mantel, SJ, Project Management, 4.ncü baskı, John Wiley & Sons, Inc., 2000.

Young, TL, Proje yönetimi, Timaş AŞ, 1998.

FİNANSAL YÖNETİM

İşletmelerde Finansman Fonksiyonu

Gerek kar amacı güden gerekse kar amaçlamadan kamu hizmeti gören tüm kuruluşlarda finansman fonksiyonu yaşamsal bir önem taşır. Finansman fonksiyonu temelde fonların tedarik edilmesi (finansman) ve fonların yönetilmesi (yatırım) konularını kapsar. Bu fonksiyonu yürütürken yöneticinin amacı fon tedarikinde en elverişli koşullarda fon temin etmek, fon yönetiminde ise fonları en verimli biçimde yatırıma dönüştürmektir.

Fon tedarik edilmesi ya da finansman boyutu kuruluşun hem kısa dönemli hem de uzun dönemli fon ihtiyaçlarını ne şekilde temin etmesi gerektiğini inceler. Uzun vadeli fon ihtiyaçları genellikle yatırım projelerini gerçekleştirmek amacıyla ortaya çıkar. Örneğin bir hastanede radyoloji bölümü için alınması planlanan bir MR cihazının finansmanı uzun vadeli fon ihtiyacı yaratır. Kısa vadeli fon ihtiyaçları ise daha çok çalışma sermayesi denilen ve kısa vadeli varlıklar ile borçların yönetimi sırasında ortaya çıkar. Eğer kuruluşun kısa vadede yapması gereken bir ödeme kısa vadeli alacakların tahsilatıyla karşılanamıyorsa finanse edilmesi gereken bir fon açığı mevcut demektir. Yönetici fon ihtiyaçlarını çeşitli kaynaklardan muhtelif maliyetlerle sağlayabilir. Örneğin uzun vadeli bir fon ihtiyacı öz kaynaklardan elde edilebileceği gibi bankalardan TL veya döviz cinsinden borçlanmak suretiyle de tedarik edilebilir. Mevcut seçenekler arasında en avantajlı olan finansman yöntemini bulmak yöneticinin başlıca görevleri arasındadır.

Fonların yönetimi kuruluşun kısa ve uzun vadeli yatırımları ile ilgilidir. Az önce örnek olarak verdiğimiz MR cihazının alımı aslında bir yatırım kararıdır. Acaba bu cihaz “karlı” bir yatırım olarak değerlendirilebilir mi? Cihazın kuruluşa sağlayacağı fayda onun maliyeti ile kıyaslandığında ortaya net bir kazanç çıkmakta mıdır? Bu soruların cevabı yöneticinin vereceği yatırım kararına dayanak olacaktır. Finans teorisi yöneticinin bu soruları ne şekilde cevaplandırması gerektiği konusunu ayrıntılarıyla inceler. Yöneticinin karşılaştığı yatırım kararları sadece kısa vadeli değildir. Bazı durumlarda kuruluşun elinde hemen ihtiyacı olmayan geçici bir fon fazlası bulunabilir. O zaman atıl fonların likiditesini kaybetmeden kısa vadede değerlendirilmesi en uygun davranıştır. Yatırım kararları riskli ortamlarda çok önemli

yönetim fonksiyonlarından biri halini alır. Faaliyet alanı ne olursa olsun tüm kuruluşlar bir şekilde finansman fonksiyonunu üstlenmek durumundadırlar.

Finansal Raporlama

Karar verme pozisyonunda olan yöneticiler karar alırken kuruluşun mali durumuyla ilgili bilgilere ihtiyaç duyarlar. Aksi halde hiçbir bilgiye dayanmadan verilen karar kumardan farksızdır. Finansal kararlara temel dayanak teşkil eden kuruluş içi bilgi kaynakları mali tablolardır. Mali tablolar muhasebe birimi tarafından toplanan verilerin sistematik bir biçimde düzenlenmesiyle elde edilir. Bu tabloların belli yöntemlere göre incelenmesi finansal analiz olarak bilinir. Finansal analiz kuruluşun dışındaki kişiler tarafından yapılabileceği gibi, kuruluşun yöneticileri de aşağıdaki amaçlara yönelik olarak finansal analizden yararlanabilirler:

- Faaliyetlerin etkinliğini ölçmek
- Geleceğe ilişkin planlar yapmak
- Üretim, yatırım gibi konularda karar vermek

Bilanço ve gelir tablosu gibi mali tabloların kullanıldığı bu analizde ele alınan kuruluş (a) aynı faaliyet alanındaki diğer kuruluşlarla karşılaştırılarak, ve (b) zaman içinde kuruluşun gelişimi izlenmesi suretiyle incelenir.

Finansal analizde kullanılan başlıca mali tablolar bilanço ve gelir tablosudur. Bunlardan bilanço bir kuruluşun belli bir zaman kesitindeki resmini yansıtır. Herhangi bir tarih itibariyle bir kuruluşun sahip olduğu tüm varlıklar ve üstlenmiş olduğu tüm yükümlülükler bilançoda görülür. Tipik bir bilanço aşağıda yer almaktadır:

Bilanço :

Aktif	Pasif
Dönen Varlıklar	Borçlar
Duran Varlıklar	Sermaye
TOPLAM VARLIKLAR	TOPLAM KAYNAKLAR

Varlıklar vadelerine göre dönen varlıklar ve duran varlıklar olarak ikiye ayrılmışlardır. Dönen varlıklar likit değerler ile kısa süre içinde likit hale dönüştürülebilecek değerlerden oluşur. Dolayısıyla *nakit değerler, müşterilerden alacaklar, menkul kıymetler ve stoklar* dönen varlıkları oluşturan başlıca kalemlerdir. Öte yandan duran varlıklar temel olarak sabit yatırımları ifade eder. Bunlar arasında *makina – teçhizat, binalar ve arsaları* saymak mümkündür.

Bilançonun sağ tarafında yer alan değerler varlıkların ne şekilde finanse edildiğini belirten kaynakları gösterir. Bu kaynaklar borçlar ve kuruluş sahiplerinin koyduğu sermayeden oluşur. Borçlar kendi aralarında önce kısa ve uzun vadeli olarak, daha sonra kaynağına göre ayrı bir tasnife tabidir. Bu bağlamda *kısa vadeli satıcı kredileri, kısa vadeli banka borçları, uzun vadeli banka borçları ve tahviller* toplam borçların başlıca alt kalemleridir. Öz varlık ta denilen toplam sermaye kuruluş sahiplerine ait finansmanı temsil eder. Sahipler iki biçimde sermaye koyabilirler: İlk olarak firmanın kuruluşunda veya daha ileri bir tarihte nakdi ve gayri nakdi olarak katkıda bulunurlar. Bu katkı bilançoda *ödenmiş sermaye* adıyla gösterilir. Buna ek olarak faaliyetlerden elde edilen karı almayıp bunu büyümenin finansmanı olarak kullanabilirler. Bu şekilde oluşan sermaye *dağıtılmamış karlar* kalemi altında yer alır.

Gelir tablosu bir kuruluşun belli bir dönemde gerçekleştirdiği faaliyetin sonuçlarını özetler. En başta kuruluşun elde ettiği tüm gelirler belirtilir. Ticari işletmeler için başlıca gelir kalemi satışlardan elde edilen hasılattır. Daha sonra masraflar sıralanarak gelirlerden düşülür. Ticari işletmede en belirgin gider kalemi *satılan malın maliyetidir*. Satışlarla satılan malın maliyeti arasındaki fark *brüt kar* olarak bilinir. Brüt kardan faaliyetle ilgili tüm masraflar düşüldükten sonra varılan değer *faaliyet karı (zararı)*dır. Faaliyet karından finansal giderlerin çıkarılmasıyla *vergi öncesi kar* bulunur. Ödenecek vergilerin de düşülmesiyle nihai değer olan net kar elde edilmiş olur. Bu yapıya uygun bir gelir tablosu aşağıda yer almaktadır:

Gelir Tablosu	
	- Satışlar
	(Satılan Malın Maliyeti)
	- Brüt Kar
	(Diğer Giderler)
	- Faaliyet Karı
	(Finansman Giderleri)
	- Vergi Öncesi Kar
	(Ödenecek Vergiler)
	- NET KAR

Bilanço ve gelir tablosuna örnek olarak Acıbadem Sağlık İşletmeleri A.Ş. nin 31-12-1999 ve 31-12 2000 tarihlerine ait bilançoları ile 1999 ve 2000 yılları için gelir tablosu verilmektedir. Söz konusu tablolar firmanın İMKB’na göndermiş olduğu tek düzen mali tablolara uygun olarak hazırlanmış ve bağımsız denetimden geçmiştir.

ACIBADEM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.		
BİLANÇO	2000	1999
Aktif		
Hazır Değerler	11,213,300	953,942
Menkul Kıymetler	0	704,877
Kısa Vadeli Alacaklar	2,514,539	945,748
Stoklar	1,382,413	265,177
Diğer	653,202	24,387
Toplam Dönen Varlıklar	15,763,454	2,894,131
Uzun Vadeli Alacaklar	0	0
İştirakler	57,770	57,770
Maddi Duran Varlıklar	11,014,689	2,981,949
Maddi Olmayan Duran Varlıklar	4,018,512	1,734,482
Toplam Duran Varlıklar	15,090,971	4,774,201
TOPLAM VARLIKLAR	30,854,425	7,668,332

Pasif		
Kısa Vadeli Borçlar	7,763,613	2,807,857
Uzun Vadeli Borçlar	5,100,980	1,018,816
Toplam Borçlar	12,864,593	3,826,673
Ödenmiş Sermaye	10,305,828	90,000
Yedekler	2,099,689	665,249
Yeniden Değerleme Fonu	2,313,251	1,064,174
Dönem Karı/Zararı	3,271,064	2,022,236
Öz Sermaye	17,989,832	3,841,659
TOPLAM KAYNAKLAR	30,854,425	7,668,332

ACIBADEM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.		
GELİR TABLOSU		
	2000	1999
Net Satışlar	22,838,880	10,238,348
Satışların Maliyeti	(17,861,099)	(5,964,516)
Brüt Kar	4,977,781	4,273,832
Faaliyet Giderleri	(3,031,058)	(873,388)
Esas Faaliyet Karı	1,946,723	3,400,444
Diğer Faaliyet Karları	2,735,335	44,113
Finansman Giderleri	(577,567)	(945,164)
Faaliyet Karı	4,104,491	2,499,393
Olağanüstü Gelirler	(31,102)	(21,336)
Dönem Karı	4,073,389	2,478,057
Ödenecek Vergiler	(802,325)	(455,821)
NET KAR	3,271,064	2,022,236

Bilanço, gelir tablosu ve burada bahsetmediğimiz diğer mali tablolar yöneticiler tarafından karar alma sürecinde başvuru en önemli kaynaklar arasında yer alır. Finansal analizden yararlananlar sadece o kuruluşun yöneticileri değildir. Yöneticilerden başka kuruluşun dışında mali tablolara ilgilenenler de vardır. Bunlar

arasında (a) hissedarlar veya potansiyel yatırımcılar, (b) bankalar ve diğer kredi kuruluşları, ve (c) devlet ile diğer düzenleyici kurumları sayabiliriz.

Halka açık şirketlerde hissedarlar yasal bakımdan anonim şirketin sahibi olsalar da pratikte şirketin yönetim mekanizmasının dışında yer alırlar. O yüzden şirketin durumu hakkında kamuya açıklanan mali tabloları analiz etmek suretiyle bilgi sahibi olurlar. Potansiyel yatırımcılar gibi onlar da hisselerini alıp satma kararlarını kısmen bu bilgilere dayanarak verirler.

Bankalarla kredi ilişkisinde olan tüm kuruluşlar bankalara mali durumları hakkında bilgi vermek durumundadırlar. Kredi verecek olan banka kredi talebinde bulunan kuruluşun ödeme gücü hakkında fikir sahibi olmalıdır. Bunu en iyi biçimde mali tabloları inceleyerek elde edebilir.

Kamuya açıklanan veya bir şekilde kullanıcıya iletilen mali tabloların gerçeği ne ölçüde yansıttığı önemli bir konudur. Bu konuda devlet ve düzenleyici kuruluşlara önemli görevler düşer. Maliye Bakanlığı, Sermaye Piyasası Kurulu, Merkez Bankası, Hazine Müsteşarlığı gibi kuruluşlar mali tabloların ne şekilde hazırlanıp sunulacağına ilişkin düzenlemeler yaparlar. Devlet ayrıca toplayacağı vergileri hesap etmek için mali tabloları esas alır.

Mali tabloların incelenmesi amacıyla yapılan finansal analizde başlıca iki yöntem vardır. Bunlar

- Mali Oran Analizi
- Dikey yüzde analizi

olarak bilinen yöntemlerdir. Aşağıda bu iki yöntem ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

Mali Oran Analizi

Mali oran analizi bilanço ve gelir tablosunda yer alan kalemlerin anlam ifade edecek biçimde birbirlerine bölünerek bazı oranların hesaplanması ve daha sonra bu oranların yorumlanmasından ibarettir. Mali oranlar yorumlanırken başlıca iki yaklaşım benimsenir. Bunlardan birincisi hesaplanan oranın benzer kuruluşlara ait oranlarla veya bir çeşit sektör ortalamasıyla kıyaslanmasıdır. Örneğin kuruluşun borçluluk oranı aynı sektörde faaliyet gösteren yaklaşık aynı büyüklükteki kuruluşların ortalama değerleriyle mukayese edilir ve bundan olumlu ya da olumsuz bir sonuç çıkarılması

amaçlanır. Diğer yaklaşım ise aynı kuruluşa ait mali oran değerinin başka kuruluşlarla karşılaştırmalı olarak zaman içinde değişiminin incelenmesidir. Yine aynı örneğe dönecek olursak, incelenen kuruluşun borçluluk oranı son beş yıl boyunca sektör ortalamasıyla beraber ele alınır ve nasıl bir gelişme gösterdiği saptanır.

Mali oranları ölçmeye çalıştıkları özellikler açısından aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür:

Likidite oranları: kuruluşun kısa dönemli yükümlülüklerini yerine getirme gücünü gösterir. Likiditesi yüksek olan kuruluş elindeki varlıkları kolayca nakde dönüştürerek kısa vadeli borçlarını karşılayabilir.

Aktivite Oranları: kuruluşun sahip olduğu varlıkları ne ölçüde verimli olarak kullandığını ortaya koyar.

Borçluluk Oranları: kuruluşun muhtelif borçlarının seviyesi hakkında fikir verir. Makul seviyede borçlanmak kuruluşların yararına olabilirken aşırı borç yükü kuruluşu iflasa sürükleyebilir.

Karlılık Oranları: kuruluşun çeşitli faaliyetlerinden doğan kazançlarının göstergesidir. Yüksek karlılık kar amacıyla çalışan işletmelerde istenilen bir özelliktir.

Aşağıda her bir kategorinin içinde yer alan oranların tanımları verilmiştir.

Likidite:

$$\text{Cari Oran} = \frac{\text{Dönen Varlıklar}}{\text{Kısa Vadeli Borçlar}}$$

$$\text{Likidite Oranı} = \frac{\text{Dönen Var.} - \text{Stoklar} - \text{Diğer Dön. Var.}}{\text{Kısa Vadeli Borçlar}}$$

Aktivite:

$$\text{Stok Devir Hızı} = \frac{\text{Satışların Maliyeti}}{\text{Ortalama Stoklar}}$$

$$\text{Alacak Devir Hızı} = \frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Kısa Vadeli Ticari Alacaklar}}$$

$$\text{Toplam Varlık Devir Hızı} = \frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Toplam Varlıklar}}$$

Borçluluk:

$$\text{Borçlanma Oranı} = \frac{\text{Toplam Borçlar}}{\text{Öz Sermaye}}$$

$$\text{Kaldıraç Oranı} = \frac{\text{Toplam Borçlar}}{\text{Toplam Varlıklar}}$$

Karlılık:

$$\text{Öz Sermaye Karlılığı} = \frac{\text{Net Dönem Karı}}{\text{Öz Sermaye}}$$

$$\text{Aktif Karlılık Oranı} = \frac{\text{Net Dönem Karı}}{\text{Toplam Varlıklar}}$$

$$\text{Kar Marjı} = \frac{\text{Net Dönem Karı}}{\text{Net Satışlar}}$$

Mali Oran Analizinin Sınırları:

Mali oran analizi her ne kadar likiditeden karlılığa, verimlilikten borç yüküne bir kuruluşun farklı boyutlarda değerlendirilmesine imkan sağlıyorsa da bazı hususlarda ciddi sınırlamalara tabidir. Herşeyden önce mali oran analizi muhasebe verilerinin kullanılmasını gerektirir. Bu yöntemden yararlanmak isteyen kullanıcıların aşağıda özetlenen sınırları dikkate almaları gerekir.

Kuruluşlar farklı alanlarda faaliyet gösteriyorlarsa sektör ortalamaları anlamlı olmayabilir. Örneğin bir hastane ile içinde ilaç firmalarının da yer aldığı sağlık sektörü ortalamasını karşılaştırmak çok doğru olmaz. Zira hastanede hizmet ön planda olduğu halde ilaç firmaları mal üreten işletmeler olduğu için yapıları farklıdır.

Ortalama iyi bir performans anlamına gelmeyebilir. Ülke ya da sektör çapında bir kriz ortamında tüm işletmelerin durumu bozulacağından ortalama değerleri yakalamak yeterli olmaz.

Enflasyon mali tabloları bozar. Geleneksel muhasebe ilkeleri tarihi maliyet esasına dayanır. Oysa yüksek enflasyon ortamında tarihi maliyetler gerçeği yansıtmaz. Enflasyon muhasebesi uygulanmıyorsa tabloların yanıltıcı olması kaçınılmazdır.

Mevsimsel etkiler mali tablolara yansır. Perakende satış gibi bazı sektörlerde mevsimsel etkiler güçlüdür. Mali tabloların hazırlandığı dönem itibarıyla mevsimsel dalgalanının neresinde olunduğunun bilinmesi önem kazanır.

Mali tablolarda “süsleme” yapılabilir. Tamamen yasal olmakla birlikte mali tabloların hazırlanacağı dönemde bazı işlemler yapılarak kuruluşun mali durumu olduğundan daha iyi gösterilebilir. Özellikle, likidite ve borçluluk gibi hususlar bu tür yanıltıcı uygulamalara daha açıktır.

Farklı muhasebe uygulamaları faaliyet sonuçlarını etkiler. Muhasebede belli işlemler belli kurallara göre yapılmakla birlikte kural değiştirmek mümkündür. Örneğin kuruluş düz amortisman yerine hızlandırılmış amortisman kullanarak karını ve ödeyeceği vergiyi azaltabilir.

Bir finansal oranın iyi veya kötü olduğunu söylemek zordur. Örneğin likidite oranının genelde yüksek olması iyi olarak görünmesine rağmen, yüksek likidite kuruluşun fonlarını atıl bırakması olarak ta algılanabilir.

Acıbadem Sağlık İşletmeleri A.Ş.’ne ait mali oranlar aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

ACIBADEM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş		
Finansal Oranlar		
Likidite Oranları	2000	1999
Cari Oran	2.03	1.03
Likidite	1.77	0.93
Aktivite Oranları		
Stok Devir Hızı	12.92	22.49
Alacak Devir Hızı	9.08	10.83
TV Devir Hızı	0.74	1.34
Borçluluk Oranları		
Borçlanma Oranı	71.51%	99.61%
Kaldıraç Oranı	41.69%	49.90%
Karlılık Oranları		
Öz Sermaye Karlılığı	18.18%	52.64%
Aktif Karlılık Oranı	10.60%	26.37%
Kar Marjı	14.32%	19.75%

Dikey Yüzde Analizi

Mali tabloları incelemenin bir diğer yolu da dikey yüzde analizidir. Bu yöntemde mali tablo kalemleri o tablodaki toplam değerin birer yüzdesi olarak ifade edilirler. Örneğin mali tablo olarak bilançoyu ele alırsak, bilançoyu oluşturan kalemlerin her birini toplam varlıkların yüzdesi biçiminde gösterebiliriz. Bu yüzdeler daha sonra, tıpkı mali oran analizinde olduğu gibi, başka kuruluşlara veya sektör ortalamasına göre kıyaslanabilir. Aynı analiz zaman içinde de yapılabilir. Yüzdelerin zaman içinde nasıl bir seyir izlediği hem incelenen kuruluşa ait yüzdeler hem de sektör ortalamasıyla kıyaslanmak suretiyle irdelenir.

Gelir tablosu için dikey yüzde analizi yapılacağı zaman yüzdeye temel teşkil edecek toplam değer olarak net satışlar alınır. Bu durumda yine gelir tablosundaki her kalem net satışların bir yüzdesi olarak ifade edilir.

Acıbadem Hastaneleri için hazırlanmış olan dikey yüzdeler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

ACIBADEM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.		
BİLANÇO Dikey Yüzdeleri	2000	1999
Aktif		
Hazır Değerler	36.34%	12.44%
Menkul Kıymetler	0.00%	9.19%
Kısa Vadeli Alacaklar	8.15%	12.33%
Stoklar	4.48%	3.46%
Diğer	2.12%	0.32%
Toplam Dönen Varlıklar	51.09%	37.74%
Uzun Vadeli Alacaklar	0.00%	0.00%
İştirakler	0.19%	0.75%
Maddi Duran Varlıklar	35.70%	38.89%
Maddi Olmayan Duran Varlıklar	13.02%	22.62%
Toplam Duran Varlıklar	48.91%	62.26%
TOPLAM VARLIKLAR	100.00%	100.00%
Pasif		
Kısa Vadeli Borçlar	25.16%	36.62%
Uzun Vadeli Borçlar	16.53%	13.29%
Toplam Borçlar	41.69%	49.90%

Ödenmiş Sermaye	33.40%	1.17%
Yedekler	6.81%	8.68%
Yeniden Değerleme Fonu	7.50%	13.88%
Dönem Karı/Zararı	10.60%	26.37%
Öz Sermaye	58.31%	50.10%
TOPLAM KAYNAKLAR	100.00%	100.00%

ACIBADEM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.

GELİR TABLOSU Dikey Yüzdeler

	2000	1999
Net Satışlar	100.00%	100.00%
Satışların Maliyeti	-78.20%	-58.26%
Brüt Kar	21.80%	41.74%
Faaliyet Giderleri	-13.27%	-8.53%
Esas Faaliyet Karı	8.52%	33.21%
Diğer Faaliyet Karları	11.98%	0.43%
Finansman Giderleri	-2.53%	-9.23%
Faaliyet Karı	17.97%	24.41%
Olağanüstü Gelirler	-0.14%	-0.21%
Dönem Karı	17.84%	24.20%
Ödenecek Vergiler	-3.51%	-4.45%
NET KAR	14.32%	19.75%

Finansal Planlama

Geniş bir tanımlamayla finansal planlama farklı yatırım ve finansman alternatiflerinin kuruluş üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi sürecidir. Finansal planlamanın girdileri ve çıktıları ile birlikte dayandığı bir modeli de vardır. Girdiler satış tahminleri, maliyetler, tahsilat, faiz oranları ve döviz kurları gibi değişkenlerdir. Başlangıç pozisyonu ve alternatif kararlar da girdiler arasında sayılır. Planlamanın çıktıları ise çeşitli bütçeler ve proforma mali tablolarıdır. Muhtelif matematiksel ilişkiler modeli oluşturur. Ortaya çıkan finansal plan şu unsurları içerir:

- Açıkça belirtilmiş stratejik, işlevsel ve finansal amaçlar
- Varsayımlar
- Beklenmeyen durumlar karşısında alınacak tedbirler
- Çeşitli bütçeler (nakit bütçesi, yatırım bütçesi, satış bütçesi, reklam bütçesi gibi)
- Finansman programı (finansman kaynakları ve zamanlaması)
- Proforma finansal tablolar

Bu notta finansal planın uygulama aşamasında en kritik yere sahip olan bütçeler tartışılacaktır. Bu bağlamda nakit bütçesi ve yatırım bütçesi daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Nakit Bütçesi

Nakit bütçesi bir planlama dönemi için tüm nakit girdilerini ve çıktılarını özetleyen bir belgedir. Genellikle kısa dönemli bir planlama aracıdır. İhtiyaca göre yıllık, aylık, haftalık ve hatta günlük olarak dahi yapılabilir. Nakit bütçesinin ayrıntıları kuruluşun ihtiyaçlarını yansıtır. Dolayısıyla bir hastanenin nakit bütçesinde yer alan kalemlerle bir spor klübünün ayrıntıları birbirinden çok farklı olacaktır. Nakit bütçesinde bir döneme ait tahmini nakit girdileri ve çıktıları belirtildikten sonra ortaya çıkan nakit fazlası veya nakit açığı belirlenir. Nakit fazlası varsa bu miktarın değerlendirilmesi söz konusudur. Nakit açığı olduğunda açığın finansmanı düşünülmelidir.

Ticari işletmelerde nakit bütçeleri satış tahmini ile başlar. Zira en önemli nakit girdi kalemi satış hasılatıdır. Nakit çıktılarının önemli bir bölümü de satışlarla ilintilidir. Örneğin direkt işçilik giderleri satışların bir fonksiyonudur. Öte yandan bazı giderler sabit olup satışlardan bağımsızdır. Sabit nakit çıktılarına örnek olarak faiz ödemelerini gösterebiliriz.

Örnek:

Nisan-Eylül ayları arasındaki 6 ay için nakit bütçesi hazırlamak isteyen ABC Ecza deposunun işlemlerine ilişkin bazı bilgiler aşağıda verilmiştir:

Son iki ayda gerçekleşen ve önümüzdeki altı ayda gerçekleşmesi beklenen satışlar şöyledir:

Şubat (gerçekleşen)	400
Mart (gerçekleşen)	500
Nisan (tahmini)	600
Mayıs	700
Haziran	800
Temmuz	800
Ağustos	700
Eylül	600
Ekim	500

- Satışların % 20'si peşin, % 50'si 1 ay vadeli, % 30'u iki ay vadeli.
- Satınalmalar satışların % 60'ına eşit olup ödemeleri satışın bir ay öncesinde yapılmaktadır.
- Ücret ödemeleri satışların % 12'si olup o ay içinde ödenir.

- Aylık kira 10 TL, Nisan-Temmuz arası cari giderler aylık 30TL, Ağustos ve Eylülde aylık 25 Tldir. Ödemeler aynı ay içinde yapılır.
- Nisan ve Temmuz aylarında 20 ve 30 TL tutarında vergi ödemesi yapılacaktır. Haziranda 150 TL yatırım harcaması yapılca, Mayısda 60 TL borç geri ödemesi gerçekleşecektir.
- Mart sonundaki nakit bakiyesi 150 TL'dır. Yönetim 100TL'lık bir nakit bakiyesi hedeflemektedir.

Bu bilgiler ışığında hazırlanan nakit bütçesi aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

ABC Ecza Deposu						
NAKİT BÜTÇESİ Nisan-Eylül 200X Dönemi						
	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül
Satışlar	600	700	800	800	700	600
Nakit Girişleri						
Tahsilat (cari)	120	140	160	160	140	120
Tahsilat (önceki ay)	250	300	350	400	400	350
Tahsilat (iki ay önce)	120	150	180	210	240	240
Toplam Nakit Girdisi	490	590	690	770	780	710
Nakit Çıktıları						
Satınalma	420	480	480	420	360	300
Ücret	72	84	96	96	84	72
Kira	10	10	10	10	10	10

Cari giderler	30	30	30	30	25	25
Vergi ödemeleri	20			30		
Yatırım Harcaması			150			
Borç Ödemesi		60				
Toplam Nakit Çıkışı	552	664	766	586	479	407
Nakit Bakiyesi						
Net Nakit Akımı	-62	-74	-76	184	301	303
Başlangıç bakiyesi	150	100	100	100	122	423
Kullanılabilir Miktar	88	26	24	284	423	726
Borçlanma	12	74	76			
Geri ödeme				162		
Dönem Sonu bakiye	100	100	100	122	423	726

Yatırım Bütçeleri

Uzun dönemli fiziksel yatırım kararları her kuruluş için hayati önem taşır. Uzun dönemli yatırımlar fonların uzun vadeye, kolayca geri alınamayacak biçimde tahsis edilmesidir. Bir hastanenin bir MR cihazı satın alarak kullanıma sokması uzun vadeli yatırıma bir örnektir. Benzer biçimde yeni bir bina yapmak, mevcut bir kliniği yeni baştan düzenlemek, bir ambulans satın almak gibi faaliyetlerin her biri uzun vadeli bir yatırımdır. Uzun vadeli yatırımlar genellikle bir proje olarak ele alınır ve değerlendirmesi ona göre yapılır. Bu şekilde bir yatırım projesinin belirlenmesi, değerlendirilerek karara bağlanması ve daha sonra izlenmesi sürecine sermaye bütçeleme denilir. Sermaye bütçelemesinde yatırım projeleri belirlendikten sonra onların değerlendirilerek bir yatırım kararı verilmesi gerekir. Projenin değerlendirilmesinde başlıca iki durumla karşılaşılır. Bazı durumlarda ortada değerlendirilmesi gereken tek bir proje vardır. Örneğin hastane için bir MR cihazı alınması gibi. Burada verilecek karar tek aşamalı olup cihazın alınıp alınmamasına yöneliktir. Öte yandan diğer bazı durumlarda birbirine alternatif olan birden fazla projenin bir arada değerlendirilmesi söz konusu olabilir. Örnek olarak bir bilgisayar sistemi alınacaktır ve ortada iki alternatif sistem vardır. O zaman bu iki projenin kendi aralarında bir sıralama yapmak ve daha sonra daha iyi olan projenin alınıp alınmamasına karar vermek gerekir.

Yatırım projelerinin değerlendirilmesinde temel ilke projenin kullanım süresi boyunca sağlayacağı yararlarının proje maliyetine göre “yeterli” olup olmadığının araştırılmasıdır. O halde yapılacak olan projenin maliyetini hesaplamak ve sağlayacağı faydaları belirlemektir. Fayda ve maliyet ticari projelerde nakit akımlarıyla ölçülür. Projenin maliyeti genellikle başlangıçta oluşan nakit çıkışıdır. Yararlar ise projenin önceden belirlenen (tahmin edilen) kullanım süresi içinde gerçekleşmesi beklenen tüm nakit girdileriyle çıktıları arasındaki farktan oluşan net nakit akımlarıdır. Dolayısıyla proje tanımlandığında onunla ilgili ilk nakit çıkışı ile net nakit akımlarının bir şekilde tahmin edilmesi gerekir. Bir sonraki aşamada ise nakit akımlarını kullanmak suretiyle yatırım için nihai karar oluşturulur. O halde proje değerlendirmesi üç aşamadan meydana gelmektedir:

- Projenin belirlenmesi (teknik ayrıntıları, tahmini ömrü, kullanım özellikleri vs.)
- Nakit akımlarının tahmin edilmesi
- Nakit akımlarının değerlendirilerek yatırım kararının verilmesi

Yatırım kararı verilirken yöneticiler başlıca üç yöntemden yararlanırlar. Bunlar;

- Geri Ödeme Süresi yöntemi
- Net Şimdiki Değer (NŞD) yöntemi
- İç Karlılık Oranı (İKO) yöntemidir.

Söz konusu yöntemlerden en basit olanı geri ödeme süresi yöntemidir. Bir yatırım projesinin geri ödeme süresi yarattığı net nakit akımlarının ilk maliyeti karşıladığı süredir. Örneğin projenin ilk maliyeti 100 TL, beklenen ömrü 4 yıl, ve yıllık net nakit akımı 50 TL ise, geri ödeme süresi 2 yıldır. Yani bu proje yarattığı net nakit akımlarıyla 2 yılda ilk maliyeti olan 100 TL'yı geri ödemektedir. Geri Ödeme Süresi yöntemi çok basit bir kavram olup kullanımı sınırlıdır. Karar verirken belli bir objektif kıstas gerektirmez. Yukarıdaki örnekte bulduğumuz 2 yıllık geri ödeme süresinin iyi veya kötü olduğunu söylemek mümkün değildir. Bazı kurumlar veya projeler için “iyi” olarak nitelenirken diğerleri için yetersiz bulunabilir.

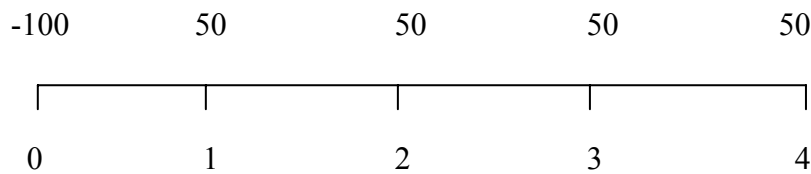
Daha kapsamlı bir proje değerlendirme yöntemi Net Şimdiki Değer yöntemidir. Bir projenin net şimdiki değeri net nakit akımlarının uygun bir faiz oranıyla (sermaye maliyeti) indirgenmiş değeriyle ilk maliyet arasındaki farktır. Bunu matematiksel olarak şöyle ifade edebiliriz:

$$NSD = \frac{NNA_1}{(1+i)^1} + \frac{NNA_2}{(1+i)^2} + \dots + \frac{NNA_3}{(1+i)^3} - M_0$$

Burada NNA_t , net nakit akımlarını, M_0 , ilk maliyeti i ise iskonto oranını ifade etmektedir. NSD net nakit akımlarıyla tanımlanan faydalarla maliyet arasındaki farkı temsil etmektedir

NŞD yöntemine göre karar verilirken şu kurallar uygulanır: Eğer tek bir proje değerlendiriliyorsa, NŞD'in pozitif olması durumunda projeye yatırım yapılır, aksi halde proje reddedilir. Sıfırdan büyük bir NŞD projenin getirdiği net nakit akımlarının maliyetten fazla olduğu ve projenin pozitif bir değer sağladığı anlamına gelir. Eğer birden fazla proje değerlendiriliyorsa, projeler büyükten küçüğe NŞD'lerine göre sıralanır ve pozitif olmak kaydıyla en büyük NŞD'ye sahip proje tercih edilir.

Yukarıda verdiğimiz örneği tekrar ele alırsak, bu projenin nakit akımlarını bir zaman çizgisi üzerinde şu şekilde gösterebiliriz:



İskonto oranı %10 olduğu zaman bu projenin net şimdiki değeri 58.49 TL'dir. Demek ki sağladığı net nakit akımları bugünkü değer olarak 158.49 TL olup ilk maliyetin üzerinde 58.49 TL bir ek fayda oluşturmaktadır. Bu durumda proje kabul edilerek hayata geçirilmelidir.

Proje değerlendirme yöntemleri arasında en son olarak İç Karlılık Oranı yöntemini ele alacağız. Bir projenin İç Karlılık Oranı (İKO) net şimdiki değerini sıfıra eşitleyen iskonto oranıdır. Matematiksel olarak:

$$0 = \frac{NNA_1}{(1 + İKO)^1} + \frac{NNA_2}{(1 + İKO)^2} + \dots + \frac{NNA_3}{(1 + İKO)^3} - M_0$$

İç karlılık oranı bir anlamda projenin sağladığı “getiri”nin yüzde olarak ifade edilmiştir. Projenin iç karlılık oranı proje hakkında karar oluşturmak için o kuruluşun kullandığı iskonto oranıyla mukayese edilir. Bu iskonto oranı kuruluşun sermaye maliyetidir. Eğer İKO sermaye maliyetinin üzerindeyse proje kabul edilir, değilse projeden vaz geçilir. Yukarıdaki örnekte yer alan projenin İKO'nı % 34.90 olarak hesaplanmıştır. Eğer bu kuruluşun fon maliyeti, yıllık % 10 faizle borç bulduğunu varsayarak, % 10 ise söz konusu projenin getirisi olan % 34.90 bu maliyetin üzerinde olduğu için proje kabul edilecektir.

TIP ALANINDA ETİK

- Tıp Alanında Etik
- Etik Kodlar
- İş ve Meslek Etiği
- Tıbbi Etik
- Yararlılık İlkesi
- Paternalizm
- Zarar vermeme ilkesi
- Özerkliğe saygı ilkesi
- Aydınlatılmış onama
- Adalet ilkesi
- Hasta hakları
- Malpraktis davaları
- Hasta sorumluluğu

İnsanlar var olduğu ilk günden beri hep "iyi" ve "doğru"ya yönelmiş, "kötü" ve "yanlış"tan sakınmış ve ondan uzak durmaya çalışmışlardır. Denebilir ki insanoğlunun iyiye doğru, vazgeçemeyeceği sürekli bir eğilim ve yönelimi vardır. Dürüstlük, yardımseverlik, sadakat, doğruluk vb. gibi değerler iyi değerler olarak daima kabul edilmiş, buna karşın yalancılık, hile, aldatma, sahtekarlık, hırsızlık, cana kıyma gibi davranışlar "kötü" olarak insanlık vicdanında yer almıştır. Bunlar gibi "değer öğeleri", insanoğlunun bulunduğu her toplumda vazgeçilemez etik değerler olarak yer etmiştir.

Toplum içinde yaşamamızdan dolayı bizleri bir türlü "baskı/denetim" altında tutan kavramlardan biri de "etik"dir. İnsanlığın benimsediği etik değerler çeşitli biçimlerde günlük hayatımıza girmekte ve o değerlere uyumlu olmak toplum tarafından yüceltilirken, aksi yönde davranılması halinde o bireyler yerilmekte ve aşağılanmaktadır. Tutum ve davranışlarımızda etik uyum bizler için sıradanlaştığı

için, günlük hayatımızın sürekli bir etik gereklilikleri karşılama şeklinde sürdüğünün çok az farkında oluruz. (1)

Etik sözcüğü eski Yunanca'dan gelmektedir. Bu sözcüğün günümüzdeki anlamı, insan tutum ve davranışlarının iyi (doğru) ya da kötü (yanlış) yönden değerlendirilmesidir. Etik, gerçekte felsefenin bir koludur. Bu alanda yapılan çalışmalar davranışlarımızın, tutumlarımızın, eylemlerimizin insani "değerlerimiz" açısından iyi, doğru, kabul edilebilir olup olmadıklarına ilişkin çalışmalardır. Felsefecilerin yoğun uğraş alanlarından biri olan bu çalışmalar, mevcut değerlerin analizi, incelenmesi, değer kavramlarının anlamı, yorumu, iyi ve kötüyü araştırmak, yeni ilke-kuralların geliştirilmesi, ödev-yükümlülük ve toplumsal sorumluluk vb. kavramların değerlendirilmesi gibi çalışmalardır. Bu anlamda etik bir "etkinlik alanı"nın adıdır.

Diğer yandan ise etik kavramı evrensel değerlere atfen kullanılır. O zaman dürüstlük, yardımseverlik, doğruluk, adaletli olmak, sadakat, yalan söylememek, hırsızlık yapmamak, cana kıymamak gibi dünyanın her yerinde geçerli değerlerden söz ediyoruz demektir. Dünyanın hemen her yerindeki insanlarda etik değerler ortaktır ve kişiler arasında büyük bir farklılık gözlenmez.

Buna karşın "ahlak" ise her toplumda değişebilecek gelenekler, alışkanlıklar, töreler, örf-adetler, tabular, yaşam biçimleri gibi alanlardaki tutum ve davranışlardır. O zaman bir yerdeki giyim kuşam alışkanlığından kan davalarına kadar uzanan bir alanda insan ilişkilerinin değerlerimiz yönünden niteliği ahlak adı altında anılmaktadır. Bu anlamda ahlak görecelidir ve toplumdan topluma değişebildiği gibi, aynı toplum içindeki farklı grupların benimsediği ahlak kuralları arasında bile farklılıklar vardır. Bir Avrupa ülkesinde yaşayan insanlar ile Uzak Doğu'da yaşayan insanların ahlak anlayışları arasında bazı farklılıklar olabilir. Aynı ülkede insandan, insana ahlaki görüşler değişebilir.

Türkçe'de "ahlak" kavramı Latince "moral" sözcüğünün karşılığıdır. Ahlak (aktöre - morality), huy, mizaç, yaratılış anlamına gelen " hulk " sözcüğünün çoğulu olup, insanlar arası ilişkilerde uyulması gereken ilke ve kuralları içerir. (2) Etik ile ahlak kavramları arasındaki farklılığı kısaca özetlemek istersek etik değerler evrenseldir, göreceli değildir, herkes tarafından paylaşılır, oysa ahlaki değerler bireysel-yerel, insandan insana ya da toplumdan topluma değişebilir ve kimi zaman görecelidir.

Etik kavramını kısaca bu şekilde açıkladıktan sonra buradaki konumuzu iki temel başlık altında ele alacağımızı belirtelim. Bunlardan biri "meslek etiği" ötekisi ise "tıbbi etik"dir. Meslek etiği kuşkusuz meslek dalları anlamında genel bir başlıktır. Bir meslek etiği mühendis, doktor, hukukçu, ticaret ile uğraşanlar, serbest çalışanlar ya da kamu ve özel sektörde çalışanlar için söz konusu olabilir. Tıp etiği de bir meslek etiği anlamında görülebilecek bile olsa bugün için tam olarak bir meslek etiği tanımı altına sokamayız. Tıp etiği kavramı altında diğer meslekler için söz konusu olan genel tanım ve niteliklerinin dışında başka unsurlar da yer almaktadır. Bir başka ifade ile tıp etiği dediğimizde hekim, hemşire, hastane yöneticisi ya da diğer sağlık çalışanları ile birlikte tüm toplum kurum ve bireylerini ilgilendiren bir konu alanından söz ediyoruz demektir. Burada önce genel anlamdaki meslek etiği kavramını daha sonra tıp etiği kavramını göreceğiz. Kuşkusuz, meslek etiği derken uğraş alanına göre yönetim ve işi etiğini de aynı kapsamda ele alıyoruz.

Etik Kodlar

Tıp etiği alanında ödevlerin, hakların ve erdemli davranışların neler olduğunu belirleyen "etik kod" adını verdiğimiz yazılı metinler hekimlerin tutum ve davranışlarının nasıl olması gerektiğini belirlemektedir. Bu alanda gerek hekimlik, hemşirelik gibi mesleki; gerek tıbbi araştırma ve uygulamalara dönük; gerekse eğitim, hizmet ve idari nitelikteki etik kodlarla sık sık karşılaşmaktayız. "Kod" kelimesinin sözlük anlamı "belli bir grup ya da ülke içindeki insanların nasıl davranmaları gerektiğini gösteren yazılı kurallar" şeklindedir. Bir başka tanımda ise etik kodlar "genel ilkeler olarak kabul edilen kurallar" kümesidir.

Bir toplumun, grubun ya da mesleğin "iyi" olarak tanıdığı grup içi etik öğeler alışkanlık, kural, ilke ya da standartlar biçiminde dile getirilebilir. İşte söz konusu niteliklerdeki etik öğelerin yazılı olarak bir araya getirilmesiyle etik kodlar ortaya çıkmaktadır.

Bunlardan alışkanlık, "aynı durumda, aynı biçimde, aynı şeyi yapmak"tır. Alışkanlık bu şekilde tanımlanırken, kuralın da benzer şekilde tanımlandığını görmekteyiz. Ancak bir kuraldan söz ediyor isek, niçin "aynı durumda, aynı biçimde, aynı şeyi" yaptığımızın anlamını biliyoruz demektir. Başka anlatımla, bir kuralı yerine getirirken ona niçin uyduğumuzun bilincindeyizdir. Alışkanlıkta, belki hiç farkında olmadan bir

davranışta bulunabiliriz. Ama kural söz konusu olduğunda o kuralla ilgili bir ön donanımız, farkındalığımız ya da bilinçliliğimiz vardır. Örneğin yasa ya da trafik kurallarına uyarken, alışkanlığımızdan değil, böyle bir kuralın bilincinde olarak uyarız. (3)

İlkelere gelince: Kurallar kişiye seçme ya da yargılama fırsatı vermez. Kişi önceden tespit edilmiş kuralla tüm haliyle uymakla yükümlüdürler ve aynı zamanda kurallar, tek tek durum/olgular üzerine odaklanmaktadır ve etki alanları söz konusu tekil durum/olgular ile sınırlıdır. İlkeler ise bu yönden kurallardan ayrılır.

İlkeler daha genel ve daha temel niteliktedirler. İlkelerin kuralları değerlendirme/doğrulama yetkinliğine sahip olma gibi özellikleri bulunmaktadır. Bir ilke, davranış biçimini belirlemez, kişisel sorumluluğun altını çizer. Aynı ilkeye bağlı kalarak az ya da çok farklı davranışlar göstermek mümkündür. İlkeler insanlara değerlendirme yapma ve yargıda bulunma fırsatını verirler. İlke konusuna aşağıda tekrar değineceğiz. Standartlar ise beklenen davranışların sergilenmesi, istenmeyenlerden kaçınılmasında rehberlik eden dizgelerdir. (4)

Burada değinmemiz gereken bir başka konu yasalar ile kodlar arasındaki yaptırımlar yönünden ortaya çıkan ayrımdır. Yasal yükümlülüklerin temel özelliği dışsal cezai yaptırımlar içermesidir. Oysa bazı durumlar dışında, ilkesel düzeydeki etik kodların dış bir yaptırım gücü olmadıkları kabul edilir. Bir etik kod ile belli bir konudaki yükümlülüğün tespit edilmiş olması ilgili kişide "manevi" etkiyle içsel yaptırım gücüne dönüşür. Etik bir yükümlülüğe uymamak kişinin kendisini kötü hissetmesine neden olabilir, ancak yasaya uymamak kişiyi hapse götürür.

Hukuki yasalar kişileri "zorunlu" kılar, etik kodlar ise "gereklilik" bağlamında şekil alır. Kişi bir etik kodu kendine rehber alarak olaylar karşısında "gerekliliğine" inandığı tutum ve davranışları gösterebilir. (5) Yasa ile etik kodlar arasındaki bu ayrımlara karşın konu alanına göre, kimi etik kodlar kendine özgü yaptırım kanalları geliştirmekte ve biyoetik konularında olduğu gibi bir yasal düzenleme haline gelebilmektedir. Ya da bir meslek alanında olduğu gibi disiplin yaptırım aracı haline de gelebilmektedir.

Kodların kurallar, ilkeler ve standartlardan oluştuklarını söyleyebilirsek de çok zaman kapsamlarında ilgili kişilerin nasıl karakterde olmaları gerektiğine ilişkin tespitler de bulunur. Kodlarda sıkça karşılaşılan unsurlardan biri, sorumlu kişinin erdem sahibi

insan olması şeklindedir. Örneğin bazı etik kodlar doğruluk, dürüstlük, güvenilirlik, adil olma gibi karakter özelliklerine atıfta bulunur. (6)

Tıp gibi alanlardaki meslek gruplarının birer etik koda sahip olmaları vazgeçilemez bir gereklilik gibidir. Bir mesleki kod, üyelerinin neden olabileceği bireysel otoritenin önlenmesine yardım eder, meslek grubu içerisinde belli bir "disiplin" ortamı yaratır. Ancak bu durum tutum ve davranışlar üzerine meslek üyesinin yetkinliğini tamamen yok etmek olarak anlaşılmamalıdır. (7)

Bugün tıp/sağlık alanındaki ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli etik kodlarla karşılaşmakta ve ülkelerin ulusal düzeyde etik kodlar hazırlaması yaygınlaşmaktadır. Kuşkusuz bu alanda ilk akla gelen hekimlik mesleğine ilişkin kodlardır. Mesleki hekimlik kodları ülkeler tarafından zaman zaman yenilenmektedir. Hipokrat Andı'nın da belli yer ve zamana ait değerleri kapsayan bir kod metni olduğunu düşündüğümüzde, meslek kodlarının zaman zaman yenilenmesi gereği kaçınılmazdır. Böylelikle günün gereksinim ve koşulları doğrultusunda kodlar yeni içeriklerine kavuşarak mesleki bütünlüğün ve değerlerin devamı sağlanmış olmaktadır.

Tıp etiğinde, bazı tıp uygulamalarına yönelik etik kodların kullanımı da her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Organ aktarımları, genetik çalışmalar, yapay dölleme, yaşam destekleme sistemleri gibi konularda kod niteliğinde metinler bulunmaktadır. Yine bunların yanında hasta hakları, tıp eğitimi ve sağlık bakım-hizmetlerinde uyulması gereken ilke ve kurallar da benzer yazılı metinler şekline getirilmektedir. Etik kod niteliği taşıyan Dünya Tabipler Birliği'nin çeşitli tıp ve sağlık konularındaki bildirgeleri bu konuda iyi bilinen uluslararası örneklerdendir. Dünya Tabipler Birliği'nin hasta hakları konusunda yayınladığı bildirgeyi hasta hakları bölümünde inceleyeceğiz. Ülkemizdeki Deontoloji Tüzüğü de bir etik kod metnidir.

MESLEK ETİĞİ

Meslek etiği ise kolayca anlaşılabileceği gibi bir meslek dalında belirlenmiş olan etik ilke ve kurallardır. Bu noktada meslek etiğini şu şekilde tanımlayabiliriz: Meslek etiği; belirli bir meslek grubunun, mesleğe ilişkin olarak oluşturup, koruduğu, meslek üyelerine emreden, onları belli bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimlerini sınırlayan, yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan, meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan ilke ve kurallar bütünüdür. (2)

Dile getirmeye çalıştığımız gibi bir meslek/uğraş grubunu bir arada tutan ögeler arasında aynı değer ve kavramları paylaşmak yatmaktadır. Söz konusu ögelerden biri etik ögelerdir. Bir meslek grubu kendi içsel dinamikleri doğrultusunda bazı etik değerleri kendine maleder. Bu değerler, kuşkusuz toplumun değerlerinden bağımsız değildir. Ancak toplumun mevcut değerlerinden bazıları o grup içerisinde özel bir anlam kazanabilir. Bu ilke ve değerler aynı işi yapan herkes için geçerlidir. Bu açıdan bakıldığında, mesleklerin etik boyutu genel anlamda evrenseldir.

Ekonomik ve maddi katkılar bir yana, bir mesleği icra etmenin bizlere sayısız katkıları vardır. İcra ettiğimiz mesleğin toplumda uyandırdığı saygınlıktan biz de payımızı alırız. Mesleğimiz aracılığıyla toplum içinde herhangi bir kişi olmaktan çıkarız. Belli unvan ve görev sahibi kişiler haline geliriz. Arkamızda mesleki birliğin manevi gücünü hissederiz. Mesleki bilgi ve değerlerin bize katkılarıyla kişiliğimiz gelişir. Yani, ortaya çıkıyor ki mesleğe bağlılık diğer yandan kişisel varlığımızı pekiştirmeye, gerçekleştirmeye yaramaktadır.

Her meslek alanının kendine özgü değerlerinden söz edilebilir. Bununla beraber genel ilke ve değerlerimiz açısından hemen her alanda söz konusu olabilecek bazı değerlerin mevcudiyeti de söz konusudur. Burada sağlık yöneticisi ve çalışanları için de geçerli olan genel mesleki etik değerlerinin neler olduklarını başlıklar halinde vermek istiyoruz. Bu değer unsurları şunlardır; (2)

- 1- Mesleki sorumluluk
- 2- İnsana saygı
- 3- Mesleki etkinlik
- 4- Mesleki profesyonellik
- 5- Örnek kişi olmak,
- 6- Eleştirilere açık olmak
- 7- İnsana saygı
- 8- Hakkaniyet
- 9- Eşit ve adaletli davranmak
- 10- Özel hayata saygı
- 11- Sır saklama

12- Dürüstlük - doğruluk

13- Tarafsızlık

14- Açıklık

Diğer yandan hiçbir meslek dalındaki etik değerlerin kabul edemeyeceği etik dışı davranışlar da bulunmaktadır. Yöneten olsun, çalışan olsun sağlık alanında hizmet veren her bir meslektaşın bu tür tutum ve davranışlardan kaçınması gerekir. Söz konusu bu tür tutum ve davranışlardan bazıları da şunlardır: (2)

1- Rüşvet

2- Yolsuzluk,

3- Zimmet,

4- Kayırma

5- Ayrımcılık

6- Yıldırma - korkutma

7- Sömürü - istismar

8- Şiddet - baskı

9- Hakaret - küfür

10- Görev ve yetkinin kötüye kullanımı

11- Yaranma - dalkavukluk

12- İhmal - acemilik, dikkatsizlik

13- Bedensel - cinsel taciz

14- Politize olma

15- Bencilik

16- Dedikodu

17- Kötü alışkanlıklar

Bir olayı ya da davranışı etik yönden değerlendirebilir ve bir yargıda bulunabiliriz. Bir olayda gösterdiğimiz davranışın nedenini/gerekçesini açık biçimde dile getirebiliyor olmamız gerekmektedir. Eğer tutum ve davranışımızın doğruluğunu etik yönden

gerekçelendiremiyorsak, o zaman söz konusu davranışımızın etik olarak doğru/iyi bir davranış olduğu konusu şüpheli / tartışmalı bir hal alır. Bu nedenle tutum ve davranışlarımız mutlaka etik yönden gerekçelendirilebilir, haklılığı savunulabilir nitelikte olmalıdır.

Bununla birlikte günlük hayatta görüyoruz ki insanlar iyi/doğru olmayan davranışları konusunda kendilerini haklı çıkartabilmek için bazı yanıltıcı tutum ve davranışlara yönelmektedirler. Bunlardan bazıları şunlardır: (2)

- 1- Yasal ve etik sınırlar içinde olan ve belli durumları kurtarmak için rahatlatıcı ve uygun görünen davranış yollarının seçilebileceğine inanmak etik dışı davranışların savunulmasında kullanılan yöntemlerden biridir. Örneğin, bir yöneticinin kurumda meydana gelen bir iş kazasına tanık olan bir personele, olayı gizli tutması için izin ya da para vermeyi önermesi bu tür davranışa bir örnektir.
- 2- Etik dışı davranışların haklı olarak gösterilmesinde kullanılan bir diğer yaklaşım da kurum ve birey için çok yararlı olabilecek davranışların gerçekleştirilmesinde bir sakınca olmadığına inanmaktır. Örneğin bir elektronik mühendisinin, kendi kurumunun rekabet gücünü artırmada çok yararlı olacağı için rakip firmalardan yeni bir ürün taslağı ya da düşüncesini çalması bu tür davranışa örnektir. Burada personel firmasından, amaçlarını gerçekleştirebilmek için her tür yardım ve katkıyı beklediğini varsaymaktadır. Bu etik dışı bir yaklaşım olsa bile firma, yöneticiler, personelin kendisi ve diğer personel bu davranış sonucunda büyük yararlar sağlayacaktır.
- 3- Yapılan bir şeyin başkaları tarafından fark edilmeyeceği inancı da etik dışı davranışların savunulmasında kullanılan bir başka yöntemdir. Ancak işyerinden çalınan küçük şeylerin fark edilmeyeceği inancı, zamanla yerini büyük suçlara ve hırsızlıklara bırakabilir.
- 4- Elemanı olunan kuruma yarar sağlayan ancak mesleki etik ilkeleri ihlal eden bir davranış nedeniyle personel yakalanırsa kurumunun kendisine arka çıkacağı veya koruyacağı inancı da personelin etik dışı davranışlarına buldukları bir savunma yoludur. Örneğin, bir personelin bir bankacıya rüşvet vererek kuruma büyük miktarda bir kredi sağlaması durumunda personel, kurumun kendisine minnettar kalacağını düşünebilir. Oysa bu arka çıkılacak bir düşünce ve eylem biçimi değil tam tersine personelin işten atılmasını gerektiren bir suçtur.

Diğer yandan etik alanında eylem ve kararların "mantıklı" nedenler bulunarak haklılaştırılması tehlikeli bir oyundur ve bu tür düşüncelere karşı dikkatli olunması gerekir. Davranışların etik ilkelere uygunluğunun sınanmasında şu sorunun sorulması gerekir. Herkes böyle davransaydı ne olurdu? Bu anlamda, ayrıca başka davranış kalıpları da örnek olarak verilebilir: Toplumun çıkarları için işleri çabuklaştırmak amacı ile bazı ilke ve prosedürleri atlamak; kişisel olarak benim çıkarım yok, önemli olan işlerin yapılması ve bu nedenle de kuralları biraz esnetmekte bir sakınca yoktur düşüncesi; yalnızca bir arkadaşına yardım ediyorum, benim bu işte bir çıkarım yok düşüncesi; üstlerim benim değerimi bilmiyor, ben sömürülüyorum o halde ben de kendi çıkarlarımı düşünmek zorundayım düşüncesi; kişi bir suç işlemiş, cezalandırılması gerekir ama benden bulmasın düşüncesi gibi.

TIBBİ ETİK

Etik kavramından anlaşılabilceği gibi, tıp etiği; tıp/sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönünden değerlendirilmesi etkinliğidir. Bir başka ifade ile, tıp etiği alanında tıptaki değer sorunları ele alınarak tartışılmaktadır.

Tıpta kullanılan Deontoloji (Deontologia) kelimesi de eski Yunanca'dan gelen bir kelimedir. "Deonto" görev, yükümlülük gibi anlamlara gelirken "logia" bilgi, bilim gibi anlamlara gelmektedir. Böylelikle deontolojiyi, yükümlülükler bilgisi şeklinde Türkçe'ye çevirebiliriz. Yani, deontoloji, kişilerin üzerlerine düşen ödev ve yükümlülüklerinin neler olduklarının bilmeleri anlamındadır. Deontoloji sözcüğü felsefe alanında çok geniş olarak kullanılsa da uygulama alanında özellikle tıpta hekimler tarafından Tıbbi Deontoloji şeklinde kullanılmıştır. Burada deontoloji, hekimlerin bilmek ve uygulamak zorunda oldukları etik ilke ve kuralların neler olduklarını bildiren dizge anlamına gelmektedir. (8)

Tıp alanında kullanılan deontoloji ile tıbbi etik kavramlarını yakından inceleyecek olursak aralarında şu tür bir ayrım noktası ortaya çıkar: Deontoloji alanında, tespit edilmiş kuralların aktarılması ve onlara uyulması söz konusu iken; tıp etiğinde ise, tıptaki değer ve ilkelerin analizi, yorumu, tartışılması gibi geniş bir etkinlik alanı yer alır. (9)

Günümüz tıp etiğinde 4 temel ilkeden söz edilmektedir. Bunlar yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleridir. Bu ilkeleri kısaca göreceğiz ;

Yararlılık İlkesi

Tıp etiğindeki yararlılık ilkesi, kısaca, sağlık uğraşları içerisinde hastaya öncelikle ve herşeyin üzerinde yararlı olmayı öngören bir ilke olarak tanımlanabilir. Yararlı olmak edimi, tıp etiği içerisinde başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı yükümlülük durumuna getiren "yararlılık ilkesi" biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel tıp etiğinin hastanın iyilik ve yararını birincil değer olarak görmesini, hekimin yararlılık ilkesine (zarar vermeme kavramıyla birlikte) uygun davranışı olarak açıklıyoruz.

Tarihsel kaynağı açısından yararlılık ilkesinin Hipokrat'dan geldiği söylenebilir. Hipokratik etikte yer alan, aşağıda tekrar değineceğimiz, "öncelikle zarar vermeme" (primum non nocere) ilkesi bir açıdan yararlı olmayı hedefler. Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan şey bir eylemin olası olumlu sonuçlarının, olumsuz sonuçlarına ağır basması ya da en azından belli bir dengede tutulabilmesidir. Böylece bireysel eylemlerin niteliğinde yarar yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken; zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır. Bununla birlikte bireyin eylemleri ne kadar olumlu ve yararlı sonuçlara koşullanmış olursa olsun; bu yararlı sonuçlar yanında olumsuz, istenmeyen sonuçlar da meydana çıkabilir. Buna göre bu ilke çerçevesindeki tutum ve davranışlarımız "mutlak yararlı olmak" ile "yarar ve zararın dengelenmesi" koşullarıyla şekillenebilir. (10, 11)

Paternalizm (Babacıl Davranış)

Tıp etiği konusunun tartışılmasında bugün için kendini gösteren odak kavramlardan biri paternalizmdir. Hipokratik ya da geleneksel etikte yer alan hekim-hasta ilişkisinin özünde paternalizmin olduğu söylenebilir. Bu sözcüğün Türkçe'deki ifade biçimini ise "babacıl" tutum ve davranışlar olarak kullanmaktayız. Yüzyılımızın ortalarına kadar tıp etiğiyle ilgili gelişmeler Hipokratik etik anlayışının devamıdır. Bu anlayışa göre hekim, yardım ve çare arayışı içindeki güç durumdaki hastasına sahip çıkacaktır. Hasta için en doğru olanı o belirleyecek, bilgi ve beceri sahibi biri olarak hastasını yönlendirecektir. Bir babanın çocuğa gösterebileceği ihtimam, sahiplenme ve onun

yerine kararlar alma şeklindeki ilişkiye benzetilmesinden dolayı hekim-hasta arasındaki böylesi bir ilişki "Paternalistik" ilişki olarak adlandırılmaktadır. (10)

Paternalizm ile yararlılık ilkesi perspektifin ucunda birleşir gibidir. Buna rağmen her ikisinin ayrı ayrı şeyler oldukları vurgulanır. Yararlılık ilkesinde (ve de zarar vermeme ilkesinde), hastanın yararına ve en azından onda zarar bırakmayan, bir davranış biçimi söz konusudur ve bu ilke doğrultusunda hasta özerkliğini koruyucu tarzda davranabilmek mümkündür. Buna karşın paternalizmde hekim, hastanın iyiliğini hastadan daha iyi biliyordur ya da yeterlilik içinde olsa bile hastanın kendisi için neyin iyi olabileceğini karar veremeyeceği varsayımını güdüyordur. Bir başka tanımla paternalizm, onamı (onayı) olmadan kişinin özerkliğine müdahale etmektir. Demek oluyor ki, bu durumda yararlı olma gerekçesiyle hastanın kişisel özerkliği sınırlanmakta ve zedelenmektedir. Hekimin "yararlı" olmayı hedefleyen davranış modelinin sınır tanımaması halinde, uç noktada paternalizme varacağı hatırdan çıkarılmamalıdır. Paternalizm günümüzde mesleki açıdan uygun bir davranış örneği olarak görülmemektedir. (10,12)

Hekim ile hasta arasında böyle bir ilişkinin ortaya çıkmasının gerçek nedeni nedir? Burada taraflar açısından farklı nitelikte kaygı ve istemler vardır. Hasta, sağlığıyla ilgili bedensel ve ruhsal şikayetlerinin giderilmesini istemektedir. Hekim ise, bu şikayetlere çözüm getirecek bilgi ve beceri sahibi kişidir. Hekimin, hastanın sağlığı konusunda belli bilgi ve beceriye sahip olması; hastanın da, hekimin bu bilgi ve becerisine ihtiyaç duyması, doğal olarak ilişki dengelerini bozmakta, daha ilk başta hekimi, hasta karşısında üstün duruma sokmaktadır. (13, 14, 15)

Bunun yanında hekimin, etik bir sorumluluk içerisinde olduğunu ve bunu hastasının iyilik ve yararına kullanacağına dair söz verdiğini ilan etmesi; onu, ilişkinin tek belirleyicisi ve yönlendiricisi konumuna getirmektedir. Yardım bekleyen, acı ve ızdırap çeken, yaşam mücadelesi içerisinde; kişisel kontrolünü kaybetmiş, en azından azalmış olan hastanın, bu çerçevede hekime karşı geliştirdiği saygı ve güven de, ileri noktada ilişkinin tek yanlılığını güçlendirmekte, hekim hastası üzerinde belli bir "otorite" konumuna gelmektedir. Hasta, tıbbi ve bilimsel gerekçelerle kendi bedeni üzerinde yapılan müdahaleler hakkında hiçbir bilgi ve karar noktasında bulunamamakta, büyük bir inanç ve güvenle kendini hekimine teslim etmektedir.

Bu bağlamda görülüyor ki, hekimlik uğraşı kaçınılmaz biçimde içerisinde belli bir "otorite" barındırmaktadır. Bilgili olmak, deneyimlere ve kişisel nitelik-becerilere sahip olmakla birlikte toplum içerisinde görev paylaşımından kaynaklanan nedenler ister istemez hekimi bir otorite durumuna getirmektedir. En kolayından, hekimin karşısındaki kişiye bir ilacı kullanması için ikazda ya da yönlendirmede bulunması ortaya bir etken-edilgen ilişkisini çıkartmaktadır. Kaldı ki doğrudan hekim-hasta ilişkisi dışındaki, toplumdaki sağlık kurumsallaşmaları farklı otorite yapıları olarak da belirmektedir.

Paternalistik tutum içerisindeki hekim, tıbben yararlı olabilmek kaygısıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok saymaktadır. Hekim hastasını kendi tespit ettiği doğrular yönünde davranmaya zorlamakta, örneğin tıbbi gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermemektedir. Bu bağlamda güncelde ortaya çıkan şikayet hastanın, hekim karşısında sahip olduğu özerkliğinin, serbestisinin, özel yaşam haklarının kaybolduğuna ilişkindir. Oysa günümüz tıp uygulamasında etik değerler kapsamındaki; yukarıda değindiğimiz hasta özerkliğine saygı ilkesi ve birazdan değineceğimiz hasta hakları doğrultusunda hastaya söz ve tercih hakkı tanınarak hekimin hastayla birlikte müşterek bir karara varması gerekmektedir.

Zarar Vermeme İlkesi

Zarar vermeme ilkesinin kaynağını Hipokratik tıp etiğinde aramak genel bir alışkanlıktır. İlgili bölümde de değindiğimiz gibi hastalığın doğal seyrini etkileme gayreti içerisinde hekimin hastasına zarar vermeden bir müdahalede bulunabilmesinin ön koşulu Latince "Primum non nocere" şeklinde dile getirilen "Öncelikle zarar vermeme" ilkesidir. Hipokratik gelenekte doğanın devinimsel yapısı içerisinde hasta belki iyileşme olanağı bulacakken, hekimin -gereksiz- müdahalesiyle bu olasılığın da kaybolması ve başka ek zararlara yol açabilecek olması buradaki anlayışın temelini teşkil etmektedir. (10, 16)

İnsana zarar vermemek, gerçekte tüm insanlık için geçerli bir değerdir. İnsana zarar vermek bir eylemle olabileceği gibi bir ihmal ile de gerçekleştirilebilir. Burada "zarar vermemek" ile "kötülük yapmama" kavramları arasındaki "nüanslar"dan söz edilse bile, temelde aynı yönelimin değişik ifadelerinden biri olarak görebiliriz. İlke olarak

zarar vermemek/kötülük yapmamak ilkesi, başkalarına kötülük yapmamamızı ve zarar-ziyan vermememizin gerektiğini belirler.

Zarar vermemek ilkesi, kuşkusuz bir noktada, yararlı olmak ilkesiyle paralellik gösterir. Çok zaman her ikisini aynı perspektiften değerlendirmek mümkündür. Yararlı olmak, zarar vermemeyi de içerebilir ya da zarar vermemek, yararlı olmak olarak da algılanabilir.

Özerkliğe Saygı İlkesi

Tıp etiğindeki yararlılık ilkesinin en büyük etik değer olduğunun kabulü yüzyıllarca varlığını sürdürdükten sonra 1960'ların sonlarından itibaren yavaş yavaş etkisini azaltmaya başlamıştır. Ortaya çıkan yeni durumda hekim, hastasının yalnızca tıbbi yönden yararını öngörmeyecek; ona özerk bir kişi olmasından kaynaklanan haklarını da kullanabilme fırsatı tanıyacaktır ki, bu olgu "özerkliğe saygı ilkesi" olarak tanımlanmaktadır. Bu ilkenin hekim tarafından layıkıyla uygulanmasının anlamı, tıbbi bir müdahale sırasında hastanın bireysel haklarına dikkat edilmesi ve tıbbi karara hastanın da katılımının sağlanmasıdır. Böylelikle, hem hastanın tıbbi müdahaleden dolayı uğrayabileceği zarar riski azaltılmakta, hem de hekim - hasta ilişkisi içerisindeki hasta haklarının temellendirilmesi sağlanmış olmaktadır.

Tarihsel yönden tıp etiğinin zaman içerisinde dikkat çeken önemli bazı noktalarından söz edilebilir. Ancak hekim - hasta ilişkisine hasta özerkliği kavramının yerleşmesi, sanırım ileride tıp etiğinin en önemli tarihsel dönemeçlerinden biri olarak anılacaktır. Hasta, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlığının giderilmesi amacıyla hekime başvurduğunda hekim ile hasta arasında üstü örtük de olsa bir tür "sözleşme" durumu ortaya çıkar. Adı konsun konmasın bu sözleşmenin doğrultusunda hastanın yarar görmesi vazgeçilemez ögedir.(17) Ancak hastanın yararı konusu günümüz değerleri içerisinde yeni boyutlar içerisinde yorumlanmaktadır.

Ağrı / acıdan kurtulması, sakatlıktan çıkması, iyileşip yaşamın sürdürülmesi konusunda hastalarının adına doğrudan sorumluluk almaları, hekimliği toplum yaşamında başka örneği kolay kolay görülemeyecek bir meslek grubu haline getirmiştir. Hekim hastası için mutlak olarak yararına (ve iyiliğine) davranmak durumundadır. Hipokratik etiğin en önemli belgelerinden olan Hipokrat Andı'nda hekim "kendi hüküm ve yetenek-bilgisi doğrultusunda hastanın 'yararı'na olacak diyet

uygulayacağım" demektedir. Bu ifadenin genel yorumu hasta için neyin yararlı olacağını, hekimin bilebileceği ve bu konudaki sorumluluğunun hekime ait olduğu şeklindedir. (18)

Hekimin hastasına yararlı olmak için çabalaması bir ilke olarak bugün de varlığını sürdürmektedir. Ancak değişen dünya koşulları ve değerleri çerçevesinde bu ilkeye mutlak bağlılık artık yeterli gelmemektedir. Görülmektedir ki, yeni ilke ve değerler, hekim - hasta ilişkisinin etik boyutunda kendini göstermekte, yeni etik kavramlar ilave olmaktadır. Hekim - hasta ilişkisinde hasta yararlılığı tıp etiğinde tek ve mutlak bir ilke olmaktan çıkma sürecine girmiştir. Yararlılık ilkesi günümüzde artık öteki ilkelerle "yarışan" bir ilkedir.

İngilizce'de özerklik anlamında kullanılan "Autonomy", Eski Yunanca'dan gelme bir sözcüktür. Bu sözcük, Yunanca'da "kendi kendine" anlamına gelen "autos" ile kural, yönetim ya da yasa anlamlarına gelen "nomos" sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Özerklik sözcüğünün bugün anladığımız anlamda kullanılmasının tarihsel ilk örneklerini eski Yunan kültüründe görüyoruz. Burada özerklik, Yunan şehir devletlerinin, herhangi bir dış baskı altında kalmadan kendi kural ve yasalarını yapabilme ya da kendi kendini yönetebilmeleri anlamında kullanılmaktaydı.(10) Özerklik kavramının bugün kullanım alanlarından biri "hasta özerkliğine saygı" ilkesi çerçevesinde tıp etiği alanıdır.

Özerklik kavramının tıp etiğine girmesi tesadüfi ya da bilinçli bir davranış sonucu değil, insan ilişkilerinin günümüzde vardığı noktanın bir sonucudur. Batı dünyasında insan hayatına verilen önem ve kişilik haklarının gelişmesi bunda en önemli çıkış noktasıdır. Bu değişim süreci ilk başta Amerika Birleşik Devletleri'nde başlamış sonra sosyopolitik ve kültürel etmenlerle dünya ülkelerine yayılmaya başlamıştır. Bu değişime yol açan etmenler arasında demokratik katılım, çoğulculuk, medyanın katkısı, yaşamın her alanındaki otoriter eğilimlere karşı beslenen kuşkuculuk ve daha başkaları yanında tıp bilim ve teknolojisindeki büyük gelişmeler sayılabilir. Bu bağlamda her türlü toplum ve etkinlik birimlerindeki yetki ve güç sahiplerinin, kişilerin özerkliğine saygı göstermeleri ve korumaları beklenir hale gelmiştir.

Bir kişinin "özerkliği"nden söz etmek o kişi açısından serbestçe ve kendi öz/ussal yetileri ile seçme ve davranışta bulunabilme anlamına gelebilir. Özerklik birey; özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına

düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme, yeterlilik/yetkinliği içerisindedir (yasal sınırlar içerisinde). (18, 19) Bu yeterlilik ve yetkinlik çerçevesinde yapılan eylem ve seçimler; yani özerk eylem ve seçimler, çağdaş dünya insanında bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından biri olarak kabul edilmektedir. (10, 20)

Bununla birlikte çevre koşulları içerisinde, insanın etkilenmeden bunu nasıl gerçekleştirebileceği tartışılır bir konudur. Ancak en azından özerk bir kişiden söz edebilmek için onun serbestçe ve kendi usu ile davrandığını varsaymamız gerekmektedir. Kişi özerkliği tartışması içerisinde bir başka öge "yeterlilik"dir (competence). Yeterlilik bu çerçevede, dış bir baskı-zorlama altında kalmadan serbest ve ussal davranabilme yeteneği anlamına gelmektedir. Bu koşullardaki, "yeterli" kişinin bir özerkliğinden söz edebiliriz. (20)

Aydınlatılmış Onam / Bilgilendirilmiş Olur

Tıp etiği açısından "Aydınlatılmış Onam" (informed consent) günümüz hekim - hasta ilişkisinin belli başlı öğelerinden birisidir. Bunun yerine getirilebilmesi için hekimin tıbbi tedavi ve müdahale konusunda hastasını bilgilendirip onayını alması gerekmektedir. Bu anlamda tıbbi kararlar ilgili olarak arzu edilen ölçüde bir hekim - hasta işbirliği ne ölçüde sağlanabilir ? İnsan sağlığı gibi yoğun bilgi ve deneyim gerektiren bir konuda hastanın kendisiyle ilgili tıbbi kararda pay alması nereye kadar gerçekleşebilir? Tıbbi karar hekim ile hasta arasında müştereken verilmiş bir karar mı olmalıdır? Bu noktada ilk başta hatırlanması gereken hasta ile hekim arasındaki kararın ortak bir karar şeklinde olması, hastanın hekimin işine karışması biçiminde algılanmaması gerektiğine ilişkindir. (10, 15, 21)

Hekimin, hastasının özerkliğe saygı göstermesinin en önemli boyutlarından birisi aydınlatılmış onam ögesidir. Hastanın tıbbi müdahale için üstü örtük ya da açık onayının alınması eski bir olgu olsa da, burada sözünü ettiğimiz aydınlatılmış onam kavramının vardığı farklı nokta hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılımının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesidir. Aydınlatılmış onam kavramı 1950'lerin ikinci yarısında ortaya çıkmış, geniş biçimde tartışılmasına başlanması 1970'lerde olmuştur. Tanı, tedavi ve seçenekleri, sonuçları, hastalığının gidişi gibi konularda hastaya anlayabileceği bir ifade biçimiyle bilgilendirme ve açıklamada

bulunulması ve sonuçta tıbbi müdahale için onun onamının alınması, hastadan sorumlu hekim için bugün etik bir yükümlülük durumudur.

Kuşkusuz, hekimin hasta ile ortak bir karar noktasında buluşabilmesi için (aydınlatılmış onamını alabilmesi için), hastaya mevcut tüm tıbbi bilgilerin aktarılmış olması gerekir. Ancak bu amaç, gerçekleştirilmek istense dahi bir başka sorun daha ortaya çıkmaktadır. Her hasta kendisine aktarılanları anlayabilecek kapasite midir? Örneğin acil ya da bazı akli bozukluğu bulunan hastalardan bunu beklemeyeceğimiz gibi böyle bir hastadan, herşeye karşı alınmış bir onamın da ne kadar kabul edilebilir olacağı tartışılır bir konudur. Dahası, acı ve sıkıntı içindeki aklı başında bir hasta bile arzu edilen nitelikte sağlıklı bir iletişim kurmak bile güçlükler göstermektedir. Ayrıca konunun bir de sosyal, kültürel, kişisel boyutları da vardır. Ancak, istisnai durumları gözönünde bulundurarak; günümüzde aydınlatılmış onam alınmasının hekim için vazgeçilemez etik bir yükümlülük olduğunu belirtmeliyiz.

Aydınlatılmış onam işlemi sorumlu hekimin hasta ile karşılıklı görüşmesi ve önerilenleri kabul ettiği takdirde yazılı onay formunu hastanın imzalaması şeklinde gerçekleştirilir. Hastayı bilgilendirmenin içeriği, en azından aşağıdakileri kapsayacak şekilde olmalıdır. Ancak, buradakiler yön göstermek anlamındadır, tıbbi tedavi - müdahalenin nitelik ve biçimine göre hastaya sunulan bilgilerin zenginleştirilmesi gereklidir. Çok sayıda çalışma, hastaların hekiminden gerçeği öğrenme arzusu içinde olduğunu göstermiştir. Hasta ile ilgili tıbbi durum kötü bile olsa bunun hastaya söylenmesi kaçınılmaz bir durumdur. Tıbbi durumla ilgili olarak hastaya söylenmesi gerekenler arasında, tıbbi durum ve tedavi yapılmadığında ortaya çıkacak olası gelişmeler, tıbbi müdahalenin risk ve yararları ile birlikte bu müdahaleyle beklenen olası ve belirsiz durumlar, alternatifler hakkındaki tıbbi görüş hekimin görüşüne göre en iyi uygulamanın ne olduğu gibi noktalar üzerinde dikkatle durulmalıdır.

Hasta tıbbi durumla ilgili olarak bu şekilde bilgilendirilirken hekimin tıbbi terimlerden ve olasılık hesaplarından kaçınması, anlaşılır olmaya ve soru sorulmasına olanak sağlaması gerekir. Hasta ile onun anlayabileceği bir dille konuşulmalıdır. Buradaki iletişim hastaya ders verir şekilde olmamalıdır.

Burada klinikte hekim - hasta ilişkisinde söz konusu edilecek aydınlatılmış onamdan söz etmekteyiz. Bunun yanında insanlar üzerindeki araştırmalar için aydınlatılmış onamın söz konusu olduğunu belirtmeliyiz. Tıbbi tedavi ve müdahalelerde hastanın

bilgilendirildikten sonra onayının alınması hasta hakları yönüyle hasta adına hem bir haktır hem de ileride gelişebilecek olası hukuki durumlarda hekim lehinde bir belgedir.

Vurgulamaya çalıştığımız gibi aydınlatılmış onam kavramının içinde hastanın şikayetlerinin çözümü için verilecek tıbbi kararın hekim ile hasta arasında ortak bir karar şeklinde olması olgusu da yatar. Hastanın karar verme hakkını temin amacıyla bir kaç olası tedavi yönteminden hastaya söz ederken bunlar arasında sırf seçenek olsun diye, işe yaramaz bir tedaviden söz etmesi kabul edilemez. Aynı şekilde, özerklik, hastaya tıbbi endikasyonu olmayan bir tedaviyi isteme hakkını da vermemektedir. Makul tıbbi bir gerekçe oluşturmayan istekler bu bağlamdaki hekim - hasta ilişkisinde yer alamaz.

Örneğin, tanı yönünden tipik olmayan bir "karın ağrısı" durumunda bazı hastaların, apandisit gibi, şüphelenilen bir organından ameliyatla hemen kurtulmak istedikleri olmaktadır. Böylesi durumlarda, hekimin cerrahi müdahalenin risklerini hatırlatması ve yarar durumunun belirsiz olduğunu; bu nedenle, kesin tanı koymadan yapılacak cerrahi müdahaleden dolayı riske girmenin gereksiz olduğunu söylemesi gerekir ve bu arada da, tanıyı kesinleştirmek için ileri tetkikler hızla sürdürülür.

Bugün için hasta hakları yönünden pratikteki en önemli unsur, tıbbi müdahale konusunda hastanın bilgilendirilmesi ve müdahale konusunda onayının alınmasıdır. Bir tıbbi müdahale için hastadan "onay almak" tıpta yeni bir konu değildir. Yeni olan, hastanın bilgilendirildikten sonra onayının alınmış olmasıdır. Bu anlamdaki "Aydınlatılmış Onam" (Bilgilendirilmiş onay) hekim - hasta ilişkisinin etik yönünü belirleyici en önemli öğelerden birisidir.

Hastanın bilgilendirilmesi hastadan sorumlu hekim tarafından yapılır. Gerçekte, hasta sözel olarak bilgilendirilir. Etik olarak bu yeterli görülebilse de, hastaya aktarılanların yazıya geçirilip hem hasta hem hekim tarafından imzalanması her iki tarafın lehine bir durumdur. Dünyadaki genel uygulamalar da bu şekildedir. Pratikte kolaylık sağlamak amacıyla belli tıbbi müdahalelerle ilgili basılı aydınlatılmış onam formları hazırlanabilir. Ancak bu hiçbir zaman basit bir imzalama işlemine dönüşmemeli ve hekim mutlaka sözlü olarak hastasını bilgilendirip, sonra onayını almalıdır. Yazıya dökülmüş olması bu işlemi hem belli bir disiplin altına sokar hem de sistemli biçimde

uygulanmasını kolaylaştırır. Ancak yazılı onam formlarının içeriği kuşkusuz konu alanına göre farklı olacaktır.

Hastadan alınacak aydınlatılmış onam kapsamında neler bulunmalıdır? Kuşkusuz tıbbi müdahalenin biçim ve niteliği aydınlatılmış onamın da içeriğini belirleyecektir. Genel hatlarıyla bir aydınlatılmış onam kapsamında yer alması beklenen unsurlar şunlardır: (22)

1. Hastalığın, klinik tablonun ve tedavi / müdahalenin bilimsel isminin yanı sıra hastanın anlayabileceği şekilde halk arasındaki isminin de açıklanması,
2. Tedavi edilmediğinde gelişebilecek sonuçlar,
3. Tıbbi müdahalenin ne tür bir müdahale olduğunun açıklanması,
4. Tıbbi tedavi / müdahalenin risk ve yararları,
5. Öteki tedavi yöntemleri ve bunların riskleri, yararları,
6. Başarı olasılığı, başarıdan ne kastedildiği,
7. Tıbbi müdahale sayesinde elde edeceği yararın, gireceği riskten fazla olduğunun hastaca anlaşılmış olması,
8. Önerilen tedavi ve müdahaleyi kabul etmeme halinde gelişebilecek tıbbi olasılıklar,
9. Hastanın, kendisine verilen bilgiyi tam anlamıyla kavraması ve onları kendi ifade biçimiyle bir başkasına anlatabilecek şekilde bilgilendirilmiş olması,
10. Hekimin, hastanın tüm sorularına yanıt vermesi ve belirsizliğin giderilmesi,
11. Onam formundaki tüm sözcüklerin anlaşılabilmesi,
12. Onam formunda yazılanların incelenip, kabul edilmesi ya da bazılarının kabul edilmemesi,
13. Hasta tarafından, tedavi/müdahaledeki sağlık çalışanlarının kimlikleri ve mesleki niteliklerinin bilinmesi,
14. Hastanın özgür biçimde karar vermesi ve bu konuda herhangi bir baskı altında olmaması,
15. Hasta kabul etmezse tıbbi uygulamanın yapılmaması,

16. Taburcu olduktan sonra şikayetlerinin devam etmesi halinde tekrar başvurabileceği teminatının verilmesi,
17. Gerektiğinde, karar verebilmesi konusunda hastaya belli bir zaman tanınması.

Adalet İlkesi

Günümüzde tıp etiği alanında önde gelen ilkelerden biri adalet ilkesidir. Bilindiği gibi adalet kavramının yaygın biçimde kullanımı daha çok hukuk alanında olmaktadır. Bununla birlikte adaleti yalnızca bu alana ait bir kavram olarak düşünemeyiz. İnsan ve toplum yaşamı en ince ayrıntılarına kadar bu kavramın örgüsü ile örülmüştür. Günümüzde adalet kavramının yaygın olarak kullanılmaya başlandığı alanlardan biri sağlık uğraşlarında değer sorunlarının ele alındığı tıp etiği alanıdır.

Adalet sözcüğünün taşıdığı anlam yükü "doğruluk", "hak etme", "hak kazanma" gibi anlatımlarla dile getirilebilse de gerçekte bunlar arasında az ya da çok anlam ayrılıkları söz konusudur. Bunlardan her birinin adalet kavramının tam karşılığı olduğu söylenemez. (11, 23)

Sağlık alanında adalet ilkesi tıbbi kaynakların (araç - gereçten her türlü hizmete kadar) gereksinimlere göre, eşit ve dürüstçe dağılmış olmasını bekler. Bu ilke, sağlık çalışanlarının çalışmalarında karşılaşıyor oldukları kaynakların dağılımıyla ilgili etik sorunlara yardımcı olacak bazı yanıtlar getirir.

Adalet ilkesinin sağlık uğraşlarında yaşama geçirilmesi kuşkusuz ilk başta mevcut kaynakların sağlık uğraşlarında adil kullanılmasına ilişkindir. Burada etik yönünden sorunsal olarak gözüken nokta, gerek devlet düzeyinde, gerek halk sağlığı uğraşlarında, gerekse tedavi edici sağlık kurumlarında (hastaneler vb.) tıbbi kaynakların birey ve toplum kesimine adaletli biçimde nasıl paylaştırılacağıdır. (24)

Tıbbi olanakların her bireye yeterince sağlanamaması bireyin sağlık bakım hakkını zedelemektedir. Oysa biliyoruz ki, büyük harcamalarla sağlanan çağdaş tıbbi bakım olanakları çoğunlukla sınırlıdır. Dolayısıyla devlet düzeyinde ekonomik kaynakların ne ölçüde adaletli kullanıldığı ayrı bir sorunsal olarak karşımıza çıkmaktadır. (10) Burada hemen, kaynakların koruyucu sağlık hizmetlerine mi, yoksa tedavi edici tıp hizmetlerine mi aktarılacağı ikilemini konuya örnek sorunsal olarak dile getirebiliriz.

Öte yandan adalet ilkesinin klinik uygulamalar sırasında, kaynakların adil kullanımıyla ilgili ortaya çıkabilecek etik çatışma sorunlarında da başvurulabilecek bir ilke olduğunu belirtmeliyiz. Klinik etik çalışmalarında çok önemli yeri olan bu ilkenin gereksinim duyulduğu bir çok tıbbi olgu burada konuya örnek olarak verilebilir. Örneğin, bir yoğun bakım birimindeki yatak sayısının sınırlı olması nedeniyle; bunlardan hangi hastaların ne ölçüde yararlanabileceği ya da aynı anda gereksinimi olan hastalar arasında diyaliz aracı kullanımının yapılabileceği gibi sıkça karşılaşılan etik ikilemlerde adalet ilkesi, göz önünde bulundurulması gereken bir ilkedir.

Adalet ilkesinin önem kazandığı bir başka konu organ aktarımlarıdır. Organ aktarımları sırasında ortaya çıkan etik sorunlar derin tartışmalara konu olan tıp etiğinin özel durumlarından biridir. Örneğin, organ aktarımı yapılacak olan hastaların sırası nasıl belirlenecektir ? Tıbbi öyküye göre mi, gereksinime göre mi, başvuru sırasına göre mi, ödeme gücüne göre mi, bireylerin toplumsal konumuna göre mi, yoksa tüm bunların karışımlarından elde edilecek yeni ölçütlere göre mi ? Bunlar gibi soruların yanıtları, adalet ilkesinin de göz önüne alılabacağı sıkı bir etik değerlendirme sürecinden geçmesi gerekir.

HASTA HAKLARI

Genel ve çok kısa bir tanıma göre hak "hukuk düzeninin kişilere tanıdığı yetkidir". Öyleyse hak, hukuk kurallarına dayanmaktadır. Hukuk kurallarını devlet koyar. Devlet ise siyasal bir varlıktır ve belli bir anlayışa göre bu hukuk kurallarını belirler. Bu hukuk kuralları içerisinde devlet, kişilere belli bazı serbesti ve özgürlükler, yani haklar tanır. Devlet, tanıdığı bu hakları genişletebilir ya da daraltabilir. Dolayısıyla bugün dünyada hak yelpazesinin ülkeden ülkeye değişiklikler içerdiği bilinmektedir. (25)

Diğer yandan günümüzde uluslararası olan ya da evrensel diyebileceğimiz ve ülkeden ülkeye göre değişmeyeceği varsayılan haklar da bulunmaktadır. Bu haklar "insan hakları" başlığı altında anılmaktadır. İnsan hakları devletlerin kendi iç hukuku içerisindeki, az önce söylediğimiz serbesti ve özgürlüklerden farklı niteliktedir. Hatta bunların bir kısmı serbesti ve özgürlük bile değil tam tersine belli bir hak çerçevesi içerisinde kişiyi bağlayıcı nitelikteki değerlerdir.

Örneğin, yaşama hakkı ya da eşitlik gibi kavramların yaşama geçirilmesinde kimi zaman, kişileri zorlayıcı, bağlayıcı unsurların ortaya çıkabileceği söylenebilir. Devletler, bugün, söz konusu bu hakları koruduğu, kolladığı sürece çağdaş devlet tanımına uygun bir devlet sayılmaktadır. Bu bağlamda bir ülke hukukunda gerek kendi iç yapısından kaynaklanan hukuki haklar ile gerekse uluslararası düzeyde kabul gören insan hakları bir arada bulunmaktadır.

Konuyu tıp ve sağlık alanına çektiğimizde karşımıza iki değişik kavram çıkmaktadır. Bunlardan birisi "hasta hakları" öteki ise günlük hayatta kısaca "sağlık hakkı" olarak da dile getirilen "sağlık bakım hakkı"dır. Hasta hakları ifadesini genelde hasta – hekim ya da hasta - hastane (kurum) ilişkisinde ortaya çıkan hak unsurlarına atfen; sağlık bakım hakkını ise toplumdaki her kişiye belli bir yeterlilik ölçüsünde tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilme olanağının sağlanması anlamında kullanmaktayız. Başka bir anlatımla, sağlık hakkı bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilme fırsatıdır. Bunun ortaya konması tahmin edilebileceği gibi hasta / birey ile devlet (toplum) arasındaki ilişkinin sonucunda gerçekleşmektedir. (26) Bu konuda yapılması gereken bir başka tespit, birey - devlet ilişkisinden kaynaklanan sağlık (bakım) hakkının, kaçınılmaz olarak ülkelerin politik yaklaşımlarıyla olan yakın ilişkisidir. Devletin benimsediği politik anlayış kuşkusuz sağlık hakkının mevcudiyetini de etkilemektedir.

Hasta Hakları Kavramı

Hekim ile hasta arasındaki ilişkide hastanın hak talep edebileceği kişi geleneksel alışkanlıkla hekim olarak gözükmektedir. Oysa bugün bunu yalnızca hekim olarak değil, tüm sağlık çalışanları şeklinde algılamamız gerekir. Dahası, artık hasta hakları dediğimizde hastanın karşısında bulunan muhatabın, bir kurum olarak hastane / sağlık kurumu olarak algılanmasına doğru gidildiği görülmektedir. Yani sağlığı konusunda, hastanın ilişki çerçesinde olacağı yalnızca hekim değil, tüm çalışanlarıyla birlikte tüm hastane / sağlık kurumudur. Dolayısıyla, yalnızca hekim ve sağlık çalışanları değil, sağlık kurumlarının yönetici ve diğer çalışanlarının da hasta haklarının temin edilmesinde çok ciddi yükümlülükleri ortaya çıkmaktadır. Ekler bölümünde, tam metnini verdiğimiz 1 Ağustos 1998'de ülkemizde yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ise hasta hakları, "temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması" şeklinde açıklanmaktadır.

Yukarıda hasta haklarının varlık alanı olarak hekim hasta ilişkisini göstermiştik. Hasta hakları, kişilik haklarının gelişimine paralel bir seyir çizer. Kişilik hakları kişiyi, toplumdaki öteki kişilerden ayırmayı başaran, yalnız kendisinin kullanma hakkına sahip olduğu değerlerdir. Bu hakların gelişimi, hekim - hasta ilişkisinin geleneksel rolünde önemli değişimler getirmiştir. Önceden de değindiğimiz gibi paternalistik (babacıl) tutum ve davranış adını verdiğimiz geleneksel rolde hekim; bilimsel - teknik yöntemler doğrultusunda, hastanın tanı ve tedavisini tek başına yönlendirmektedir. Tıbbi müdahalenin niteliği, yan etkileri, gelişimi, alternatifleri gibi konularda hastanın bilgilendirilmesi ve olası istemleri göz önüne alınmamaktadır. Bu tür bir tutum ve davranışa karşı günümüzde geliştirilmiş olan "Hasta özerkliğine Saygı" ilkesi, yeni bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. (23) Böylelikle, hasta kendisine uygulanan tıbbi müdahale üzerinde hekim ile birlikte ortak söz söyleme hakkına sahip olmaktadır. Hekimin bu çerçevede tıbbi müdahale sırasında yerine getirmesi gereken etik yükümlülük, müdahale ile ilgili tüm bilgi ve olasılıkları, anlayabileceği biçimde hastaya açıklaması ve onun "Aydınlatılmış Onamı"nın alınmasıdır.

Hasta Haklarının Unsurları

Hasta hakları kavramının benimsenmesinin ardından akla gelen soru, bu hakkın öğelerinin neler olduğudur. Kuşkusuz bu konuda yapılacak tespitler genel ya da ilke düzeyinde olmak durumundadır. Tıp etiğiyle ilgili tartışmalar, hukuki değerlendirmeler, yer ve zamana göre değişen toplumsal - politik gelişmeler ve daha bir çok dış etken, kalıcı ve mutlak bir hasta hakları listesinin yapılmasına engel olmaktadır. Dikkat çeken bir diğer konu da şudur: Bu bağlamdaki çeşitli uluslararası bildirgelere baktığımızda hasta hakkı öğeleri ile sağlık bakım hakkı öğelerinin çok zaman aynı başlık altında yer aldıklarını görüyoruz. Kategorik olarak ayrılmaları gereken bu kavramların bir arada kullanılmalarının nedeni çeşitli olabilir: Örneğin bu konudaki kavramların zamanla değişik anlama gelmesi ya da konu öğelerinin kimi zaman birbirleriyle örtüşmeleri gibi...

Hasta haklarının hasta ile hekim arasındaki ilişkiden kaynaklandığını belirtmiştik. Buradaki temel kaygının hastanın kişilik haklarının çiğnenmesinin önüne geçilmesidir. Hastanın kişilik haklarına zarar getirecek tutum ve davranışlardan hekimin kaçınmasını gerektiren bu hak türü, aynı zamanda "negatif hak" olarak da

bilinmektedir. Buna karşın Devlete sağlık hizmetlerindeki faaliyetlerini gerek kılan sağlık bakım hakkı kavramı, bir tarafın karşı taraf için bir şeyler yapması anlamına gelen "pozitif hak" kapsamında bir olgudur (23).

Bu bağlamda Dünya Tabipler Birliği'nin hasta haklarıyla ilgili ilişikteki altı maddelik Lizbon Bildirgesi'ne (1981) göz atacak olursak bu bildirgenin 3. ve 4. maddeleri doğrudan hekim - hasta ilişkisinin etik kapsamıyla ilgili hakları dile getiren ifadeler olduğunu görürüz. Diğerlerinin ise bu ilişki kapsamının dışına taşıkları ve pozitif haklar kapsamında yer alan hükümler olduğunu görüyoruz.

Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Lizbon, 1981)

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
3. Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.
4. Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.
5. Hasta, onurlu biçimde ölme hakkına sahiptir.
6. Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir.

Tekrar etmek gerekirse hasta hakları derken geçmişteki hekim - hasta ilişkisi yerine "hasta - hastane" ilişkisinden söz etmeliyiz. Buna göre, hastanın haklarını korumak ya da savunmak önemli ölçüde sağlık kurumlarında hekim - yönetici işbirliği içerisinde gerçekleşebilecek bir yükümlülüktür. Sağlık kurumlarının bu yükümlülükleri gerçekleştirebilmesi için bazı hakları hastalara sağlaması gerekir. Bugüne kadar ileri sürülen hasta haklarından bazıları şunlar olmuştur: (22)

Hastanın;

1. Tıbbi tanı - tedaviyle ilgili her türlü konuda bilgilendirilmeye hakkı vardır.
2. Sağlık kurumunda hangi araştırma ya da deneylere tabi tutulacağı ve onların alternatiflerini bilmeye hakkı vardır.

3. Tıbbi bakım ve işlemlerle ilgili doğru bilgi almaya hakkı vardır.
4. Hızlı ve özenli acil bakıma hakkı vardır.
5. Anlayabileceği ifadelerle bilgilenebilir hakkı vardır. Ölüm riski, başarı olasılığı, yan etkiler konusunda bilgilendirilip gönüllü, bilinçli ve anlaşılmış bir onamı (onayı) olmadan tıbbi müdahale yapılmamasını bekleme hakkı vardır. Hastanın yazılı imzalı onam formu alınabilir.
6. Herhangi bir tıbbi testten önce hastalığının şimdiki durumu ve gelişme şekli hakkında bilgi almaya hakkı vardır.
7. Kendi yerine karar verebilecek birini belirlemeye hakkı vardır.
8. Tıbbi bakım ve tedaviyle ilgili tüm çalışanların kimliklerini, mesleki durumlarını ve tecrübelerini bilmeye hakkı vardır.
9. Irk, milliyet, din, cinsiyet veya sakatlığı nedeniyle ayırım görmeme hakkı vardır.
10. Yabancı dille konuşulması durumunda tercüman istemeye hakkı vardır.
11. Kendisiyle ilgili tüm tıbbi kayıtları istemeye ve incelemeye hakkı vardır.
12. Sağlık durumu için bir başka uzmandan danışmanlık istemeye hakkı vardır.
13. Doğrudan kendi yararına olmayan eğitim amaçlı tıbbi işlemleri kabul etmeme hakkı vardır.
14. Herhangi bir ilaç, test, işlem ve tedaviyi reddetmeye hakkı vardır.
15. Kişisel bilgi ve haklarına saygı gösterilmesini beklemeye hakkı vardır.
16. Ziyaretçilerini kabul etme, telefonla görüşebilme hakkı vardır. Ailelerin çocuklarıyla, terminal dönem hastalarının akrabalarıyla 24 saat birlikte kalabilmeye hakkı vardır.
17. Gerekli belgeleri imzalamak koşuluyla, isteği üzerine sağlık durumu ne olursa olsun hastaneden ayrılmaya hakkı vardır.
18. Gerekli açıklamaları almadan ve sağlık kurumunun kabulü olmadan bir başka hastaneye nakledilmeyi kabul etmeme hakkı vardır.
19. Taburcu olacağı günden en az bir gün önce taburcu olacağını öğrenmeye hakkı vardır.

20. Kim tarafından ödenirse ödensin hastane faturasını incelemeye hakkı vardır.

21. Haklarını savunacak bir avukattan yararlanmaya hakkı vardır.

22. Taburcu olurken tüm tıbbi kayıtların kopyasını almaya hakkı vardır.

Ülkemiz için hasta hakları yönünden en çok söz edilmesi gereken kuşkusuz 1998 yılında yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir“. İsmi “Hasta Hakları Yönetmeliği” olması nedeniyle, yönetmelik içeriğinde yer alan her konunun bir hasta hakkı kabul edilmesi ve yaşama geçirilmesi için uygulanmaya çalışılması gerekir. Bu yönetmeliğin birinci maddesi hasta hakları kavramıyla ilgili yaklaşımı dile getirmektedir. Birinci madde şu şekildedir: Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Diğer yandan yönetmeliğin 48. Maddesi uygulama açısından önemli bir hüküm getirmektedir. Bu hüküm hasta haklarından herkesi haberdar etme anlamındadır. Sağlık kurumlarında hasta haklarını duyurucu nitelikteki tabela ve broşürlerin hazırlanmasını öngörmektedir: Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik’te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik’te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılabilecek uygun yerlerinde bulundurmaya da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

MALPRAKTİS DAVALARI

Bir "malpraktis" olayından söz etmek demek, aynı zamanda, bir mahkeme davasından söz etmek demektir. Çok zaman, "malpraktis davası" olarak geçen bu davaların hukuk açısından bir niteliği de yukarıda belirtmeye çalıştığımız gibi tazminat davası şeklinde olmasıdır. Malpraktis derken, "tıbbi ihmal nedeniyle zarara uğramış hastanın sağlık

çalışanı aleyhine açtığı mahkeme ve onun süreci"nden söz ediyoruz demektir. Burada, hasta gördüğü tıbbi zarar ve ziyanı maddi olarak tazmin etmesi için hekim (ya da zarardan sorumlu öteki sağlık çalışanı) aleyhine mahkemede dava açmaktadır. Tıbbi bir zararın tazmin edilmesi konusunda uygulamada görülen çözüm yollarından birisi de, mahkemeye gerek kalmadan tarafların kendi aralarında anlaşarak zarar verenin karşı tarafın zararını maddi ödence ile karşılamasıdır. (22, 27) Bir malpraktis (hekim hatası) olayında, davalının haklılığını gösterebilecek birkaç unsurdan söz edilebilir. Bunlardan ilki hekim açısından bir "ödev" durumunun varlığıdır. Yani hekim - hasta arasında tıbbi bir ilişkinin varlığı söz konusu olmalıdır. Böyle bir ilişkinin varlığı demek hekimin hastasını; genel kabul görmüş, etki ve sonucu bilinen, standart diyebileceğimiz nitelikteki bir tıbbi müdahaleye tabi tutması anlamına gelmektedir.

İkinci unsur ise hekimin ödev olarak tanımladığımız mesleki işlemlerinde bir aksama, bozulma ya da ihlalin meydana gelmesi olayıdır. Buradaki önemli nokta, bir ihmal ve hatadan kaynaklanan zarar görme durumudur.

Malpraktis davasında sözünü edebileceğimiz üçüncü unsur ise bir "nedensellik" durumudur. Bu unsur, tıbbi müdahaledeki beklenen teknik ya da yöntemin ihlal edilerek hastanın zarar görmesine açık biçimde sebep oluşturduğunun tespit edilmesidir.

Tıbbi malpraktisin dördüncü unsuru ise "sonuç"dur. Bundan kastedilen, şikayetçi olan kişi / hasta önceki basamaklardan sonra gerçekten bir zarar görmüş, bir zarara uğramış mıdır, sorusunun yanıtlanabilmesidir. Bir başka ifade ile önceki unsur ile arasında bir neden - sonuç ilişkisi var mıdır ? Eğer hasta bu değerlendirme süreci içerisinde bir zarar görmüş ve mahkemece bu konuda hükme varılmış ise; zarar gören kişi olarak hasta, zarar veren kişi olan hekimden (ya da öteki sağlık çalışanından) tazminat almaya hak kazanır. Sözünü ettiğimiz bu süreç kuşkusuz bir yargılama sürecidir.

Bugün için malpraktis davalarının sıkça açıldığı ülkelerin başında belirttiğimiz gibi Amerika Birleşik Devletleri gelmektedir. Malpraktis davaları bu ülkede hukuk ve avukatlık hizmetleri içerisinde ayrı bir sektör halini almıştır. Amerikan eyaletlerinde bu konuda özel yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bir tıp etiği unsuru olarak "Aydınlatılmış Onam" (informed consent), bu düzenlemelerde özel bir yer tutmaktadır. Tıbbi müdahaleyle ilgili olarak hastaya yarar - riskin söylenmesi, müdahale alternatiflerinin açıklanması ve tıbbi durumla ilgili gerekli daha başka

bilgilerin hastaya bildirilmesi ile onun onayının alınması bu tür dava kararlarında belirleyici bir unsur olmaktadır. Aydınlatılmış onam hekimin sorgulanması sırasında öncelikle göz önüne alınan bir kuraldır ve bulunmaması durumunda hekimi mahkemede zor duruma düşürecek bir ögedir.

Demek ki, hekimlerin ellerinde olmadan sebebiyet verdikleri kötü sonuçlar karşısında vicdanen rahat olabilmeleri ve etik sorumluluğunu yerine getirebilmeleri için tıbbi tanı - tedaviden önce hastalarından tam bir aydınlatılmış onam almaları gerekmektedir. Bu olgu aynı zamanda bir hasta hakkıdır ve hastaların, hekimlerinden kendilerini bilgilendirilmelerini beklemeye hakları vardır. Türk hukuk sistemi içerisinde yer alan ceza, medeni ve idari hukuk alanlarındaki yasalar aracılığıyla sağlık elemanları belli hukuki sorumlulukları taşırlar. Mahkemeler bu sorumlulukların ihlal edilip edilmediğini yasalarca belirlenen hükümler doğrultusunda karara bağlar.

Hastaların tıbbi müdahaleden dolayı zarar görmeleri, onların hekim ve sağlık kurumu hakkında tazminat davası açması hakkını getirir. Uğranan tıbbi zararın maddi yönden tazmin edilmesi anlamında, Malpraktis davaları adı verilen bu davaların sayısında son yıllarda ülkemizde artış gözlenirse de Batı ülkelerine kıyasla çok yaygın olduğu söylenemez.

HASTA SORUMLULUĞU

Bir hastalığa yakalanmak, bir kaza sonucu sakatlanmak ya da başka biçimde bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmak genelde bireylerin kendi kontrolleri dışında bir olgu olarak algılanmaktadır. Bununla birlikte insan sağlığının "korunabilir" olması, konuyu toplumsal boyutta yeni bir tartışma içerisine çekmektedir. Toplum yöneticileri şu ya da bu biçimde kişi sağlığının korunması ve sürdürülmesi yolunda sorumluluklar üstlenmektedir.

Bu olgunun beraberinde akla gelen soru, bireylerin sağlık alanında bazı haklarının bulunduğu savunulduğu günümüzde, aynı bireylerin bazı etik sorumluluk ya da ödevlerinden söz etmek olası değil midir ? Bugün dünyada gelişmekte olan eğilim, sağlık durumlarının korunması ve sürdürülmesi konusunda kişilerin sorumlu tutulması gerektiği üzerinedir. Kapsam ve yöntemi açıkça tanımlanamasa da hasta olsun olmasın, kişilerin sağlıkları yönünden bir "sorumluluk" konumu içinde oldukları görüşü dünyada yer etmeye başlamıştır. (29-33)

Hekim - Hasta İlişkisinde Hasta Sorumluluğu

Eğer hekim - hasta ilişkisinde hastanın özekliği ve hasta haklarından söz ediliyor ise bu yalnızca hekimin çabasıyla değil hastanın aktif katılımıyla gerçekleşecek bir işbirliği sonucu olabilir. Sağlığı, hastalığı, sıkıntılarıyla ilgili beklentilerinin gerçekleşmesini isteyen hastanın hekime yardımcı olması gerekir. Hekimin tıbbi bilgi ve becerisi sorunların çözümünde belli bir yere kadardır. Hastanın işbirliğine katkısı oranında bu sınır genişler. Hastanın herşeyi hekimden bekleyen geleneksel anlamdaki bir "hasta" olmaktan çıkması gerekir.

Hasta, hastalık ve rahatsızlığının bilincinde, davranış ve eylemlerinin sonucuna katlanan, hastalığını vicdani sömürü konusu yapmayan, soru soran, inceleyen, hekimi ve kendisini sorgulayarak ilişkide belirleyici rol alan biridir artık.. Hastanın, şikayet ve yardım isteme nedeni hakkında hekimine karşı dürüst olmalıdır; kişisel bilgiler ve hastalık öyküsü eksiksiz, geniş, ayrıntılı ve doğru biçimde aktarılmalıdır. Hasta tanı - tedavi program ve kurallarına uymalıdır; tıbbi tedavi ve tavsiyeleri yerine getirmeli, yerine getirmediği durumda hekimine bildirmelidir, yanlış bilgi vermemeli ve onu yanıltmamalıdır. Onun sorunlarıyla ilgili beklentilerinde açık sözlü olması gerekir; şikayet ve problemlerinin hekim tarafından önceden tahmin edilmesini istemeye hakkı yoktur. Düşünce ve beklentiler açıkca dile getirilmedikten sonra sağlıklı sonuçlar elde etmek güçleşir. Hastalar kendi sağlık sorunu ve tanı - tedavisiyle ilgili olabildiğince bilgilenmeye çalışmalıdırlar, örneğin tedavi ve ilaçların yan etki ve zararları, salgın ve bulaşıcı hastalıkların yayılma yolları, nasıl korunulacağı konularında olduğu gibi.. Hekimin etik sorumluluk içerisinde hasta ile işbirliğine gitmesi; insan onuruna yakışır biçimde davranması, kişilik hak ve değerlerine saygı göstermesi hasta tarafından değişik amaçlarla istismar edilmemelidir..

Toplumsal Boyut

Hasta sorumluluğu, yalnızca hekim - hasta ilişkisi kapsamında değildir. Belki de ondan daha fazla günümüzde tartışma konusu olan, kişilerin kendi sağlıkları konusunda öteki kişilere ve topluma karşı etik sorumluluklarıdır. Burada genel olarak sorunsal kabul edilen, kendilerine düşen koruyucu önlemleri alıp almadıkları, sağlığı uygun tutum ve davranışları gösterip göstermedikleri, zararlı etkilerden kaçınıp kaçınmadıklarıyla ilişkindir.

Bu bağlamda dikkatler, insan sağlığını olumsuz etkileyebileceği bilinen "irade" konusu karar, tutum, davranış ve alışkanlıklar üzerine yoğunlaşmaktadır. Gebelikte annenin bebeğe zarar verecek risklerden kaçınması, sakat doğacak bebeklerde tercih sorunu, sigara ve alkol alışkanlığı, futbol, kayak, hızlı araç kullanmak, otomobil yarışı gibi tehlikeli sporlar, sağlığa yararlı egzersizleri ihmal etmek, güneş ışınlarına aşırı maruz kalmak, aşı gibi koruyucu tıbbi müdahaleleri yaptırmamak, aşırı - dengesiz beslenme, süratli araç kullanma, emniyet kemeri kullanmama gibi günlük yaşam alışkanlıkları hemen akla gelen, konuyla ilgili örneklerdendir.

Kişinin sağlığa zararlı yaşam alışkanlıkları sürdürmesi ve gerekli önlemleri almamasının getireceği hastalık, yaralanma, sakatlık durumlarının tedavisi için yapılan harcamalar tüm toplum kesimi tarafından ödenmektedir. Dolayısıyla kişisel yanlışlıkların bedeli en az kendisi kadar başkaları tarafından da karşılanmış olmaktadır. Öyleyse kişiler yüksek maliyetli sağlık harcamalarına yol açıcı etken / sebep olmamaya çalışmalıdırlar; başkalarına yük getirici noktalara varmadan, sağlıklarıyla ilgili üzerlerine düşeni yapmalı ve kontrolü ele almalıdırlar.

Örneğin, kişilerin zararlı yaşam alışkanlıkları dendiğinde akla ilk gelen sigara ve alkol oluyor. İnsanların sağlıkları için zararlı sigara ve alkol kullanımından vazgeçmeleri gerekir. Akciğer kanseri de içinde olmak üzere sigaranın insan sağlığına verdiği zararlar bilinmektedir. Sigara içen bir insanın karşılaştacağı sağlık sorunları içmeyene kıyasla daha fazladır. Bu alışkanlığın sebep olduğu zararlar, içmeyenlere kıyasla o kişilerin daha fazla tıbbi bakım ve tanı - tedavi olanaklarını kullanmasına neden olmakta sonuçta sağlık finansmanının eşit biçimde olmayan bir kullanımı ortaya çıkmaktadır. Böylelikle, kişilerden eşit alınan paylarla oluşturulan sağlık kaynakları, dağıtılırken adaletsiz biçimde dağıtılmış olmaktadır.

Yine, alkol kullanımı sonucu gelişen karaciğer harabiyeti konumuz çerçevesinde karşımıza çıkan güzel bir örnektir. Zararları bilinirken, bu alışkanlıktan vazgeçmeyip karaciğeri iflas ettirmek bir yerde insanların hastalığı gönüllü olarak kabullenmeleri anlamına gelmektedir. Elde olmayan sebeplerden karaciğer sirozuna yakalanarak, bu organı işe yaramaz hale gelmiş bir hastanın bugün tek tedavi yolu karaciğer naklidir. Oysa dünyanın hemen her yerinde, organ bekleyen hastaların ancak küçük bir bölümü için organ temin edilebilmektedir. Bir tarafta ellerinde olmayan nedenlerle hastalığa yakalanmış organ bekleyen hastalar, öte tarafta alkol alışkanlığından vazgeçememiş, bile bile kendini bu sona sürüklemiş organ beklemekte olan hastalar vardır (Amerika

Birleşik Devletleri'nde organ bekleyen hastaların yaklaşık yarısını alkol nedenli karaciğer yetmezli oluşturmaktadır). Bu imkandan yararlanabilecek az sayıdaki şanslı hastayı seçmek başlı başına etik bir sorundur. Bu noktada, “alkol nedenli - siroz vakaları” ile “başka nedenli - siroz vakalarını“, organ bekleme sıralamasında aynı ölçütlerle değerlendirmenin etik yönden doğru olup olmadığı zaman zaman etik bir ikilem olarak görülmektedir. Bu çerçevede alkol nedenli siroz vakalarını bu olanaktan tamamiyle mahrum etmenin yanlış olacağı, bunlar için en azından farklı, yeni ölçütler getirilmesi görüşünü taşıyanlar da bulunmaktadır..

KAYNAKLAR

- Aydın E. Tıp Etiğine Giriş. PegemA yayıncılık. Ankara 2001.
- Aydın İP. Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik. 2. Baskı. PegemA yayıncılık. Ankara 2001.
- May WF. Code, Covenant, contract or philanthropy. Hastings Center Report 1975;5:29-38.
- Bayle M. Professional Ethics. Wadsworth Publishing C., Belmont 1981.
- Hall JK. Understanding the fine line between law and ethics. Nursing 1990 October: 34-9.
- Penslar RL. Research Ethics. Indiana University Press Indianapolis 1995. 20
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed., Oxford Uni. Press, New York 1994. 20
- Göksel FA. Etikten Deontolojiye(Bağlayıcı kuralların oluşumu). Tıbbi Etik 1994;2(1):1-2.
- Örs Y. Neden deontoloji değil de tıbbi etik ? Tıbbi Etik 1993;1(1)5-8.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed, New York: Oxford Uni. Press, 1994.
- Beauchamp TL, Walters L. Contemporary Issues in Bioethics. 3th ed, Belmont California: Wadsworth Inc, 1989.
- Gillon R. Paternalism and Medical Ethics. BMJ 1985;290:1971-72

Kantor JE. Medical Ethics for Physicians. Plenum Medical Book Company New York 1989.

Loewy EH. Textbook of Healthcare Ethics. Press New York. 1996.20

Childress JF. Practical Reasoning in Bioethics. Indiana University Press. Indianapolis 1997.20

Gillon R. "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence. BMJ 1985; 291:130-1

Childress JF. Respect for Person. In: Who Should Decide. Paternalism in Health Care. New York: Oxford University Press, 1982.

Gillon B. Autonomy and the principle of respect for autonomy. BMJ 1985; 290:1806-8.

Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1989:241-62.

Gillon R. Autonomy and consent. in: Lockwood M, ed. Moral dilemmas in modern medicine. New York: Oxford University Press, 1988:111-25.

Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA. Bioethics. Jones and Bartlett Publishers Boston 1997.20

Annals GJ. The Rights of Patient. 2nd ed. Humana Press Totowa, New Jersey 1992.

Beauchamp TL. Philosophical Ethics. 2nd ed. McGraw-Hill, Inc. New York 1991.20

Luce JM. Ethical principles in critical care. JAMA 1990;263(5):696-700.

Mumcu A. İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri. Savaş Yayınları Ankara 1992.

Aydın E. Hasta hakları. Aile Hekimi 1995;1(2):37-40.

Aydın E. Tıbbi etik ve malpraktis. Tıp Etiği Araştırmaları, Ed. Arda B. Biyoetik Derneği Yay. Ankara 1999.

Callahan D. Legislating safety-how far should we go ? The New England Journal of Medicine 1989;320(21):1412-3.20

Meyer MJ. Patient's duties. The Journal of Medicine and Philosophy. 1992;14(5):541-55.

Moss AH. Siegler M. Should alcoholics compete equally for liver transplantation ?
JAMA 1991;265(10):1295-8.20

Persaud R. Smokers' rights to health care. JME 1995;21(5)281-7.

Veatch RM. Voluntary risk to health. JAMA 1980;243(1):50-5

Wikler D. Who should be blamed for being sick ? Health Education Quarterly
1987;14(1):11-25.

HİPOKRAT ANDI

Hekim Apollo, Aesculapius, Hygia, Panacea adına and içerim ve tüm tanrı ile tanrıçaları tanık tutarım ki, bu yemini kendi yetenek ve hükmümle yerine getireceğim.

Bana bu sanatı öğretenei babam gibi tutacağım. Onun dostu olacağım ve maddiyatımı onunla paylaşacağım. Onun çocuklarını kardeşim bileceğim. İstedikleri takdirde bu sanatı onlara karşılıksız öğreteceğim.

Tıbbi bilgilerimi yalnızca çocuklarım, hocamın çocukları ve bu mesleğe girip kurallarını kabul etmiş olanlarla paylaşacağım.

Yetenek ve hükmüm doğrultusunda hastalarımın iyiliği ve yararı için diyet uygulayacağım ve kimseye zarar vermeyeceğim.

Ne ölümcül ilaç isteyeneye böyle bir amaçlı ilaç vereceğim ne de ölümüne neden olacak bir tavsiyede bulunacağım. Bir kadının çocuk düşürmesine yardım etmeyeceğim.

Sanat ve hayatımın temizliğini ve kutsiyetini koruyacağım.

Mesaneden taş alma müdahalesi yapmayacağım, bunu uzmanına bırakacağım.

Girdiğim her ev, hastamın iyiliği içindir. Özgür ya da köle olsun hiçbir insana tacizde bulunmayacağım.

Hastama ait bilgileri kimseye açıklamayacağım ve onları sır olarak saklayacağım.

Eğer bu yeminimi tutarsam insanlar arasında her zaman hürmet göreyim, eğer tutmazsam aksine uğrayayım.

TAHMİN YÖNTEMLERİ

YARGISAL TAHMİN YÖNTEMLERİ

Naiv Tahminler

- İçinde bulunulan andaki olaylara bağlı olarak yapılan sübjektif çıkarsamalar.
- Gelecek hakkında yapılan bir varsayıma dayalı.
- Karmaşık düşünce ve ilişkilendirme yok.
- Öngörü süresi: yakın - dönem.
- En büyük avantajı çabukluğu.
- Tahminleri sıklıkla yenilemek kolay.
- Minimal sayısal beceri gerektiriyor.
- Bilgisayar zorunluluğu yok.
- Geçmiş veri gerektiriyor.
- Yönetim kararlarındaki değişiklikler hemen yansıtılabilir.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimlere duyarsız.
- Doğruluk düzeyi, bütünüyle duruma bağlı; tutarlı doğruluk düzeyi tahminleri vermesi çok zor.
- Çeşitli tahmin formatlarında (nokta, aralık vs) öngörüler verebilir.

Satış Gücü Tahminleri

- Bölge/satış personelinin kendi bölgeleri için yaptıkları tahminlerin bir araya getirilip, beklenen değişimler ve olası saptırma eğilimlerine (örneğin, tahminleri özellikle düşük tutarak, gerçekleşen değer aslında beklenen düzeyde çıkınca kendi satış güçlerini övmek gibi) göre düzeltilmesi
- Öngörü süresi: yakın - dönem ve orta - dönem.
- Tahminlerin toplanması, birleştirilmesi ve ‘düzeltilmesi’ çok çabuk yapılabiliyor.

- Bilgisayar zorunlu değil.
- Uygulama maliyeti çok düşük.
- Geçmiş dönemlere ait veri olması yardımcı ama zorunlu değil.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimlere çoğunlukla duyarsız.
- ‘Yanlı’ / saptırılmış tahminler alma olasılığı çok yüksek; çoğunlukla ‘düzeltme’ gerektiriyor.
- Ayırıştırılmış tahminler kapsamında çok detaylı ve güvenilir ‘bölgeye özel’ bilgi sunabilir.
- Olasılıksal tahminler verebilir.

Yönetici Paneli / İcra Jürisi

- Kuruluşun içindeki çeşitli alanlardan/bölmelerden gelen uzmanların ‘ortak - görüş’e vararak bir uzlaşma süreci sonunda hazırlanan tahminler.
- Öngörü süresi: yakın - dönem ve orta - dönem.
- Uzmanlar kuruluşun içinden olduğu için dışardan gelecek uzman tahminlerine kıyasla daha çabuk hazırlanabilir.
- Tahminlerin yenilenmesi çok kısa sürede gerçekleşebiliyor.
- Minimal sayısal beceri gerektiriyor.
- Bilgisayar gerektirmiyor.
- Geçmiş dönemlere ait veri olması yardımcı ama zorunlu değil.
- Oluşabilecek değişkenlikleri tahminlere yansıtması jürinin sık toplanmasına bağlı.
- Yönetim kararlarındaki değişimler (jüri toplandığı zaman) hemen yansıtılabilir.
- Çeşitli uzmanlık alanlarını bünyesinde topladığı için çevresel değişiklikleri tahminlere uyarlaması kolay.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimlerden çoğunlukla haberdar, çabuk yansıtılabilecek durumda.

- Değişken koşullarda doğruluğu en yükseğe çıkma potansiyeli var .
- Değişim noktalarını yansıtmada çok duyarlı olabilir.
- Koşullardaki / kısıtlardaki değişiklikleri erken saptaması çok büyük bir avantaj.
- Geri - bildirimden en çabuk yararlanabilecek teknik.
- Nokta tahminlerin yanı sıra aralık tahminleri ve olasılıksal tahminler alabilmek çok kolay.

Senaryo Yöntemleri

- Geleceğe ait olabilecek (akla yatkın) senaryolar üretmek ve her senaryonun oluşabileceği koşulları detaylı düşünüp inceleyerek tahminler yapmak.
- Öngörü süresi: uzun - dönem .
- Acele davranmak kaliteden çok şey azaltıyor.
- Minimal sayısal beceri gerektiriyor.
- İhtiyaç duyulduğu zaman tahminler yenileniyor.
- Bilgisayar zorunlu değil.
- Tahminlerin (ve dolayısıyla senaryoların) kapsamlı olması istenirse genellikle pahalı oluyor.
- Geçmiş dönemlere ait verilere gereksinim duyuluyor.
- Tekniğin bakış açısı kısa-dönemli etkiler ve rastlantısal değişkenliklerin etkisini azaltıyor.
- Yönetim kararlarındaki değişiklikleri hemen yansıtabilir.
- Çevresel değişiklikleri kolaylıkla tahminlere yansıtabilir.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimlere kolay uyum sağlanabilir.
- Genellikle ‘toplam’ / global düzeyde tahminler elde etmede kullanılır; parça / öge tahminleri için çok pahalı olduğu düşünülür.
- Verdiği tahminlerin doğruluğu tartışmalı olabilir; en yüksek doğruluğu tahmin süresi uzadığında ve koşullar dinamik olduğunda yakalar.

- Dinamik koşullarda konjonktürdeki değişim noktalarını saptar.
- Değişim noktalarına uyum sağlayabilir, ancak uzun öngörü süreleri yüzünden genellikle böyle durumların (relativ olarak) önemi pek kalmaz.
- Nokta tahminlerin yanı sıra aralık tahminleri ve olasılıksal tahminler alabilmek çok kolay.

Delfi Tekniği

- Konunun uzmanı bir grubun üyelerinin (1) bireysel tahminlerde bulunup (2) diğer uzmanların tahminlerini görmelerine izin vererek kendi tahminlerini değiştirebilecekleri ve (3) artık tahminlerini revize etmek istemeyecekleri zamana kadar geri - bildirimden yararlandıkları tekrarlayıcı bir süreç.
- Öngörü süresi: orta - dönem ve uzun – dönem.
- Aceleci davranmak kaliteyi direk olarak etkiliyor.
- Genellikle bir - kerelik tahminler için kullanılmakta, ancak yeni bilgi geldikçe tahminler yenilenebilir.
- Minimal sayısal beceri gerektiriyor.
- Bilgisayar zorunlu değil.
- Maliyeti katılımcıların kimler olduğuna bağlı.
- Geçmiş veriler yardımcı oluyor ama her zaman zorunlu olmayabiliyor.
- Geri bildirimin en etkili kullanımlarından birini sergilemekte.
- Tekniğin bakış açısı kısa - dönemli etkiler ve rastlantısal oynamaların önemini azaltıyor.
- Yönetim yaklaşımındaki değişiklikleri yansıtma kolaylığı/zorluğu grubun birikimine bağlı.
- Çevresel değişiklikler hemen yansıtılabilir.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimlere kolay uyum sağlar.
- Genellikle sadece ‘toplam’ / global düzeyde tahminler elde etmede kullanılır.

- Verdiği tahminlerin doğruluğu tartışmalı olabilir; en yüksek doğruluğu tahmin süresi uzadığında ve koşullar dinamik olduğunda yakalar.
- Dinamik koşullarda konjonktürdeki değişim noktalarını saptar.
- Değişim noktalarına uyum sağlayabilir, ancak uzun öngörü süreleri yüzünden genellikle böyle durumların (göreceli olarak) önemi pek kalmaz.
- Nokta tahminlerin yanı sıra aralık tahminleri ve olasılıksal tahminler alınabilir.

Tarihsel Analoji / Benzetim

- Geçmişte gerçekleşmiş olaylarla analogiler kurarak ve durum benzerliklerinden yararlanarak tahminlerde bulunmak.
- Öngörü süresi: orta - dönem ve uzun – dönem.
- Genellikle bir-kerelik tahminler için kullanılmakta, ancak yeni bilgi geldikçe tahminler yenilenebilir.
- Sayısal beceri istenilen bir özellik, düzeyi duruma bağlı olarak değişebilir.
- Bilgisayar bu tekniğin uygulanmasında çok yardımcı .
- Geçmiş veriler varsa tahminler makul bir sürede yapılabilir; veri toplamak gerekiyorsa çok ciddi gecikmeler oluşabilir.
- Veriler hazır olduğu takdirde maliyeti çok az.
- Uzun bir zaman serisi ve kapsamlı tarihsel bilgiler zorunlu.
- Tekniğin bakış açısı kısa - dönemli etkiler ve rastlantısal oynamaların önemini azaltıyor.
- Yönetim yaklaşımındaki değişiklikleri çok kabaca yansıtabilir.
- Çevresel değişiklikleri kapsamına alabilir ama tahmin kalitesi çok oynayabilir.
- Değişkenlerin ilişkilerindeki değişimleri kabaca yansıtabilir.
- Genellikle sadece ‘toplam’ / global düzeyde tahminler verir .
- Verdiği tahminlerin doğruluğu tartışmaya açıktır.
- Konjonktürel değişimler dışındaki değişimleri kabaca tahmin edebilir.
- Genellikle nokta tahminler verilir.

KAYNAKLAR

- Bağırkan, Şemsettin (1993). İstatistiksel Analiz. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
- Çömlekçi, Necla (1998). Temel İstatistik İlke ve Teknikleri. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.
- Güriş, Selahattin ve Ebru Çağlayan (2000). Ekonometri: Temel Kavramlar. İstanbul: DER Yayınları.
- İdil, Orhan (1988). Yönetimde İstatistik: Teknikler ve Örnek Olaylar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- İkiz, Fikret, Halis Püskülcü ve Şaban Er (2000). İstatistiğe Giriş. İzmir: Barış Yayınları, Fakülteler Kitabevi.
- Korum, Uğur (1991). Sosyal Bilimlerde İstatistik. Ankara: Turhan Kitabevi.

KARAR ANALİZİ

KİŞİSEL OLASILIKLAR

Olasılık belirsizliğin matematiksel tanımlamasıdır. Kişisel olasılıklar ise karar alıcıların belirsiz olaylara ilişkin beklentilerini sayısal olarak ifade etmelerini sağlayan ölçütlerdir. Kişisel olasılık kuramına göre, belirsiz bir olayın oluşabilecek sonuçlarına verilen olasılıklar, bu kişinin sözkonusu sonuçların gerçekleşeceğine ilişkin beklentilerinin (inanç veya güven derecelerinin) özetleridir. İstatistiksel karar teorisi ve karar analizinin odağını oluşturan kişisel olasılıklar karar süreçlerinin temel öğeleri olarak kabul edilmektedir. Kişisel olasılıkları belirtmek ve kullanıcılara iletmek amacıyla çeşitli yöntemler izlenebilir.

Olasılık Belirtme Yöntemleri

Sayısal olasılıklar en sık kullanılan belirsizlik ifadeleridir. Olabilirlik oranları ise sayısal yönleri daha az kuvvetli kişilerce tercih edilebilmektedir. Dairesel grafikler olabilirlik oranlarının görsel tanımlamalarını, bahis oranları ise sayısal tanımlamalarını temsil etmektedir.

Sayısal Olasılıklar Yöntemi:

Sayısal olasılıklar yönteminde katılımcı / analist / karar - alıcı, gerçekleşeceğine inandığı sonucu seçtikten sonra, verdiği yanıtın gerçekleşme olasılığını 0.5 ile 1.0 arasında bir sayıyla belirtmektedir. İki potansiyel sonuçlu bir durumu ele alırsak, kişinin seçtiği sonucun gerçekleşme olasılığını, sözgelimi 0.6 olarak belirtmesi, diğer şıkkın gerçekleşme olasılığını $(1-0.6) = 0.4$ olarak gördüğü anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, “1.0” olarak verilen bir kişisel olasılık, karar alıcının o sonucun gerçekleşeceğine (ve diğer sonucun gerçekleşmeyeceğine) kesin gözüyle baktığını gösterir. “0.5” olasılık verilmesi ise kişinin iki sonucun gerçekleşme olasılıklarını eşit gördüğünü bize iletir.

Dairesel Grafikler Yöntemi:

Dairesel grafikler yönteminde katılımcı, gerçekleşeceğine inandığı sonucu belirttikten sonra, seçtiği sonucun gerçekleşme olabirliğini kendisine sunulan bir dairenin üzerinde çizeceği 180° ile 360° arasında bir açıyla belirtmektedir. 360° 'lik bir açı belirtmesi karar-alıcının yanıtının gerçekleşeceğinden bütünüyle emin olduğunu gösterir. 180° 'lik bir açı ise her iki sonucun gerçekleşme olabirliğini eşit algıladığını simgeler.

Bahis Oranları Yöntemi:

Bahis oranları yönteminde katılımcı, gerçekleşeceğine inandığı sonucu seçtikten sonra, seçiminin doğru olma olabirliğini seçtiği sonucun lehindeki bahis oranları ile belirtmektedir. Bahis oranları $a : 1$ şeklinde olmakta, karar - alıcı a için düşündüğü sayıyı belirtmektedir. Bu sayı ne kadar büyük olursa, karar-alıcı, seçiminin doğruluğundan (ve diğer sonucun gerçekleşmeyeceğinden) o kadar emin demektir. Katılımcının $1 : 1$ oranını vermesi, katılımcının gözünde iki sonucun eşit olasılığı olduğunu gösterir.

Günlük yaşamımızda sayısal olasılıkları aslında çok sık kullanırız: 'Gelecek hafta doların artma olasılığı % 80', 'Fenerbahçe bu maçı % 90 alır', 'Hastanın kaşıntısının psikosomatik olduğundan % 100 eminim' gibi. Dolayısıyla sayısal olasılıklar, hepimizin pek de farkında olmadan kullandığı, belirsizliklerin doğal tanımlamalarıdır.

Sözel Belirsizlik Tanımlamaları

Günlük kullanıma dikkat edersek, sayısal ifadelerin yanı sıra bir de sözel belirsizlik ifadeleri kullandığımızın farkına varırız. En sık kullandığımız sözel belirsizlik tanımlamalarının başında KESİN, OLDUKÇA KESİN, MÜMKÜN, OLASI, MUHTEMEL, BELKİ, PEK ŞANSI YOK, OLANAKSIZ gibi ifadeler gelmektedir. Bazı araştırmacılar sözel tanımlamaların insanlara daha kolay ve doğal geldiğini, dolayısıyla sayısal tanımlamaları kullanmanın gereksiz olduğunu savunmaktadırlar.

Bu iddiayı incelemek amacıyla çeşitli katılımcı gruplarıyla yapılan çalışmalar, sözel tanımlamaların değişik yorumlamalara açık olduğunu ve bunun da iletişim kopukluklarına neden olduğunu göstermektedir. Örneğin doktorların hastaları

hakkında birbirlerine yazdıkları notlar üzerine yapılan bir çalışmada, ‘OLASI’ sözcüğünün sayısal karşıtını işaretlemeleri istendiğinde % 20 ile % 70 arasında yanıtlar görülmüştür. Aynı yorumlama yelpazesi, kullanılan diğer sözel tanımlar için de kendini göstermiştir. Bu ve benzeri nice çalışmanın bize gösterdiği, sözel tanımlamaların anlatım netliğinin olmadığı ve dolayısıyla belirsizliğin karar alıcılar arasındaki iletişimde istenilenin aksine sonuçlar yaratabileceği durumudur. İnsanlar, belirsizlikler konusundaki hislerini anlatmada muğlak veya bulanık sözel ifadeleri daha rahat kullandıklarını; ama başkasından belirsizlik tanımlamaları alırken bulanıklığı olmayan sayısal ifadeleri tercih ettiklerini belirtiyorlar. Örneğin bir hasta, doktorundan ‘olası bir göğüs kanseri durumu var’ cümlesini duyunca ne hissetmesi gerektiğini bilemiyor, çünkü ‘olası’ sözcüğünü nasıl yorumlayabileceği konusunda net olamıyor. Doktor açısından ise muğlak bir ifade vermek, kendini sayılara hapsetmekten daha kolay geliyor.

Belirsizliğin iletişimde ortaya çıkabilecek farklılıklar, karar mekanizmalarının işleyişinde sorunlara yol açabilir. Düşünülmesi gereken konulardan biri, karar alıcıların arasındaki iletişimde bütünlülüğü ve uyumu sağlayacak karar-destek mekanizmalarının kurulması ve karar süreçlerinin etkinliğinin artırılmasıdır. Bağlantılı olarak, grup olasılıklarının performans değerlendirmeleri araştırılmalı , geri-bildirim potansiyel etkileri sınanmalıdır.

Etkin kararların alınmasında bu kadar önemli bir rol üstlenen kişisel olasılık ifadelerinde çok sık rastlanan bir sorun vardır: olasılıkları veren kişilerin güven duygularının çok yetersiz veya çok abartılı olması. Eksik veya aşırı - güven diye adlandırdığımız bu durumun nasıl ölçülebildiğini ve nasıl düzeltilebileceğini aşağıda görelim.

Eksik / Aşırı - Güven

Verilen olasılıkların ortalaması ile seçilen sonuçların gerçekleşme yüzdesi arasındaki fark kişinin eksik veya aşırı güveni hakkında bize bilgi verir. Eğer ortalama olasılık yüksek, buna karşılık beklenen sonuçların gerçekleşme yüzdesi düşük ise karar-alıcının aşırı - güvenli olduğundan söz edebiliriz. Verilen olasılıklar düşük olduğu halde beklenen sonuçların gerçekleşme yüzdesi yüksek ise bu bize karar - alıcının eksik - güvenli olduğunu gösterir.

Finans, tıp, muhasebe, hukuk gibi çok çeşitli meslek gruplarında çalışan kişilerin verdikleri olasılıklarda hep aşırı güven görülmüştür. Hem kişi bazında karar vermede, hem de grup karar-alma süreçlerinde rastlanan aşırı - güven öyle ciddi boyutlara varmaktadır ki, örneğin tipik olarak katılımcıların % 100 olasılık verdikleri durumların % 20'si yanlış çıkmaktadır.

Aşırı - güven bulgusunu açıklama çabaları temel olarak geri - besleme üzerinde odaklaşmıştır. Bu çalışmaların ortak sonucu, kişilerin beklentileri konusunda aldıkları geri - beslemenin ürünü olarak yargı güçleri hakkında abartılmış bir hisse kapıldıkları, ve dolayısıyla 'bilişsel kibir' kurbanı olduklarıdır. Genelde geri - besleme sadece beklenen sonuçların hakkında olduğu (ve beklenmeyen sonuçlar hakkında bilgi toplanılmadığı) için kişiler, yanılabilir yargı kuvvetlerine fazlasıyla güvenmekte ve bir tür 'doğruluk aldanması'na kapılmaktadırlar.

Aşırı - güveni azaltmak için takip edilebilecek yöntemler arasında katılımcıları aşırı - güvene karşı uyarmak, bekledikleri ve beklemedikleri sonuçlar hakkında olabilecek senaryolar üretip nedenlerini düşünmelerini sağlamak, yanıt formatını değiştirmek ve çalışmanın başlangıcında sunulan bilgileri ve/veya soruları daha çok açıklamak gelmektedir. Özetle, geri - beslemenin formatı ve içeriği aşırı - güveni yaratan unsurlara odaklanırsa ve tahminleri verenlerin beklentilerinin yanı sıra beklemedikleri sonuçlar hakkında da düşünmeleri sağlanırsa, aşırı-güvenin azalması gerçekleşebilir. Karar - alıcıların aşırı - güvenlerinin azalması da kararların çok daha sağlıklı olarak verilmesinde belirleyici unsurlardan birini oluşturmaktadır.

OLASILIKSAL TAHMİNLER

Kişisel olasılıkların uygulamasında en etkin alanların başında olasılıksal tahminler gelir. Bu bilim alanı, öngörücülerin ileride sonuçlanacak olaylara verdikleri kişisel olasılıkların (yani, olasılıksal tahminlerin) incelenmesini amaçlar. Salt nokta ve kategorik tahminlere kıyasla, olasılıksal tahminler, tahminleri yapan ve kullanan kişilere önemli yararlar sağlar. Bu yararlardan ilki, olasılıksal tahminlerin, öngörücülerin belirsizliklerinin niteliksel tanımlamalarını sunmalarıdır. İkinci yarar, bu belirsizliklerin öngörülerin kullanıcılarına aktarılmasında olasılıksal tahminlerin temel bir iletişim kanalı sağlamalarıdır. Böylece, tahmin yapan kişilerin bilgi ve belirsizliklerinin yayılımı kolaylaşmış olur. Kullanıcılar, nokta ve kategorik

tahminlerin yanı sıra, bu öngörülere ait belirsizlik ölçütlerini de elde edebilmekte, bu bilgi ise öngörülerini daha iyi 'yorumlayabilmelerine' olanak vermektedir.

Öngörücüler açısından bir başka önemli yarar ise olasılıksal tahminlerin öngörücülerin gerçek yargılarını/kanılarını / düşüncelerini / tereddütlerini bütünüyle iletebilmelerine yardımcı olmalarıdır. Oysa nokta veya kategorik tahminler kullanırken öngörücüler tereddütlerini / belirsizliklerini yok farzedip bir özet sayı (veya yön) söylemek durumunda kalırlar ki bu da tahminlerin performansını değerlendirmede çok yanıltıcı sonuçlara neden olabilir.

Günümüzde olasılıksal tahminlerin kullanıldığı alanların başında meteoroloji, ekonomik tahminler, portföy analizi, risk analizi ve istihbarat analizi gelmektedir.

RISK

Karar verme sürecinde düşüncelerimizi, davranışlarımızı, seçimlerimizi etkileyen faktörlerden belki de en önemlisi *risk* kavramıdır. Risk kaybetme olasılığıdır; potansiyel kayıpları / zararları, bu kayıpların önemini ve de söz konusu kayıplar hakkındaki belirsizliklerin tümünü içerir. Riskli durumlardaki davranış (1) riskleri fark edip tanımlamayı, (2) riskleri değerlendirmeyi ve (3) risklere karşılık vermeyi kapsar.

Kayıp / zarar kavramı bir olayın sonucunun belirlenen bir referans noktasının altına düşmesiyle ortaya çıkar. Bu referans noktası, beklenen değer olabileceği gibi, duruma göre sıfır (objektif kayıp) veya hedeflenen sonuç (dışardan belirlenen veya kişinin belirlediği bir amaçlanan düzey) da olabilir. Kayıp / zarar olasılığı riskin temel göstergesini oluşturur.

Finansal analizde kullanılan varyans, beklenen kayıp veya maksimum kayıp da diğer risk göstergeleridir.

Karar analizi açısından önemli olan *algılanan risk*dir. Karar - alıcının risk algılayışını etkileyen faktörler:

- zararın önemi veya algılanan boyutu
- ilk kez mi tekrar mı olacağı
- kontrol edilebilir olup olmaması

- üstlenilen sorumluluk
- riskin kaynağı (doğal afetler veya insan kaynaklı olması)
- riskin toplumsal/çevresel sonuçları
- masum ve incinebilecek bir risk grubunun (çocuklar vb) varlığı
- ‘*arka bahçemde değil*’ etkisi (kişiye veya yakınlarına doğabilecek sonuçlar, uzaktakilere olacıklardan daha önemli sayılmakta; daha sonra oluşabilecek sonuçlar ise hemen oluşabileceklere kıyasla daha az önem kazanmakta).

Tüm bu faktörler karar verecek kişinin risk boyutlarını algılama biçimini etkilemekte ve verilen kararların kalitesini önemli ölçüde belirlemektedir.

KAYNAKLAR

Gürsakar, Necmi (1992). Bayesgil İstatistik. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

Halaç, Osman (2001). Kantitatif Karar Verme Teknikleri. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.

İdil, Orhan (1980). Örnekleme Teorisi ve İşletme Yönetiminde Uygulanması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Öztürk, Ahmet (1992). Yöneylem Araştırması. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ

Değerlendirme modelinde iki temel unsur bulunmalıdır: Gözetim ve Değerlendirme.

Gözetim sürekli bir tabanda yapılırken, Değerlendirme daha önceden özel olarak belirlenmiş zamanlarda yapılır.

GÖZETİM

Gözetim faaliyetlerinin amacı toplumun sağlık durumundaki değişiklikleri (özellikle müdahale için hedef alınan özel sağlık problemi/problemleri ve şartlar açısından) ve bu değişikliklere yol açan hususları sürekli tanımlamak ve değerlendirmektir. Gözetim bulaşıcı hastalıklar (grip, diyare) gibi akut durumlar ve kronik durumlar (kardiyovasküler hastalıklar, kanser) ve bunların sebepleri (sigara içme, prezervatif kullanma, emzirme) için uygulanır. Söz konusu gözetim planlanan faaliyetlerin ne dereceye kadar yerine getirileceğine ve bu faaliyetlerin daha önceden belirlenen protokollerle ne derece ilişkili olduğuna da işaret etmelidir. “Gözetim” ve “denetim” sözcükleri genelde eş anlamlı kullanılmasına rağmen program/hizmet faaliyetlerinin değerlendirilmesi bazen denetim olarak adlandırılır. Gözetim faaliyetleri aracılığıyla toplanan bilgi ilk bakım ekibine müdahaleye planlandığı şekilde devam etme yada gerekli değişiklikleri yapma konusunda karar vermekte yardımcı olur.

Gözetim faaliyetleri klinik düzenle rutin olarak veya periyodik anketlerle toplanan bilgiye dayanabilir. Klinikten bilgi edinmek üzere, müdahale programı için geliştirilen kayıt sistemi kullanılır. Gözetim faaliyetlerinin yerine getirilme sıklığı ve bunlar için kimin sorumlu olacağı önceden belirlenmelidir.

Gözetim tipleri: Demografik gözetim, faaliyetlerin denetimi ve sağlık gözetimi.

DEĞERLENDİRME

Değerlendirme bir sağlık hizmetinin belirlenen amaçlara ulaşip ulaşmadığının eleştirisel ve objektif olarak değerlendirilmesidir. Değerlendirmenin amacı müdahale faaliyetlerinin sonucunda ne elde edildiği konusunda bilgi edinmektir. Neyin işe yarayıp neye yaramadığı konusunda bilgi sağlar ve kaynak kullanımının

meşrulaştırılıp meşrulaştırılmadığını ve verimli şekilde dağıtılıp dağıtılmadığını analiz eder.

DEĞERLENDİRME TİPLERİ

Yapısal Değerlendirme

Fiziksel düzen, tesisler ve ekipman dahil hizmetin kendisine ilişkin programın hususlarına atfeder. Hizmetlerin elverişliliği ve erişilebilirliği, hizmetten yararlanma önündeki engeller(coğrafi, fiziksel, ekonomik, kültürel, vs), ve personelin sorumluluğu da ayrıca değerlendirilmelidir.

Süreç değerlendirmesi

Planlama aşamalarında belirlenen kriterlere göre program süreci veya faaliyetlerin yerine getirilmesi ölçülmelidir. Süreç değerlendirmesi ölçümlerin müdahale protokolünde belirtilenle karşılaştırıldığında hangi ölçüde yerine getirildiği gibi hususları ele alır. Sunulan hizmetlerden yararlanma veya tavsiyelere uygunluk derecesi gibi diğer ölçümler de yapılabilir.

Sonuç değerlendirmesi;

Program / hizmetin belirlenen hedeflerine ne kadar ulaşıldığına atıfta bulunur (etkinlik). Etkinlik özel bir müdahale ve ideal şartlar altında yararlı sonuçlar verme derecesiyle ilgilenen verimlilikten ayrılmalıdır.

DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Program inceleme ekibin yerine getirilen faaliyetlerin yarar sağladığını varsaydığı durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Bu tip değerlendirmenin yapılması toplumun kendi kendini kontrol ettiği önce ve sonra anketleri içerir. Program denemesi takımın programın etkinliğini göstermesi gereken durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Denemeler programın sonucunun söz konusu müdahale dolayısıyla ortaya çıktığını ve dış faktörlere bağlı olmadığını değerlendirmek için yapılan deney veya yarı deneylerdir. Bu tip değerlendirmeler bir müdahale veya deney grubu ve müdahalenin yapılmayacağı kontrol grubu kullanılmasını gerektirir.

DEĞERLENDİRMENİN PLANLANMASI

Amaç belirleme

Değerlendirmenin amaçlarını takımın müdahale veya faaliyetlerin hedefi olarak seçtiği hususlar belirler. Süreç, yapı ve sonuç eş zamanlı olarak değerlendirilebilir veya programın gerekliliklerine ve mevcut kaynaklara uygun olarak farklı zamanlarda ayrı ayrı ele alınabilir.

Değerlendirmede hedefleme

Evren seçimi gerçekleştirilecek değerlendirme tipiyle - program inceleme (seçilen toplulukta önce ve sonra), veya program deneme (müdahale ve kontrol grubunda önce ve sonra)- belirlenir. Değerlendirme evrenin tümü üzerinde veya bunu temsil eden bir örneklem üzerinde gerçekleştirilebilir.

Yöntemler

Bir Sağlık Programı durumunda sonuçlar değerlendirilirken, temelde kullanılan aynı ölçüm ve veri toplama yöntemleri kullanılır. Bu bir hizmetse, (veya bir politika) hizmetin (veya politikanın) teklif edilen amaçları değerlendirme için temel oluşturacaktır. Süreç ve yapıların ele alınması için; mülakat, odak grupları, anketler, doğrudan gözlemler gibi, ek ölçümler geliştirilmelidir. Kullanılan herhangi bir ölçümde olduğu gibi, geçerlilik ve güvenilirlikleri önceden saptanmalıdır.

Veri Analizi

Evrenler veya risk faktörleri arasındaki farkları kontrol etmek için değişiklik ölçümleri (önce ve sonra farkları, oranlar, program denemesi durumunda net farklar) ve çok değişkenli teknikleri içerir.

Zaman çizelgesi

Değerlendirmenin ne zaman yapıldığı ve gerçek değerlendirmenin ne kadar süreceğiyle ilgilidir. “Ne zaman” olduğu müdahalenin amaçlarıyla belirlenir. Fakat,

ara hedefleri değerlendirmek için daha kısa aralıklarla ara değerlendirmeler yapılabilir.

Kaynaklar

Değerlendirme planlaması personel ve bütçe açısından kaynakların tanımlanmasını gerektirir. Değerlendirmeler genellikle kliniğın olağın kullanım için bulundurduğundan daha fazla kaynak gerektirir. Değerlendirme klinik personeli veya müdahalede bulunmayan “dışarıdan” personel tarafından yapılabilir. “Dışarıdan” personel kullanmanın avantajı müdahaleye dahil olan personelin yapması muhtemel olan hataları yapmamasıdır. Dezavantaj ihtiyaç duyulabilecek ekstra kaynaklardır.

Sorumluluk

Değerlendirme sonuçları hazır olduğunda, kliniğın ve topluluğın tüm üyeleriyle paylaşılmalıdır.

TARAMA

Hastalığın presemptomatik aşamada tespit edilmesi

Taramanın amacı, kişi ve topluluklar üzerinde araştırma yaparak, belli hastalıkları, sakatlıkları veya diğer bazı anomalileri (genetik farklılık veya taşıyıcılık gibi) ortaya çıkarmaktır. Tarama, eğer etkili tedavi yöntemleri veya ölçülebilen önlemler mümkünse kullanılması tavsiye edilen bir yöntemdir.

Pek çok tarama türü vardır ve her biri özel bir amaca hizmet eder;

- Halk sağlığının korunması
- Bir organizasyona kabul edilmeden önce
- İşgücünün korunması
- Hayat sigortası amacıyla
- Hastalığın erken teşhisi için

Hastalığın erken teşhisi

- Hastalık önemli bir sorun mudur ? (insidans, prevalans, etkileri)
- Fark edilebilen sessiz veya erken semptomatik aşama var mıdır?
- Teşhis ve tedavi için olanaklar var mıdır?
- Programın maliyeti kaynakların diğer talepleri doğrultusunda planlanmış mıdır?
- Hasta olarak kimlerin tedavi edilmesi konusunda belirli bir politika var mıdır?
- Tedavi yarar sağlar mı?

Tarama testinin seçimi

- Test ucuz olmalı ve tıpla ilgisi olmayan eğitimli personel tarafından hızla yapılabilmelidir.

- İnsanların çoğu tarafından kabul edilebilir, acısız ve zaman almayacak nitelikte olmalıdır.
- Test güvenilir olmalıdır - aynı sonuç tamamen farklı bir gözlemci tarafından veya aynı gözlemci tarafından pek çok kez tekrarlandığında da elde edilebilmelidir.
- En önemlisi, testin geçerliliği bilinmelidir.
- Geçerlilik, testin araştırmacının bilmek istediği şeyi ölçme veya bulma becerisi ve hasta ile sağlıklı insan arasındaki farkı gösterebilme yetisidir.
- Geçerlilik, genellikle sensitivite ve spesifite ile ifade edilir.

Önerilen tarama programının değerlendirilmesi: Göz önünde bulundurulacak noktaların özeti:

Konu	Özellik
Araştırma kanıtları	Yararlar ve riskler
Öncelikler ve diğer stratejiler	Sağlık probleminin önemi. Hangi kontrol stratejileri uygundur (birincil koruma, tedavi, vs...)
Testin özellikleri	Geçerlilik (yanlış pozitif, yanlış negatif) pozitif tahmin değeri, uygunluk, güvenilirlik, kabul edirlilik
Klinik sonuçlar	Etkinlik, kabul edirlilik, maliyet, tarama sonrası teşhis ve tedavinin yan etkileri
Kaynaklar	Test maliyeti, program organizasyonu, teşhis ve hastalık bulunan vakaların teşhis ve tedavisi
Kalite teminatı	Program oluşturulduysa, monitörizasyon

	için, ve kaliteyi artırmak için gerekli sistem
Etik ve Ahlak	Verilerin gizli tutulması

BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ

İÇERİK VE İÇİNDEKİLER

Bu ders notları Sağlık Bakanlığı personeline 2001-2002 döneminde Bilkent Üniversitesi ve Üniversitesi'nin (İsrail) ortaklaşa verdiği yöneticilik seminerlerinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu notların amacı katılımcıların kurs sonrası bilgilerini pekiştirmek veya yeni kaynaklara ulaşabilmek için kullanacakları bir döküman oluşturmaktır. Seminerlerin bu bölümünde inceleyeceğimiz konu *Yönetim Bilgi Sistemleri*'dir (YBS). Her ne kadar bu notların seminer içeriğinden daha kapsamlı olacağı bir gerçekse de, YBS konusunda tam kapsamlı bir kitap yazdığımız iddiasında değiliz. Temel amacımız seminerlerden sonra da kendilerini yetiştirmek isteyen katılımcılara yön (kaynak) gösterecek bir kitapçık oluşturmaktır. Bu nedenle, notların yazılımı sırasında yararlandığımız kaynaklar dışında konu ile ilgili bulduğumuz seçilmiş kaynaklar listesini de kitapçığın sonuna ekledik.

Bu notlarda önce *Yönetim Bilgi Sistemleri* (YBS) ve daha genelinde *Sistem Kuramı* tanıtılacak. Bu konularda kısa bir bilgilendirme ve örneklerden sonra, Bilgi Sistemlerinin sağlık sektöründeki önemi, kullanımı ve yararları hakkında tartışılacaktır. Aşağıda verilen tablo bölümlerin sayfa numaralarını göstermektedir.

Konu Başlığı

1. Bilgi Sistemlerine Giriş
 - 1.1. Sistem Kuramı
 - 1.2. Bilimsel Karar Verme Yöntemi
 - 1.3. Bilgi Sistemleri Nedir?
 - 1.4. Bilgisayar Bir Bilgi Sistemi midir?
 - 1.5. Bilgisayar Donanımları
 - 1.6. Bilgisayar Yazılımları

1.7. İletişim Teknolojileri ve Küresel Ağ: İnternet

2. Bilgi Sistemlerinin Kurumu ve Yönetimi

2.1. Bilgi Sistemi Tasarımı

2.2. Bilgi Sistemleri Proje Değerlendirmesi

2.3. Bilgi Sistemi Kurulumu

2.4. Sağlık Bilgi Sistemleri

A.1. Bilgi Sistemleri Konusunda Yardımcı Kaynaklar

A.2. BS ve Bilişim Teknolojileri Konusunda Yardımcı Sözlük

A.3. İnternet'teki Sağlık Sayfaları

BİLGİ SİSTEMLERİNE GİRİŞ

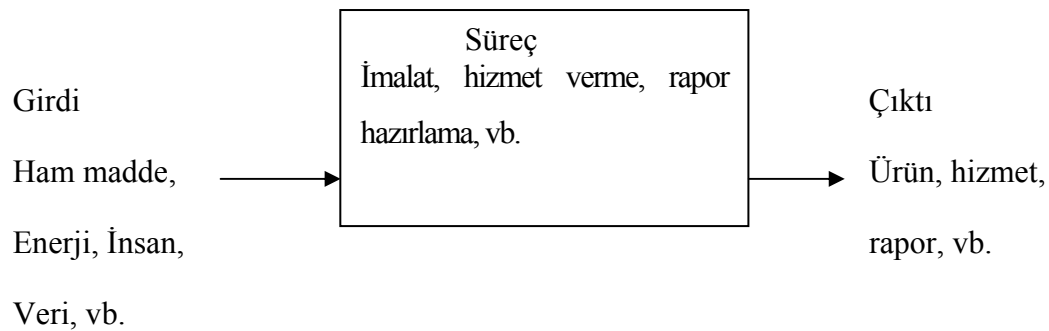
Bilgi ve bilim her zaman için insanların önem verdiği bir konudur. Geçmişte bilgiye erişimin ve aynı zamanda bilginin nesilden nesile aktarımının zorlukları dolayısıyla bilgi bir güç kaynağı olarak kullanılmıştı. Bu zorluklar dolayısıyla günlük hayatımızda bilim ve bilgiye çok da fazla önem vermiyorduk; daha çok önsezilerimize güveniyorduk. Günümüzde, özellikle bilişim ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler dolayısıyla veri toplama ve değerlendirme ve bilgiye erişim maliyetleri/kısıtları önemli ölçüde azalmıştır. Böylece insanlar hem sosyal, hem de iş hayatlarında daha çok bilgi kullanır ve başarılı olabilmek için daha detaylı bilgiye ihtiyaç duyar olmuşlardır; kısacası günümüzde insanların bilgiye bağımlılığı çok belirginleşmiş ve gittikçe de artmaktadır. Artık bilgiye daha düzenli, güvenilir, tam ve zamanında erişimin sağlanması ve bunun masrafının en aza indirgenmesi için çalışmalar yapmak lazımdır. Bu yüzden Bilgi Sistemleri (BS) her kurum ve örgütün (ve hatta bireyin) en değerli parçası haline gelmiştir.

Bu bölümde, bilgi sistemlerinin tanımını yapacağız ve çeşitlerini tanıyacağız. Ayrıca, bilimsel karar verme sürecinde BS ve veri toplamanın öneminden bahsedeceğiz. Bilişim ve iletişim teknolojilerindeki son gelişmeler ve bu sektörlerin BS'ne

katkılarını da bu bölümde tartışacağız. Fakat BS nedir sorusunu sormadan önce “Sistem Nedir?” sorusuna cevap aramak daha doğru olacaktır.

Sistem Kuramı

Çok çeşitli sistem tanımları vardır; genellikle de üzerinde durulan özel sistemin niteliklerini kullanarak bu tanım yapılır. Biz en genel sistem tanımını vermek istiyoruz: Bir diğeri ile ilişkili ve belli bir amaç uğrunda beraberce çalışan öğelerin (parçaların) tamamına *sistem* diyoruz (Turner ve diğ^{er}leri, 1988). Bu parçalar son derece basit öğeler olabileceği gibi, oldukça karışık ve kendi başına bir sistem oluşturabilen (ve alt-sistem olarak da anılan) öğeler de olabilirler. Temelde bir sistemi üç ana bölümde incelemek doğrudur. Bunlar: girdi, süreç ve çıktıdır. *Girdi*(ler) bir sisteme dışarıdan dahil olan unsurlardır ve sistemde bir sürecin başlamasına yol açarlar. Örneğin hammadde, enerji, veri vb. unsurlar birer girdidir. *Çıktı*(lar) ise sistem tarafından yaratılan ve kullanıcıya sunulan ürünlerdir. Bunlar, ürün/mamül, hizmet, bilgi, rapor vb. şeyler olabilirler. Girdiler tarafından tetiklenen eylemler ve girdilerin istenen çıktılara dönüştürülmesine eylemlerini de *süreç* olarak adlandıracaktır. Örneğin ürünlerin imalatı, istenen rapor veya hizmetin planlanması ve hazırlanması, vb. (bakınız Şekil 1-1.)

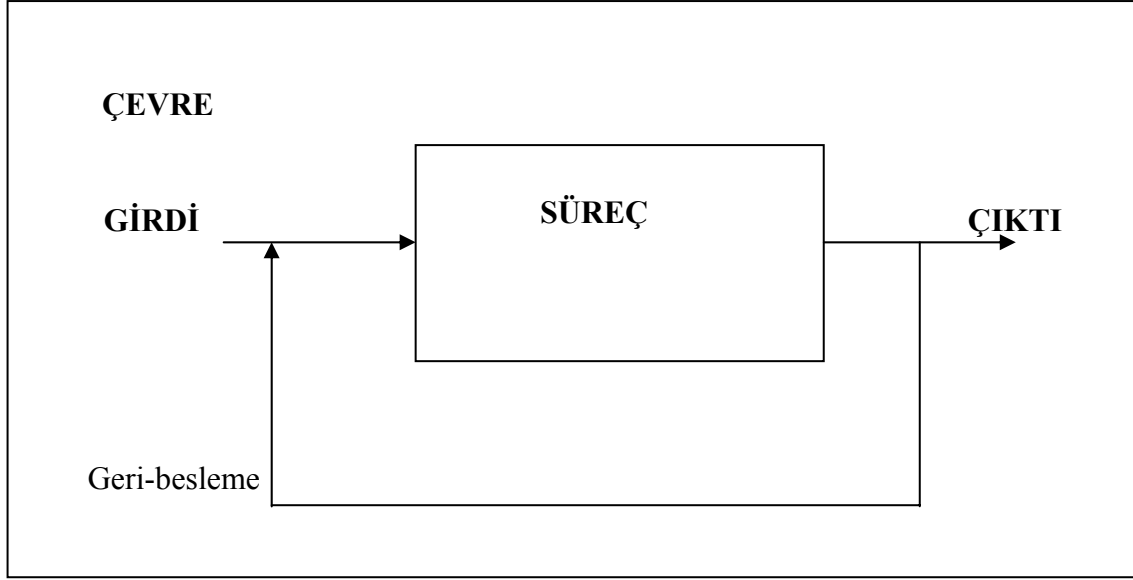


Şekil 1-1. Basit bir sistemin şematik tanımı.

Sistemleri yapılarına veya özelliklerine göre birkaç gruba ayırabiliriz. Sistemin türü belirlendiği zaman analizi de o oranda kolaylaşacaktır. Sistem çevresi ile etkileşimi göze alındığında açık ve kapalı olarak iki gruba ayrılır. *Açık sistemler* çevresi ile

etkileşim içinde olan, çevreden bir takım unsurlar alan ve bu aldığı unsurları da girdiler gibi değerlendirerek, çıktılarını ona göre oluşturan sistemlerdir. Örneğin insan, bir fabrika vb. *Kapalı sistemler* ise çevrelerine kapalı, sadece kendinden elde ettiği verileri kullanarak istenen çıktıları yaratan sistemlerdir; örneğin quartz saat, maaş bordro çıkarma sistemleri vb. Açık sistemler, kapalı sistemlere göre daha karmaşık olurlar; kapalı sistemler ise daha basit ve otomasyonun gerektiği alanlarda çok kullanılırlar.

Sistemler istenen çıktıları yaratabilmeleri için genelde bir kontrol mekanizmasına sahiptirler. En çok kullanılan kontrol mekanizması türü *geri beslemeldir*. Şekil 1-2’de bir geri beslemeli sstem görüyorsunuz. Bu mekanizma sistemin çıktılarını gözden geçirerek süreçteki herhangi bir yanlışı veya çevreden gelen *gürültü girdileri* sonucu çıktılarda oluşan herhangi bir hatanın tekrarını önleyebilmek amacı ile girdilerde (veya süreçte) değişiklikler yapar ve sistem çıktılarının istenen normlarda olmasını sağlar. Örneğin: termostatlı dahi olsa bir tost makinesi kontrolsüz sisteme bir örnek iken, ekmeklerin istenen renkte kızarmasını sağlamak amacı ile başında kullanıcı olan bir tost makinesi geri beslemeli sistemlere güzel bir örneği temsil eder. Pek çok üretim sisteminde ve özellikle açık sistemlerde geri beslemeli kontrol mekanizmaları kullanılır. Sistemin çıktılarının belli standartları sağlaması ancak böyle mümkün olur.



Şekil 1-2. Çevresi ile etkileşimli ve geri beslemeli (kontrollü) bir sistem.

Bilimsel Karar Verme Yöntemi

Sorun çözümünü kabaca istenen durum ile şu anki durum arasındaki farklılıkların ortaya çıkarılması ve daha sonra bu farklılıkları yok edici çarelerin uygulamaya konması olarak tanımlanabilir. Anderson ve diğerleri (1998) sorun - çözümü sürecini şu şekilde formüle ediyorlar:

1. Sorunun belirlenmesi ve tanımlanması,
2. Bir grup olası çözüm seçeneğinin belirlenmesi,
3. Bu çözüm seçeneklerini değerlendirmede kullanacağımız ölçütün belirlenmesi,
4. Seçeneklerin bu ölçüte göre değerlendirilmeleri,
5. En iyi çözüm seçeneğinin seçilmesi,
6. Seçilen çözümün uygulanması ve
7. Sonuçların değerlendirilerek, çözümden memnun kalınıp, kalınmadığının saptanması.

Bu listenin ilk beş maddesine bakacak olursak, bunların “bilimsel karar verme yöntemini” tanımladığını görürüz. Bu sürecin en önemli basamağı birinci madde, sorunun belirlenmesi ve tam olarak tanımlanmasıdır. Daha sonra kuracağımız modelin bu tanım ile birebire örtüştüğünden de emin olunmalıdır. Aksi takdirde sürecin ikinci

basamağında üreteceğimiz çözüm seçenekleri bizim sorunumuzu değil, daha başka bir problemi çözmeye yönelik olacaklar ve kararımız yanlış olacaktır. Doğru karar vermede bir diğer önemli etmen de doğru ölçüt (veya ölçütlerin) seçimidir. Özellikle birden fazla ölçütün olduğu durumlarda tüm bu etkenleri tek bir amaç fonksiyonunda toplamak ve seçenekleri bu fonksiyon göz önüne alarak karşılaştırmak oldukça zor olabilir. Bu tür sorunlar ile ilgilinen pek çok metod vardır. Bu konularda daha detaylı bilgi için Anderson ve *diğerleri* (1998) ve Hawryszkiewicz (1988)'e bakabilirsiniz.

Bilimsel karar verme sürecinin başarıya ulaşabilmesi için *kaliteli bilgiye* ihtiyaç vardır. Bilgi kalitesinden ne anladığımızı bir sonraki bölümde anlatacağız. Düzenli ve doğru bilgi erişimi için sistemli bir şekilde bilgi üretilmesinin gereği açıktır ve bu da kurumun bilgi sistemlerinin başlıca görevidir.

Bilgi Sistemleri Nedir?

Bir kurum veya örgütün bilgi ihtiyacını karşılamak ve karar mekanizmalarını desteklemek için verilerin toplanması, işlenmesi, saklanması ve gereken çıktı düzeninde dağıtılması işlevlerini yerine getiren birbiriyle ilişkilendirilmiş parçaların (öğelerin) oluşturduğu bütüne **Bilgi Sistemleri** (BS) diyoruz. BS karar mekanizmalarına destek vermek dışında kurumun kontrol ve eşgüdüm mekanizmalarında ve hatta kurum içindeki çok alışılmış fakat vakit alıcı (sıradan) işlerin yürütülmesinde de kullanılırlar.

BS'nden bahsedilirken en çok yapılan yanlış *bilgi* ve *veriyi* birbirine karıştırmaktır. Veri çevremiz veya sistemin kendisi hakkında toplayabileceğimiz ham gerçeklerdir. Bilgi ise toplanmış veri yığınının bir süreçten geçirilerek son kullanıcının istediği düzen ve detayda hazırlanmış halidir. Örneğin, son bir ay içinde X Hastanesinde yatan hastaların isimleri, cinsiyetleri, yaşları ve hastanede kaç gün kaldıklarını gösteren bir tablo yatan-hasta *veri* tablosudur. Fakat bu hastaların (hatta cinsiyetlerine göre ayrı ayrı) yaş ortalamalarının hesaplanıp bir rapor halinde sunulması, X Hastanesinin son bir aydaki yatan-hastalarının yaş ortalamalarını gösterir *bilgi*dir. Bu bilgi zaten veri tablosunun içindeydi, fakat BS olmadan hastane başhekiminin bunu tabloya bakarak görebilmesi çok zor, hatta hasta sayısının artması durumunda (örneğin yıllık veya 10 yıllık ortalamaya ihtiyaç duyulduğunda) imkansızdır (bakınız Şekil 1-3).

Veri tablosu

Yatan hasta bilgileri

Adı	Soyadı	E/K	Yaşı	Yattığı Gün
Aynur	Şen	K	38	5
Seyfi	Uzun	E	42	3
Serpil	Gülen	K	35	4
Ayşe	Sevin	K	53	2
Sevgi	Tok	K	21	8
Sait	Yırtan	E	52	6

X Hastanesi

Toplam (aylık) hasta sayısı	= 24.13
Erkek hastaların yaş ort.	= 39.43
Ort. Yatma süresi	= 3.04
Kadın hastaların yaş ort.	= 37.13
Ort. Yatma süresi	= 4.54

Şekil 1-3. Veri ve bilgi karşılaştırması: X Hastanesinin yatan hasta verileri soldaki tabloda toplanmış ve bu verilerden elde edilen hastaların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları ve hastanede yattığı gece ortalamaları bilgisi sağ taraftaki kutuda verilmiş.

Bilginin veriden farkından söz etmişken, bilginin karar verici için yararlı olabilmesi için gerekli niteliklerini de saymakta yarar var. Buna bir bakıma bilginin kalitesi de denebilir. Bilginin kalitesini O'Brien (2001) şu üç ana başlık altında tanımlıyor:

1. Zaman boyutu:

- Anındalık: bilgi ihtiyaç duyulduğunda hazır olmalı;
- Güncellik: bilgi sunulduğu güne ait olmalı;
- Sıklık: bilgi ihtiyaç duyulan sıklıkta ve güncel olarak hazırlanmalı;
- Süresi: bilginin istenilen dönemine (güncel, geçmiş ve gelecek) erişilebilmelidir.

2. İçerik boyutu:

- Doğruluk: bilgi hata içermemeli;

- b) İlgililik veya Yerindelik: bilgi ihtiyaç duyanın bulunduğu konum ve içinde bulunduğu durum ile ilgili olmalı;
- c) Tamlık: ihtiyaç duyulan tüm bilgi eksiksiz yöneticiye sunulmalı;
- d) Kısıklık: sadece ihtiyaç duyulan bilgi yöneticiye verilmeli;
- e) Kapsamı: bilgi geniş veya dar kapsamlı, kurum içi veya dışı ile alakalı olabilir ve bu kapsamında belirtilmeli;
- f) Başarı: bilgi kaynak kullanımını, tamamlanan işleri ve ilerlemeleri ölçerek başarıyı ortaya çıkarabilmelidir.

3. Biçim boyutu:

- a) Açıklık: bilgi kolay anlaşılabilir bir biçimde hazırlanmalı;
- b) Detay: bilgi isteğe göre detaylı veya özet biçiminde sunulabilmeli;
- c) Düzen: bilgi daha önceden belirlenmiş bir sıra içinde sunulmalı;
- d) Sunum: bilgi ihtiyaca göre sözel, sayısal, grafiksel veya daha değişik biçimlerde de sunulabilmeli;
- e) İletişim: bilgi basılı kağıt, görsel sunum, elektronik ortam veya ihtiyaca bağlı daha değişik iletişim ortamlarında da sunulabilmelidir.

Sistemin üç temel bileşeninin BS’nde nasıl çaiştıklarına bakacak olursak (Şekil 1-4): Girdi bölümünde verilerin dış çevreden veya kurumun kendi içinden toplanması ve ayıklanması yapılır. Süreç bölümü bu ham verilerden istenen bilginin elde edilebilmesi için gerekli işlemlerin (sınıflandırma, dizme, düzenleme, hesaplama vb.) yapılması ile görevlidir. Son olarak çıktı bölümü elde edilen bilginin son kullanıcı insan veya makinenin istediği biçime sokulmasını gerçekleştirir. Bu üç bileşen dışında verilerin saklanması ve bilginin kalitesinin kontrol edilmesi de BS’nin görevidir. Bu görevler sistemin süreç bileşenine eklenebilir veya sistem tasarımı sırasında ayrı düşünülebilirler.

BS hakkındaki bir diğer yanlış da bilgisayar kullanılmaksızın bilgi sistemi kurulamayacağıdır ki bu tamamen yanlıştır. Örneğin, pek çok hastanede kullanılan “hasta dosyası” veri girişinin, depolama ve rapor yazılımının elle yapıldığı fakat özellikle dosya sayısının az olduğu durumlarda çok hızlı ve verimli çalışan bir BS’dir; aynı şekilde pek çok işyerinde uygulanan memur giriş-çıkış imza çizelgesi çok basit

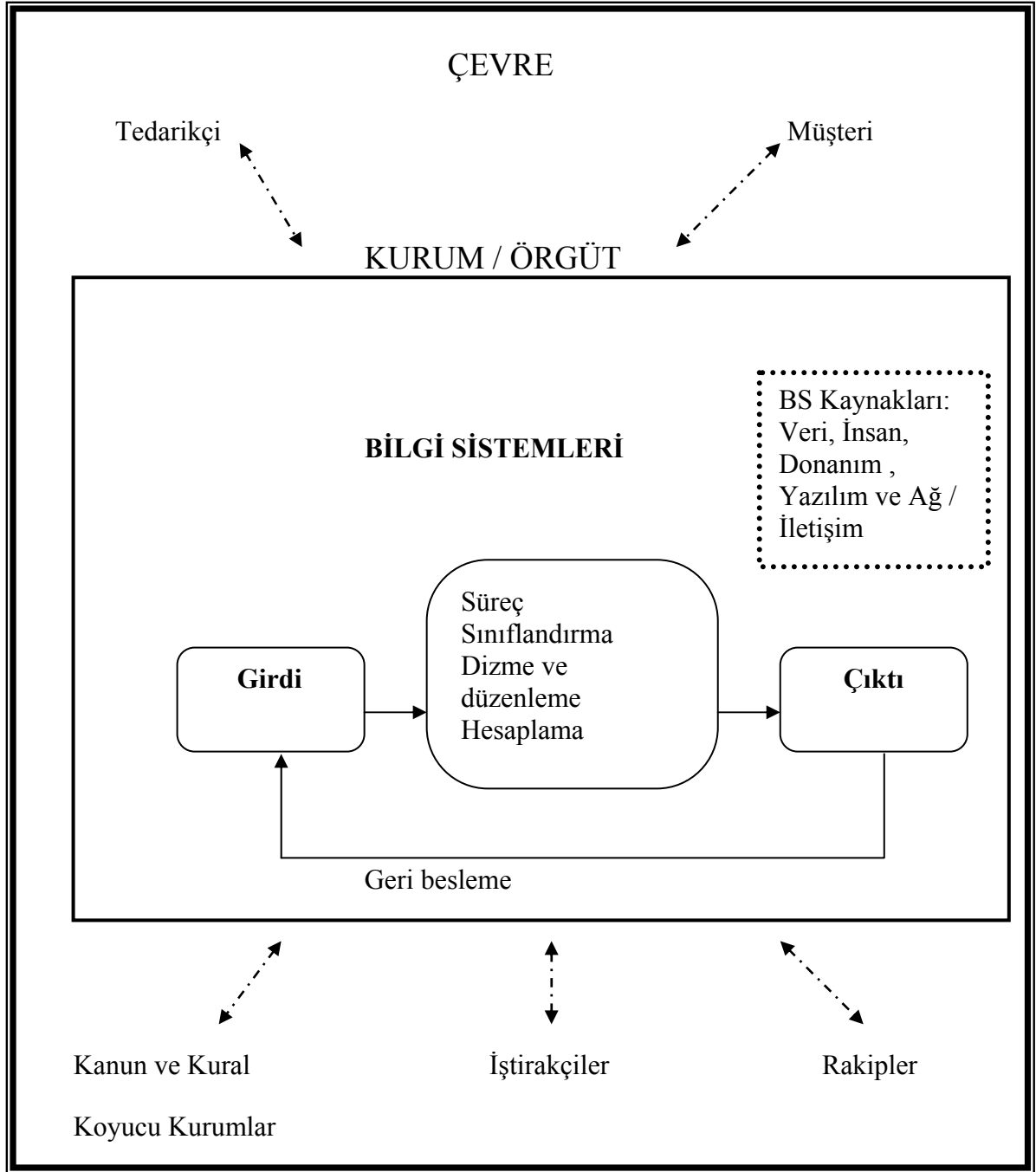
ama son derece yararlı bir BS'dir. Aslında BS kullandıkları bilgi akış ortamına göre çeşitli gruplara ayrılırlar:

1. Gayri - resmi (günlük) BS: Bilginin kulaktan kulağa yayıldığı, doğruluğunun hiçbir zaman % 100 onaylanamadığı sistemler; örneğin dedikodu.
2. Resmi (düzenli) BS: Gerçek bilgi sistemleri; bilginin akış şemasının çıkarıldığı ve iletişim sırasında bilginin kaybolmaması ve değişmemesi için önlemlerin alındığı sistemler. Bunlar da kullanılan gere.ler açısından ikiye (hatta üçe) ayrılırlar: (i) kalem-kağıda dayalı “elle yürütülen” sistemler, (ii) veri toplamada, saklamada veya işlem süreçlerinde insan katkısının yanında çeşitli makinelerin (daktilo, hesap makinesi, kasa kayıt cihazları vb.) de kullanıldığı “mekanik bilgi işlem sistemleri,” ve (iii) kısmen veya tamamen bilgisayarların kullanılarak işleyen sistemler ki, biz bunlara *Bilgisayar Tabanlı Bilgi Sistemleri* (BTBS) diyoruz.

Günümüzde bilgisayarın hem işlem güçlerinin artması hem de fiyatlarının düşmesi nedeniyle “elle yürütülen” BS yavaş yavaş azalmakta ve yerlerini BTBS almaktadır. Bu sebeple bundan sonra BS terimi ile aslında kast ettiğimiz BTBS olacaktır. Bir BTBS'nin kaynaklarını veri, insan, bilgisayar donanım ve yazılımları, ve ağ teknolojileri (ya da iletişim teknolojileri) oluşturur. Bu kaynaklara sırası ile örnek verecek olursak:

Veri kaynakları: ürün tanımları, müşteri bilgileri, çalışan verileri veya envanter veritabanını sayabiliriz.

İnsan kaynakları: programcılar veya sistem operatörleri gibi özel kullanıcılardan sistemin sunduğu bilgilerden yararlanan ve son-kullanıcı dediğimiz kurum çalışanlarına kadar tüm insanlar bu gruba girer.



Şekil 1-4. Bilgi Sisteminin bileşenleri ve çevresi ile etkileşimi.

Donanım kaynakları: kullanılan bilgisayar donanımının özelliklerinden, verinin saklandığı ortama (dosya kağıdı, manyetik disk veya teyp, optik disk vb.) kadar.

Yazılım kaynakları: işletim programları, kullanıcı programları ve kurallar (veri giriş kuralları, hata düzeltme kuralları, vb.)

Ağ / İletişim kaynakları: iletişim ortamı, iletişim elemanları, ağ erişim ve kontrol yazılımları, vb.

BS'nin bir diğer sınıflandırılışı da kullanıcılarına ve işlevlerine göre olanıdır (örneğin, Laudon ve Laudon, 2001). Bu sınıflama sistemlerin karmaşıklığını ve maliyetlerini de ima etmektedir. Ayrıca bilişim jargonunda sıkça kullanılan bu kısaltma isimlerin tanımlarını vermekte yarar görüyoruz. Bu sıralanışın bir diğer özelliği de BS'nin tarih içindeki gelişimleri ile aynı olmasıdır. Her bir sınıfın özelliklerini birkaç örnek vererek aşağıda sunuyoruz.

İşlem Otomasyon Sistemleri (İOS) temelde bir veri toplama ve saklama sistemidir. İOS kurumun günlük işlemleri ile ilgili bilgilerin dosyalanıp saklandığı ve belli aralıklar ile bu verilerden ya özel bir bilginin ya da kurum istatistiklerinin alındığı bir sistemdir. Bu işlemler hem hacim bakımından büyük hem de hiç bir karar verme süreci içermediği için bilgisayar kullanımına çok uygun olup BTBS'nin ilk kullanıldığı alandır. Örnek olarak sağlık kurumlarında hasta kabul, hasta bilgileri, bordro hazırlama ve personel bilgileri İOS ile rahatlıkla saklanabilirler.

Büro Otomasyon Sistemleri (BOS) idari birimlerdeki günlük iletişim ve bilgi işleme etkinliklerinde kullanılırlar. Bu sistemler kelime işlemcileri, işlem-sayfaları yazılımları, telefon, faks, e-posta, tele-konferans ve görüntülü-konferans gibi iletişim ortamları ve idari personelin günlük işlerini kolaylaştıracak diğer tüm yazılım ve donanımları içermektedir. Yönetici ve özel eğitilmiş personel de BOS'ni mesaj yayınlama, rapor hazırlama gibi amaçlar ile kullanırlar.

Özel eğitilmiş personel diye adlandırdığımız kişiler genellikle bir üniversite derecesine sahip ve mühendis, doktor, avukat, araştırmacı gibi bildik bir meslek sahipleridir. Bu insanlar çalıştıkları kurumun bilgi birikimine katkıda bulunurlar. Bu bilgi üretme sürecinde kendi uzmanlık alanlarını yönelik özel yazılım ve donanımlara ihtiyaçları olur. Bu tür sistemlere de İşe Özel Çalışma Sistemleri (İÖÇS) diyeceğiz. İÖÇS örneği olarak bilgisayar yardımcı tasarım, benzetim modelleri yazılımları ve özel amaçlı iş-istasyonu bilgisayarlarını sayabiliriz.

Yönetim Bilgi Sistemleri (YBS) orta kademedeki yöneticiler için periodik raporlar üreten bir sistemdir. Kullanıcılarının yöneticiler olması dışında YBS'nin İOS'den artı bir özelliği yoktur. YBS sadece kurumun içinde üretilen verileri dikkate alır ve bu verilerin özet istatistiklerini içeren anlamlı raporları periyodik olarak üretirler. Kurum içi kontrol ve yönetim için oldukça önemlidirler. Örneğin, aylık satış raporları hazırlama, kurum içi dört aylık muhasebe bilgilerinin oluşturulması, vb bilgileri hazırlayan sistemler.

Karar Destek Sistemleri (KDS) de orta düzey yöneticiler için tasarlanmış bilgi sistemleridir. YBS'nden önemli farkı sadece kurum içinden değil, çevreden de verileri toplayıp yorumlayabilmesi ve etkileşimli bir sistem olmasıdır. Yani KDS daha karmaşık sorunlara çözüm alternatifleri üretmek için kullanılır. Etkileşimli sistem olmasından dolayı kullanıcı (yönetici) önerilen çözüm üzerinde eklemeler veya çıkarmalar yaptıktan sonra bunu sisteme yeniden yükleyip yeni çözümler üretebilir. Bu sistemler kesin sonuç çıkarmaktan çok, karar vericiye yardım etme amacı güderler.

Üst Düzey Yönetim Bilgi Sistemleri (ÜDYBS) üst düzey yöneticiler için tasarlanmış ve en pahalı bilgi sistemleridir. Kurum içindeki diğer tüm BS'nden yararlanır ve bu bilgileri kendi kullanıcılarının istediği bir biçimde sunarlar. Kullanıcıların özelliğinden dolayı kolay kullanımı sağlayan bir ara yüze sahiptirler. Bu sistemler de KDS gibi etkileşimli ve karar vermeye yardımcı olmaya yönelik sistemlerdir.

Uzman Sistemler (US) bilgi sistemleri arasında en karmaşık yapıya sahip olanlardır. Gerektiğinde konusunda uzmanın bir kişinin yerini alması için tasarlanmışlardır. Suni zeka, sinir ağları, bilgi-tabanlı veya durum-tabanlı gibi metodlar kullanılan US pek çok alanda insanlara yardımcı olmaktadır. Örneğin, karmaşık sistemlerin tamirinde, tıbbi teşhis koyma, vb işlemlerde US çok yararlı olmaktadır.

Bilgisayar Bir Bilgi Sistemi midir?

Günümüzde her bilgi sisteminin (basit ve günlük tekrar işlerini yapan sistemlerden, karmaşık karar destek sistemlerine kadar) temel bileşeni olarak bilgisayarları görüyoruz. Bundan bilgisayar kullanılmadan bir BS tasarlanamaz gibi yanlış bir sonuç çıkarmamalıyız; fakat hızları ve güvenilirliklerindeki artışın yanı sıra fiyatlarındaki düşüş bilgisayarları her sistemin kaçınılmaz bir ögesi haline gelmişlerdir. Bu yüzden *bilgisayar tabanlı bilgi sistemleri (BTBS)* ile BS terimlerini bir diğerinin yerine

kullanmada bir sakınca görmüyoruz. Aynı şekilde BS kullanıcılarının temel bilgisayar donanımları hakkında bilgili olmalarında da yarar görüyoruz. Burada tartıştığımız temel bilgilerin BS kullanıcıları veya yöneticilerinin sistem kurumu veya yenilenip geliştirilmesi çalışmalarında çok işlerine yarayacağı kanısındayız. Ayrıca bu bilgiler donanım konusunda kendisi geliştirmek isteyenlerin mutlaka takip etmesi gereken bilgisayar dergilerini (PC-Magazine, PC-World, MAC-World, InformationWeek vb.) kolayca okuyabilmeleri için gereken bilgisayar jargonunu onlara sağlayacaktır.

Bilgisayar sınıfları:

- Mainframe (en büyük, en güçlü)
- Orta ölçekli bilgisayarlar (sunucular, iş - istasyonları)
- Kişisel bilgisayarlar (sunucular, iş - istasyonları)
- Super - Bilgisayarlar (özel işlemler için tasarlanmış çok güçlü bilgisayarlar)
- Ağ - Bilgisayarları
- Alıcı / Sunucu etkileşimli bilgisayarlar

Bilgisayar da bir sistem olduğuna onu girdi, süreç ve çıktı aşamalarında incelemek mümkündür. Fakat daha yaygın olan bir metod da bilgisayarları donanım (fiziksel bileşenleri) ve yazılım (bilgisayarın işlemlerini sağlayan komutların oluşturduğu programlar) olarak iki ana başlıkta incelemektir. Biz de bu metodu takip edeceğiz.

Bilgisayar Donanımları

Bir bilgisayarı oluşturan temel parçalar merkezi işlem birimi, birincil bellek, ikincil bellek, girdi ve çıktı aygıtları, ve bu birimlerin birbirleri ile iletişimini sağlayan veri yollarıdır. Bu temel parçaları ayrı başlıklar altında ve örnekler vererek tanıyalım. Bu dökümanda örneklerin detaylı tanımları verilmeyecektir; ilgilenen katılımcılar için O'Brien (2001) referansını öneririz.

- Bilgisayar Girdi Aygıtları
- Klavye
- İşaretlemeli giriş aygıtları (fare, taramalı-top)

- Dokunmatik ekran
- Otomatik veri giriciler (tarayıcılar, optik karakter tanıyıcıları, “bar-code” okuyucuları, manyetik mürekkep tanıyıcılar, veri algılayıcıları)
- Manevra kolu (“joystick”)
- Kalem tabanlı giriş aygıtları
- Ses tanıyan giriş aygıtları
- Bilgisayar Girdi Aygıtları
- Görüntü ekranı (CRT, LCD ekranlar)
- Yazıcılar ve Çiziciler (noktalı matriks, mürekkep püskürtmeli ve lazer yazıcılar)
- Sesli çıktı aygıtları
- Sayısal çıktı sinyalleri
- Çoklu iletişim araçları (görüntü, müzik, yazı ve çizginin bileşimi çıktıları)

Merkezi İşlem Birimi

Bilgisayar komutlarının en küçük ve temel parçasına bit (“binary digit”) denir ve bu da 0 veya 1 değeri alan bir değişkendir. Yazım karakterlerini bilgisayarda ifade edebilmek için 8 bit’e (1 byte) ihtiyaç vardır. Bir Merkezi işlemcinin gücü hızı ve aynı anda algılayabildiği bit sayısına bağlıdır. Günümüzde 1.5 GHz (1 hertz, Hz, bir bölü saniyeyi ifade eden bir frekans birimidir ve Giga 10^9 ’u temsil eder) ve 64 bit kelime uzunluğuna sahip işlemciler kişisel bilgisayarlarda dahi mevcuttur. En çok kullanılan işletimciler Pentium, ADM, Celeron, vb.

Birincil Bellek:

Merkezi işlecinin en hızlı erişebildiği bellek tipidir. Fakat hem pahalıdır hem de bilgisayar kapatıldığında hafızası silinir. En bildik birincil bellek türleri: RAM, ROM, EPROM’dur.

İkincil Bellek:

Bilgiye erişim hızının düşük olmasından dolayı veriler merkezi işlemci tarafından kullanılmadıkları sürece ikincil bellekte saklanır ve gerektiğinde önce birincil belleğe taşınıp sonra kullanılırlar. İkincil bellek veri erişim hızının düşüklüğüne rağmen, ucuzluğu, bilgisayar kapatılsa dahi verileri koruyabilmesi gibi özelliklerinden dolayı önemli bir saklama bölgesidir. En bildik birincil bellek türleri: Manyetik Diskler (flopi ve sabit diskler), Optik Diskler (CD-ROM, CD-R, CD-RW, DVD) ve Manyetik Teypler (makara ve kaset bantlar).

Bilgisayar Yazılımları

Bilgisayar yazılımları sistem ve uygulama yazılımları olarak ikiye ayrılırlar. Bunlardan sistem yazılımı grubuna giren işletim sistemi yazılımları (MS-DOS, Win98, WinNT, Linux, UNIX, Mac-OS, vb.), derleyici yazılımlar (C dili derleyicisi, Basic tercümanı) ve sistem-yardımcısı yazılımları (DrWatson, Norton utilities, vb.) bilgisayarın düzenli işleyişi için çok önemli yazılımlardır. Son kullanıcı için bu yazılımlar hakkında genel bilgilere sahip olmak çoğu zaman yeterlidir. Halbuki uygulama yazılımları, örneğin I – III. kuşak rogramlama dilleri (Assembly, Basic, Fortran, C, vb), IV. kuşak yazılım araçları (masa-üstü yayıncılık, ofis program grubu, e-posta okuyucu yazılımlar, internet tarayıcısı, vb.), Web dilleri (HTML, Java, XML, vb), son kullanıcı için daha büyük önem arzeder. Çünkü bu yazılımları kullanarak kullanıcılar kendileri için gerekli bazı bilgi sistemlerini kurabilirler veya hazır yazılmış yazılımları kullanarak bu bilgilere erişebilirler, kısacası işlerini yapabilirler.

Uygulama yazılımları genelde çalışanların hayatını kolaylaştırırken bazı uygulama yazılımları da vardır ki bilgisayar kullanıcılarına (dolayısıyla kurumlara da) büyük zararlar verebilirler. Bu zararlı yazılımlara bilgisayar virüsleri diyoruz. Virüs yazılımları bilgisayarlar arası iletişim yolu ile hızla yayılır ve genelde bulaştığı bilgisayara veya kullanıcıya zarar verir. En yaygın virüs çeşitleri: (i) *Zaman tetiklemeli*, (ii) *Turuva atı*, (iii) *Solucan* ve (iv) *Aldatmaca* (Hoax) virüslerdir. Bunlardan aldatmaca virüsleri aslında bir yazılım değildir ve bilgisayarınıza direk bir zaman vermezler. Bunlar genellikle e-posta yolu ile kullanıcılar arasında ok hızlı yayılan asparagas virüs uyarılarıdır. Gereksiz yere kullanıcıların korkmasına ve bu tür zincirleme mesajları tanıdıklarına da göndermelerine yol açar ve bu sayede ağların

yavaşlamasına yol açarlar. Diğer (gerçek) virüsler bulaştıkları bilgisayarın belleğini veya merkez işlemcisini boş yere kullanmaktan, bellekteki tüm dosyaları silmeye kadar pek çok zararlar davranışlar gösterebilirler.

Virüslerin bilgisayarımıza bulaşmasını önlemek veya bulaşmış virüsleri temizlemek için de virüs kontrol/tarama yazılımları vardır. Bunların en bilinenleri F-prot (<http://www.datafellows.com>) ve Norton Anti-Virus (<http://www.symantec.com>). Virüs tarama yazılımları tanıdıkları virüslere karşı etkili olabildikleri için, sadece bu yazılımları bilgisayarınıza yüklemek yeterli olmayabilir. Bu yüzden özellikle e-posta yolu ile yayılan virüslere karşı bilgisayarınızı korumak için şu noktalara dikkat etmelidir:

Bilgisayarınızda virus kontrol/tarama programı yüklü olması sizi tüm virüslere karşı koruyamaz. Virüs tarama yazılımını yeni yüklemiş ya da yeni güncelleştirmiş olmanız da bilgisayarınızı korumayabilir.

Kimden gelirse gelsin, mesajın içinde ne gibi bir açıklama olursa olsun GIF, JPG ve JPEG dışında uzantısı olan dosyaları açmayınız. Ancak dikkatinizi çekmek istediğimiz bir konu da, bir çok virüslü mesajın ekindeki dosyaların ilk bakışta resim dosyası gibi görünecek şekilde; örneğin PHOTO1.JPG.PIF gibi isimlendirilmiştir. Yeni (solucan) virüsler genellikle bulaştıkları bilgisayarlardan daha önce e-posta gönderilmiş adreslere kendilerini gönderdikleri için, size daha önce e-posta göndermiş birisinden ya da sizin e-posta gönderdiğiniz (yani tanıdığınız) birisinden gelme olasılığı yüksektir. Göndericinin tanıdık olmasına kanmamalı ve e-posta ekinde bir dosya aldığınızda gönderenin bunu teyid etmesini istemeniz çok yerinde bir önlem olacaktır.

Virüs yazılımları genellikle Microsoft Outlook e-posta yazılımının özelliklerini kullanarak yayılacak şekilde yazılıyor. Bu nedenle bilgisayarınızda e-posta programı olarak Outlook yerine Netscape veya Eudora kullanılması da bir önlemdir. Eudora e-posta yazılımı (ücretsiz tipi) ve bu yazılımının kullanımıyla ilgili notları <http://lists.bilkent.edu.tr/portal/index.html> adresinden "Useful Tools" altında bulabilirsiniz.

Son aylarda görülen virüslerin büyük çoğunluğu bulaştıkları bilgisayardan rastgele seçtikleri döküman dosyalarını daha önce e-posta alışverişi yapılmış adreslere gönderiyor. Bunu kullanıcının haberi olmaksızın, bilgisayar açık olduğu sürece

tekrarlıyor. Genellikle performans düşüklüğüne neden olan bu virüslerin varlığından şüphelenirseniz derhal bilgisayarınızın ağ bağlantı kablosunu söküp kurumunuzun (ya da İSS'nizin) bilgisayar operatörlerinden yardım isteyiniz.

Virüs yazılımları bir kez bulaştı mı, o bilgisayar üzerinde sınırsız yetkiyle istedikleri işi yapma yeteneğine sahiptirler. Kayıtlı tüm verilerin kaybolması da dahil çok çeşitli zararlar verebilmektedirler. Bu nedenle bilgisayarınızın virüslere karşı korunması çok önemlidir; Fakat her ihtimale karşı sık sık bilgisayarınızdaki bilgileri yedeklemeniz ve bu dosyalarını güvenli bir ortamda saklamanız en doğrusudur.

E-posta ile yayılan virüslerde çokça rastlanan bir yanlış bilgilendirme (“hoax”) de e-posta mesajının kendisinin bir virüs olabileceği yolundadır. Daha önce de belirttiğimiz gibi virüsler bir yazılımdır; e-posta mesajı ise bir metindir ve dolayısıyla bilgisayarınızda çalışamaz. Mesajları bilgisayar ekranında görebilmek için bir e-posta yazılımına ihtiyaç vardır. Mesajlar “text” denilen düz metin olup hiçbir zararları olamaz. Fakat bu mesajlara eklenmiş yazılımlar (yani sonu EXE, PIF vb. uzantılı olan) tehlike yaratabilirler. Outlook gibi bazı e-posta yazılımları mesajlar ile gelen bu yazılımları otomatik olarak çalıştırır, bu da bazı kullanıcıların “şu mesajı okudum ve bilgisayarıma virüs bulaştı” şeklindeki yanlış anlamalarına yol açar. Bu yüzden tekrarlamak isteriz, “korunmanın en geçerli ve kolay yolu özellikle e-posta ekinde gelen dosyaları açmamaktır” ve tabi kullandığınız e-posta yazılımındaki kolaylık sağlayıcı bu “*eklentileri otomatik aç*” komutunu kapatmaktır.

BS için bir diğer önemli yazılım da veritabanı yazılımıdır. Veritabanı yazılımı hemen hemen tüm BS'nin en temel parçasıdır. Veritabanı yazılımının ana görevleri verileri saklamak, düzene sokmak ve faydalı raporlar üretmektir. Örnek yazılımlar: Oracle, IBM DB2, MS SQL Server ve kişisel bilgisayarlar için MS Access 2000, vb. Bu yazılımlar ile ilgili pek çok kaynak mevcuttur. Biz kişisel bilgisayarlarda büyük başarı kazanan ve pek çok ufak kişisel bilgi sistemini kolayca kurmamızı sağlayan MS Access 2000 üzerinde duracağız (bakınız Access 2001).

İletişim Teknolojisindeki Gelişmeler ve İnternet

- İletişim (tele-iletişim) teknolojileri bilginin herhangi bir biçimde (veri, yazı, görüntü, ses, vb) bilgisayar sistemleri üzerinde dağıtılmasına yarar. Örneğin: TV, etkileşimli televizyon, görüntülü konferans, cep-telefonları, telefon vb.

İletişimin sağlanabilmesi için bir veri yoluna, bağlantıya ihtiyaç vardır. Bu veri yolu çok değişik ortamlarda olabildiği gibi bağlantı türüne göre de değişik adlar alır. Çok noktalı ve her noktanın birden fazla noktaya bağlandığı iletişim şekline iletişim ağı diyoruz. En çok kullanılan ağ tipleri:

- *Yerel Alan Ağı:* çapı 300 metreye kadar olan bölgelerde kurulan iletişim ağıdır.
- *Geniş Alan Ağı:* çok daha geniş alanları kapsayan iletişim ağıdır.
- *Intranet:* bir kurumun ana bina ve tüm bayilerini birleştiren ve sadece kurumun kullanımına açık güvenli ve özel ağ yapısıdır.
- *Extranet:* bir kurumun kendisi ile bağlantılı diğer kurumlara (tedarikçi veya müşteri) kendi kaynaklarını kullanırmak amacı ile kurulu “intranet” ağ yapısına eklemesi amacı ile kurulmuş köprü vazifesi gören ağ yapısıdır.
- *İnternet:* ilk olarak ABD’de askeri bir proje amacıyla 1960 yıllarında kurulmuş bir ağ yapısının daha sonra akademik ve resmi kurumların da eklenmesi ile büyümüş ve halen daha büyüyen herkese açık dünyanın en büyük iletişim ağına verilen isimdir. Bu sayede kullanıcılar hiçbir ücret ödmeden dünya üzerindeki internet’e bağlı her bilgisayara ulaşabilirler. Tüm ağın sorumluluğunu üstlenmiş tek bir örgüt olmadığı için güvenliği ve iletişim kalitesi hakkında herhangi bir garanti yoktur.
- *Sanal Özel Ağ (VPN):* Özel ağ yapıları güvenli fakat oldukça pahalıdır. Bu yüzden pek çok kullanıcı İnternet’i tercih etmektedir. Fakat güvenlik de önemli olunca kullanılan özel şifreleme ve kodlama metodları ile sanal özel ağ denilen, internet üzerinde diğer kullanıcıların iletişiminden sanal olarak ayrılan bazı iletişim kanalları yaratmak mümkündür. Pek çok şirket özellikle sabit yeri olmayan satış elemanları ile iletişim sağlayabilmek için bu metodu kullanırlar.

İNTERNET’TE NE YAPABİLİRİZ?

Bedava olması ve dünyanın her noktasında bir ucu olması dolayısıyla ticari veya sivil kurumların ve bireylerin en çok ilgisini çeken ağ, İnternet’tir. Peki İnternet’i kullanarak neler yapabiliriz: E-posta gönderme, Haber grupları (newsgroups) üye olma, Tartışma grupları (listservers) yazma, E-konuşma (chat) yapmak, Dosya

paylaşımı (ftp), Uzaktan erişim (telnet), Araştırma (web gezintisi), Çoklu iletişim araçları ile sunum ve tabi ki Oyun oynamak. Bu dökümanın sonunda sizler için yararlı olacağını umduğumuz bir web siteleri sayfası eklenmiştir. Ayrıca *Yönetici Bilgi Sistemleri* konulu seminerler için de bir web sayfası yaratılmıştır:

<http://www.bilkent.edu.tr/~gunalay/tcsbp>. Bu sayfa için gerekli kullanıcı_adı/şifre ikilisi tcsb / bilkent'dir. Kurs boyunca bu sayfa güncellenecek ve kalımcıların istekleri doğrultusunda geliştirilecektir. Aklınıza gelen soruları tartışmak için ve güncel bilgiler için bu siteyi sık sık ziyaret edebilirsiniz.

İnternet'in bedava olduğunu söyledik, fakat bunun için internet üzerindeki bir noktada olmanız gerekir. İnternet'e bu ilk erişim bedava değildir. Kişi ya da kurum ihtiyaçlarına göre en uygun ve ucuz erişimi seçmelidir. En çok kullanılan internet erişimi metotları:

- İSS, İnternet Servis Sağlayıcısı (örn. İşnet, İxir, E-kolay, TR-Net, vb).
- Direkt Hat (telefon hattı, fibre-optik, uydu)
- Modem
- DSL
- Kablo Modem
- Kablosuz erişim

İNTERNET'TE GÜVENLİK

İzinsiz başkasının bilgisayarına veya bilgi ağına giren kullanıcılara “HACKER” denir. İnternet'e bağlantısı olan her bilgisayar bu kullanıcıların saldırısına açıktır! Özellikle “Truva atı” virüsleri bilgisayarınızı bu tür saldırılara karşı korumasız bırakabilirler. İnternet ile bilgisayarınız veya bilgisayar ağıınız arasına yerleştirilen koruyucu yazılım veya donanıma “FIREWALL” denir. Kurumlar için donanımlı güçlü bir koruyucuya gerek vardır. Kişisel kullanıcılar için üretilmiş basit yazılımlar çoğu kez yeterli olabilir. Bunlardan en çok tavsiye edilenler: Symantec'in internet güvenlik yazılımı (http://www.symantec.com/consumer_products/home-is.html) ve ZoneLabs' dan ücretsiz yazılımı “zonealarm” (<http://www.zonelabs.com>).

İnternet üzerinden bir mesajı (reklam, propaganda veya haber) çok sayıda e-posta adresini bireylerden habersiz (zorla) yolla işlemine “spam” denir. Spam hakkında yasal bir hüküm olmamakla birlikte bu davranış (özellikle büyük e-postalar yollanması) internet-ahlakına ters düşer. Daha detaylı bilgi için Türk Anti-Spam Organizasyonun web sayfasına bakınız <http://www.spam.org.tr>.

BİLGİ SİSTEMLERİNİN KURUMU VE YÖNETİMİ

Yönetim ve örgütlenme kuramlarında görünen yenilik ve değişimler BS’ni kurumların stratejik bir ögesi haline getirmiştir. Kurumsal yönetimdeki değişiklik akımlarını Laudon ve Laudon (2001) şöyle özetliyor:

- Bürokrasinin azalması,
- Yönetimde şeffaflık,
- Küreselleşme,
- Merkezi karar mekanizmalarından yerel yönetim ağırlıklı idareye kayış,
- Kurumların esnekliğinin artması,
- İş akışının yeniden yapılanması.

Bu değişimler BS’nin kurumun asıl faaliyetlerinde (Üretim, Finans, Pazarlama/Satış, Muhasebe ve İnsan Kaynakları) birincil veya destek seviyesinde önemini artırmıştır. Kısaca BS’nin birincil ve destek seviyelerindeki katkılarını sayalım.

Birincil seviyede:

- Üretimde – maliyet azaltma, ürün çeşitliliği ve yeni ürün/hizmet tasarımı,
- Verimlilikte – kalite artırımı ve hızlı üretimde,
- Dağıtımda – tedarik zinciri modelleri, zamanında teslimat, vb.

Destek seviyesinde:

- Altyapı – iletişim,
- İnsan Kaynakları – meslek içi eğitim (intranet üzerinden),
- Teknoloji – bilgisayar yardımcı tasarım, uzaktan toplantılara erişim,

- Alımlarda – E-ticaret, (B2B, EDI).

Ürün ya da hizmet kalitesinin artırımında da BS'nin etkisi reddedilemez. Bu yüzden *Toplam Kalite Yönetimi* ve *Değer Zinciri* modelleri bilişim teknolojilerindeki gelişmeler ile tekrar gündeme gelmiş ve bu alanlarda da önemli çalışmalar yapılmıştır (Laudon ve Laudon, 2001).

Bilgi Sisteminin Tasarımı

Bilgi sisteminin tasarımı sistemin tüm öğelerinin ve kullandığı kaynakların (insan, bilgisayar, veri, iletişim teknolojileri, vb.) belirlenip bunların bağlantılarının ayrıntılı olarak planlanması sürecidir. Aşağıda örnek bir bilgi sistemi tasarım süreci verilmiştir (Kavuncubaşı, 2000, ss. 243-245).

Sistemin amacının belirlenmesi: Her sistem tasarımında olduğu gibi ilk aşama, kurulacak bilgi sisteminin amacının belirlenmesi, açık ve detaylı bir şekilde yazılmasıdır. Burada belirteceğimiz amaç ve hedefler sistemin kapsamını belirleyecektir.

Sistem çıktılarının belirlenmesi: Bu aşamada, sistemden beklenen bilgiler zamanlamasından, biçimine kadar detaylı bir şekilde belirlenmelidir. Bu çıktıların birinci maddedeki sistemin amacı ile çelişmemesi gerekir. Unutulmamalıdır ki, çok bilgi üreten değil, amaca uygun bilgi üreten bir BS başarılı bir sistemdir.

Sistemin girdilerinin belirlenmesi: Tasarımın üçüncü aşamasında, sistem çıktılarına ulaşabilmek için gerekli girdileri belirlemeliyiz. Bu girdiler kurumun kendi ürettiği veriler olabileceği gibi çevreden edinilmesi gereken veriler de olabilirler.

Veri-tabanı tanımları: Sistem girdi ve çıktılarının belirlenmesinden sonra bu sistem öğeleri arasındaki sürecin yer alacağı veri tabanı tanımlanmalıdır. Bu aşamada cevaplayacağımız sorular: sistem girdileri bu veri tabanına nasıl ve ne sıklıkta eklenecek, hangi dosyalarda saklanacak ve çıktıları alabilmek için bu veriler gene ne sıklıkta ve nasıl birleştirilerek istenen bilgi üretilecek vb. Bu aşamada veri ve bilgi güvenliği konuları da kararlaştırılmalıdır. Kim veya hangi grup hangi verileri sisteme girme yetkisine sahip veya hangi bilgilere kimlerin ulaşım hakkı olmalıdır sorularına cevap verilmelidir. Bir diğer önemli iş de *veri sözlüğü* denilen tüm verilerin sistemde tanımlı isimlerinin ve saklandığı yer ve biçimin yazıldığı bir listenin oluşturulmasıdır.

Bu sayede ileride sistemde bir değişiklik yapılmak istenirse veya bir hata oluşursa bunu düzeltmek mümkün olur.

Bilgisayar yazılımlarının belirlenmesi: Veri tabanında toplanan verilerin bilgiye (istenen çıktılara) dönüştürülmesi aşamasında bilgisayarlar kullanılmaktadır. Bu aşamada hangi bilgisayar yazılımlarının istenen işlemleri yapabileceği kararlaştırılır. Tabi bu arada 4. aşamada bahsettiğimiz güvenlik ihtiyaçları da göz önüne alınmalıdır. Bu yazılımlar eğer piyasada mevcut değilse, nasıl ve kim tarafından (kurum içi veya dışı) geliştirilebileceği hakkında da fikirler üretilir. Burada bir parantez açıp belirtmek gerekir, eğer BS bilgisayar tabanlı olmayacak ise bu aşamada sistemin yürümesi için gerekli personel ve görevleri yazılmalıdır.

Bilgisayar donanımları ve iletişim teknolojilerinin seçimi: Bu son aşamada, tasarlanan BS'nin kapasitesi ve ihtiyaçları (güvenlik, verimlilik, erişim, vb.) göz önünde bulundurularak kullanılacak bilgisayarların tip ve sayısına karar verilir. Gene aynı şekilde bu bilgisayarların bağlantıları ve kullanılacak iletişim teknolojilerine de bu aşamada karar verilir.

Bilgi Sistemi Proje Değerlendirmesi

Bilgi sistemi tasarımını bittikten sonra sistemin kurulumundan önce bir proje değerlendirmesi yapılmalı ve bu değerlendirme sonunda seçeneklerden birine karar verilmelidir. Hatta sistemin kurulup kurulmayacağı da bu değerlendirmenin sonucuna bağlıdır. Proje değerlendirilmesinde uygulanan metotlar:

Anapara Bütçelendirmesi Modelleri:

- Maliyet-Yarar Analizi
- Net Güncel Değeri (NPV)
- Yatırımın Geri Dönme Oranı

Finans Dışı Değerlendirmeler:

- Portfolya Analizi
- Puanlama Modelleri

Bu metotlar ile ilgili daha detaylı bilgi için Laudon ve Laudon (2001) veya finans konusundaki kaynaklar önerilir.

Bilgi Sistemi Kurulumu

BS kurulumu aşamasında da uygulanan pek çok metot vardır. Hangi metotun daha uygun olduğu sistemin özelliğine, uygulamanın yapılacağı kurumun örgütsel yapısına ve uygulamanın yer alacağı bölümün özelliklerine göre belirlenir. Her metodun diğerlerine göre artıları olduğu gibi eksiklikleri de vardır. Kısaca bu metotların özelliklerini aşağıda sunuyoruz:

Klasik Yaşam Döngüsü metodu: Genelde büyük işlevsel sistemler için uygun olan bu metot uzun zaman alır ve her aşaması planlanarak yürütülür. Bu planlama tasarım, geliştirme, test, uygulama, dökümantasyon süreçlerini içerir ve BS'nin de herhangi bir ürün gibi yaşam döngüsü olduğu düşünülerek belli zaman aralıkları ile sistemin yenilenmesini içerir. Bu yenileme sıklığı bilişim teknolojilerindeki hızlı gelişim ile giderek artmaktadır.

Örnekleme modeli: Genelde kurumdaki ufak bir grubu ilgilendiren ve nispeten karmaşık sorunlar ile uğraşan sistemlerde kullanılır. BS kullanıcı grubu ile etkileşimli olarak kademeli olarak geliştirilir; hatta tasarım safhası bu geliştirme süreci ile iç içe girerek sistemde son güne kadar değişiklikler yapılabilir.

Paket Uygulama Yazılımı kullanmak: Benzer sorunlar için geliştirilmiş uygulama yazılımlarının kurum çalışanlarınca veya danışmanlık şirketi gözetiminde kurumun sorununa uygulanması işlemidir.

Kullanıcının geliştirdiği sistemler: Bilgisayar uygulama yazılımları kullanılarak kurum çalışanları tarafından sadece kendi ihtiyaçları için veya kurumda çalışan diğer grupları da düşünerek tasarlanmış ve geliştirilmiş BS'dir. Bu sistemler de “beyaz yakalı” diye adlandırılan eğitilmiş kurum çalışanlarına yöneliktir. Bir otomasyon sistemi için bu metot uygun değildir.

Dış - Kaynak kullanımı: Kurumun ihtiyaç duyduğu BS maliyet açısından çok pahalı olduğu için ve (sıklıkla) stratejik bir önemi de olmadığı için kurum dışından bir hizmet olarak kiralanabilir. Bu durumda bu hizmetin alındığı şirket bu alanda uzmanlaştığı için sistem her zaman güncel ve güvenli olacaktır. Örneğin tele-sekreter veya tele-satış sistemleri küçük ve orta ölçekli şirketler için sıklıkla dış-kaynak kullanılarak temin edilen BS'dir.

Özellikle birinci metotta sisteme geçiş (sistemin kullanıma başlaması) aşamasında izlenen yol da çeşitlilik gösterir. Bu yollarda sıkça kullanılanları:

- Pilot kurulum
- Hızlı kurulum
- Aşamalı kurulum
- Paralel kurulum

Sağlık Bilgi Sistemleri

Sağlık sektöründe bilgi çok önemlidir. Bu yüzden, kalite, verimlilik ve iyi hizmet için BS'nin sağlıklı bir şekilde yürümesi gerekmektedir. BTBS'nin sağlık sektöründe en çok rastlanan kullanımları:

- Personel Bilgi Sistemleri
- Hasta Dosyası Sistemi
- Hasta İzleme Sistemleri
- Laboratuvar Bilgi Sistemleri
- Klinik Karar Destek Sistemleri
- Eczane Bilgi Sistemleri
- Hemşirelik Bilgi Sistemleri
- TELE-TIP

Bu sistemler hakkında detaylı bilgi Hastane Bilgi Sistemleri seminerinde verilecektir.

KAYNAKLAR

Ackoff, R. L., "Management Misinformation Systems," *Management Science*, Vol. 14, No: 4, 1967, ss. 147-155.

Anderson, D. R., D. J. Sweeney ve T. A. Williams. *Quantitative Methods for Business*, 7th Ed., South-Western, 1998.

- Burke, L. ve B. Weill. *Information Technology for the Health Professions*, Prentice Hall, 2000.
- Cassel, P ve P. Palmer, *Teach Yourself MS Access 2000 in 21 Days*, SAMS, 2001.
- Crainer, S., *Handbook of Management*, Pitman Publishing, 1995.
- Doğan, M., Ö. Harmancıoğlu ve E. Y. Yeğinboy, *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Aydın, 1994.
- Harry, M., *Information Systems in Business*, Pitman Publishing, 1997.
- Harwryszkiewicz, I. T. *Introduction to Systems Analysis and Design*, Prentice Hall, 1988.
- Karahoca, D. ve A. Karahoca, *İşletmeciler, Mühendis ve Yöneticiler İçin Yönetim Bilişim Sistemleri ve Uygulamaları*, Beta, 1998.
- Kavuncubaşı, Ş., *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 2000.
- Keskiner, F., *Şebeke Bazlı Bilgisayar Destekli Proje Yönetimi*, Birsan Yayın 2000
- Kovner, A. R. ve D. Neuhauser, *Health Services Management*, Health Admin. Press, 1978.
- Laudon, K. C. ve J. L. Laudon. *Essentials of Management Information Systems*, 4th Ed., Prentice Hall, 2001.
- Lippeveld, T., R. Sauerborn ve C. Bodart, *Design and Implementation of Health Information Systems*, WHO, Ceneva, 2000.
- O'Brien, J. A. *Introduction to Information Systems*, 10th Ed., McGraw Hill, 2001.
- Pickering, W. R., *Information Resources in Pharmaceuticals*, Bowker-Saur, 1990.
- Satıcı, G. G., "Yönetim Bilgi Sisteminin Tasarımı," *D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt:7, Sayı: 2, 1992, ss. 147-166.
- Seçim, H., *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Ed. Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:845, 1995.
- Strickland-Hodge, B., B. Allan ve B. Livesey, *Information Technology and Health Care*, Gower, 1988.
- Sürmeli, F. *Muhasebe Bilgi Sistemi*, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araşt. Çalışmaları Vakfı Yayınları, No:115, 1996.

Turner, W. C., J. H. Mize, K. E. Case ve J. W. Nazemetz. *Introduction to Industrial and Systems Engineering*, 3rd Ed., Prentice Hall, 1988.

Velioğlu, P., *Hemşirelikte Yönetim*, Meteksan Yayınları, No:6, 1982.

Yozgat, U., *Yönetim Bilişim Sistemleri*, Beta, 1998.

Hastane İdareciliği Dergisi.

Modern Hastane Yönetimi.

Bilgi Sistemleri ve Bilişim Teknolojileri Konusunda Yardımcı Sözlük

Bilgi	Information
Bilgi birikimi, Birikim	Knowledge
Bilgi Sistemleri (BS)	Information Systems (IS)
Bilgisayar Tabanlı Bilgi Sistemleri (BTBS)	Computer Based Information Systems (CBIS)
Bilgisayar Yardımlı İmalat	Computer Aided Manufacturing (CAM)
Bilgisayar Yardımlı Tasarım	Computer Aided Design (CAD)
Bilgisayarda Yayıncılık	Desktop Publishing
Bilişim Teknolojileri (BT)	Information Technologies (IT)
Birincil Bellek	Primary Storage
Büro Otomasyon Sistemleri (BOS)	Office Automation Systems (OAS)
Çoklu İletişim Araçları	Multi-media
Dokunmalı Ekran	Touch Screen
Donanım	Hardware
E-posta (elektronik posta)	E-mail
Fare	Mouse
Geri besleme	Feedback
Görüntülü-konferans	Videoconferencing
İkincil Bellek	Secondary Storage
İşaretlemeli Giriş Aygıtları	Pointing Devices
İşe Özel Çalışma Sistemleri (İÖÇS)	Knowledge Work Systems (KWS)

İş-istasyonu (bilgisayarı)	Workstation
İşlem Otomasyon Sistemleri (İOS)	Transaction Processng Systems (TPS)
İşlem-Sayfaları	Worksheets
Karar Destek Sistemleri (KDS)	Decision Support Systems (DSS)
Klavye	Keyboard
Merkezi İşlem Birimi	Central Processing Unit (CPU)
Sağlık Bilgi Sistemleri (SBS)	Health Information Systems (HIS)
Taramalı-top	Track-ball
Tele-hekimlik	Telemedicine
Telekomünikasyon	Telecommunication
Tele-konferans	Teleconferencing
Üst Düzey Yönetim Bilgi Sistemleri (ÜDYBS)	Executive Information Systems (EIS)
Uzman Sistemler (US)	Expert Systems (ES)
Yazılım	Software
Yönetim Bilgi Sistemleri (YBS)	Management Information Systems (MIS)

İnternet'teki Sağlık Sayfaları

Kurumlar:

<http://www.saglik.gov.tr> T.C. Sağlık Bakanlığı.

<http://www.ttb.org.tr/> Türk Tabibler Birliği.

<http://www.ato.org.tr> Ankara Tabip Odaları Birliği.

http://www.ato.org.tr/site_haritasi/ ATO'nun bağlantılar sayfası.

<http://www.saglik.gov.tr/baglanti.htm> T.C. Sağlık Bakanlığının sunduğu bağlantılar.

<http://www.cityhospital.com.tr/Linkler.htm> Ankara CityHospital'ın bağlantılar listesi.

<http://web.bilkent.edu.tr/> Türkiye'deki tüm web sitelerinin adresi.

Hastaneler:

<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/> Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezinin sayfası.

<http://www.mc.metu.edu.tr/> ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi.

<http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/eriskin/index.php3> Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinin web sayfaları (halen tamamlanmış değil).

<http://www.baskent-ank.edu.tr/> Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi.

<http://www.vh.org> Sanal Hastane (Iowa Üniversitesi) Bilgilendirmeye yönelik bir site.

<http://www.doktoronline.com> Hastane ortamını sanal dünyaya taşıyan bir site.

Sanal Ortamda Sağlık Hizmeti Verenler:

<http://www.mfd.lv/> E-Doktor Ofisi

<http://www.emedlife.com/> Paid service by EMEDLIFE.

http://www.netdoctor.co.uk/q_a/index.asp NetDoctor internet'te ücretsiz sağlık hizmeti (İngilizce).

<http://www.cancerassistonline.com/index.htm> CancerAssistOnline'in hizmet sayfası.

Sağlık Konusunda Genel Bilgi Sayfaları:

<http://www.e-kolay.com/saglik/> Sağlık konusunda sık güncellenen Türkçe bir site.

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html> Hardin's Meta Directory (İnternet'teki Sağlık ile ilgili sayfalar rehberi).

<http://www-sci.lib.uci.edu/HS/SG/Medical.html> Martindale's Health Science Guide 2001.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/> Amerikan Tıp Kütüphanesinin bir hizmeti: PubMed.

Tele-Tıp Sayfaları:

<http://tie.telemed.org> "Telemedicine Information Exchange" web-sitesi

<http://telemed.medicine.uiowa.edu/> Iowa Üniversitesi'nin Telemedicine hizmetleri sunduğu web-sitesi.

Çeşitli:

<http://amp.osu.edu/HIMS> Ohio State Üniversitesinin Hastane Bilgi Yönetimi ve Sistemleri üzerine bir eğitim programının sayfası.

<http://www.medicalstudent.com/> Tıp öğrencileri için hazırlanmış bir web-sayfası.

<http://www.sapmea.asn.au/index.htm> Güney Avusturalya Lisansüstü Tıp Eğitimi Kurumunun seminer (video conf. Incl.) düzenleme sayfası.

<http://ublib.buffalo.edu/libraries/units/hsl/internet/nsgsites.html> İnternet'teki Hemşirelik ile ilgili sayfaların bulunduğu bir liste.

<http://www.bilkent.edu.tr/~gunalay/tcsbp> T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetici Eğitim Kursu YBS seminerlerinin sayfası (kullanıcı_adı/şifre ikilisi *tcsb / bilkent*).

TOPLUM YÖNELİMLİ TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ (COPC) SÜRECİ

GENEL BİR BAKIŞ

Bölüm 1

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

NEDEN? NE? KİME? NASIL?

NEDEN ?

Topluluklara sağlık hizmetlerinin verilmesi ve planlanması son birkaç on-yılda birçok değişikliklere uğramıştır. Toplumun sağlığından sorumlu olanlar bir yandan herkese her şeyi sağlamanın imkansız olduğu gerçeği, bir yandan da farklı popülasyonların veya alt popülasyonların farklı gereksinimlerine yanıt verme gerekliliğiyle giderek daha fazla yüz yüze gelmektedirler. Bu faktörler tıbbi bakımın artan maliyetleri, kısıtlı kaynaklar, değişmekte olan sağlık gereksinimleri ve öncelikler tarafından alevlendirilmiştir. Ayrıca halk artık sadece alıcı olmakla yetinmemekte, sağlık hizmetlerinin içeriğinin ve kalitesinin belirlenmesinde rol sahibi olmayı da istemektedir.

Bununla birlikte, bunun yalnızca 20. yüzyıl sonunda ortaya çıkmış olan yeni bir durum olduğunu düşünmek hata olur. Bu onlarca yıl önce başlayan bir süreçtir ve yeni bin yıla başlarken, sağlık planlamacıları toplumların sağlık ve sağlık hizmeti gereksinimlerine yanıt verecek farklı bir kavramsal yapıya olan gereksinimlerini ve potansiyellerini fark etmeye başlamışlardır.

Toplum Yönelimli Temel Sağlık Hizmetleri (Community Oriented Primary Care - COPC) bu problemleri cevaplamak için bir kavram ve çerçeve sağlar. 1940'larda Güney Afrika'nın kırsal kesimlerinde ve İngiltere'deki sağlık merkezi hareketi içinde başlamışsa da, temel ilkeleri onlarca yıldan beri klasik halk sağlığının merkezini oluşturmaktadır. 1978'de Alma Ata sözleşmesinde belirtilen prensipler, son yıllarda İsrail'de geliştirilmiş ve denenmiş olan COPC konusundaki düşüncelerin bir çoğunu içermektedir ve İspanya, İngiltere, ABD ve birçok gelişmekte olan ülkede uyarlanmış ve uygulamaya konmuştur.

NE ?

COPC'nin özü, sağlık hizmetlerinin, verileceği toplumun tanımlanmış ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde planlanması ve sağlanmasıdır. Bunu başarılı şekilde yapmak, *sağlığın geliştirilmesi* ve *hastalıkların önlemesine* yönelik klasik halk sağlığı rolünü klinikte *hastalıkların ve sekellerinin tedavisine* odaklanmış Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) ile planlı olarak entegre etmeyi gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, sağlığın hastalığın olmamasından çok ötede tanımlandığı sağlık tanımıyla aynı çizgide kalarak, bir sağlık hizmeti hem sözcüğün en geniş anlamıyla sağlık gereksinimlerine yanıt vermeli, hem de ihtiyaçlardaki değişikliklere cevap vermeye yetecek kadar esnek olmalıdır.

Öyleyse, COPC “temel sağlık hizmetleri uygulamaları ile halk sağlığının planlı entegrasyonu yoluyla, tanımlanmış bir topluma, o toplumun belirlenmiş sağlık gereksinimleri temelinde sunulan sürekli bir TSH süreci ” olarak tanımlanabilir.

Yukarıdaki tanımı anlaşılır kılmak için bazı noktaların vurgulanması gerekir:

COPC süreci girişimde bulunmak için *öncelikli olan sorunun seçimi* için bir temel olarak, *toplumun ve karakteristiklerinin* (çevresi, demografisi, sağlık durumu ve sorunları ile sağlık hizmetleri) *ayrıntılı bir tanımını* içeren *Toplum Teşhisi* ile başlayan; ve bu *problemin ayrıntılı analizini* içeren, COPC döngüsünün farklı aşamaları üzerinde kalıcı ve tekrarlayıcı bir hareketten meydana gelir.

Bu çok aşamalı “Teşhis” temelinde, öncelikli sorun üzerinde bir girişim planlanır, uygulamaya konur ve değerlendirilir. Toplumun sağlık durumunun kesintisiz olarak izlenmesi (*sürekli sürveyans*) sağlanır ve daha sonra da gerek görüldüğü zaman sağlık gereksinimlerinin ve bunlardaki değişimlerin yeniden değerlendirilmesi yapılır. Bu yüzden, bu süreç hem tek bir döngü, hem de zaman süresince çoklu döngüler olması anlamında süreklidir. COPC genişçe bir zaman aralığına yayılan TSH'nın sunulması için bir çerçevedir. Bu kısa ömürlü bir program değil, bir TSH uygulamasının uzun dönemde ele alınmasıdır.

Herhangi bir anda, bir toplumun sağlık gereksinimleri hastalığın toplumdaki doğal gidişinin bütün aşamalarıyla, yani birincil, ikincil ve üçüncül korumayla ve hastalık ve sağlığı etkileyen bütün etmenlerle ilgili bileşenleri içerir.

Gereksinimin değerlendirilmesi için gerekli temel gereçler epidemiyolojiktir, fakat davranış bilimleri, biyoistatistik ve sağlık ekonomisi alanındaki beceriler de çok yararlıdır.

COPC uygulaması sağlık ve ilgili mesleklerden çok disiplinli bir ekibin katılımını gerektirir.

COPC sürecinde toplum katılımı önemli bir özelliktir.

Tek bir topluma dayanan her sağlık programı bir COPC hizmeti olmak zorunda değildir.

COPC kavramları ve ilkeleri bir sağlık sisteminden (ülkeden) bir başkasına aktarılabilir ve aktarılmıştır, oysa uygulama yöntemleri her bir uygulamanın kendine özgüdür.

KİME ?

COPC'nin C'sinde belirtilen klasik “Toplum” kavramı, TSH'yı yerel sağlık hizmeti kuruluşlarından alan, net olarak tanımlanmış bir coğrafi bölgedeki tanımlanmış tek bir toplumla bağlantılıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerin gerçekleri, bu anlamda bir değişikliği zorunlu kılmaktadır. Topluluklar ile onlara sağlık hizmeti sağlayanlar arasındaki ilişki büyük değişikliklere uğramıştır. Temel sağlık hizmetlerini verenlerin seçimi ve bunların kentsel bölgelerde çoğalması, “toplum” kavramının farklı şekillerde anlaşılmasının kabul görmesiyle sonuçlanmıştır. Günümüzde bir sağlık hizmeti sunucusuna kayıtlı kişilerin/ailelerin COPC hizmetinin amaçları açısından bir “toplum” oluşturabildiği kabul edilmektedir. İngiltere (genel pratisyenlik uygulamaları), ABD (HMO'lar) ve İsrail'de (Sağlık Sigortası Çatıları) kesin olarak olan budur.

COPC kavramları daha sınırlı şekilde tanımlanmış hizmet çerçevelerine, örneğin koruyucu ana-çocuk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, ve hastanelerin hizmet sunma alanlarına da uygulanmıştır.

Hizmetin tip veya yerinden bağımsız olarak, *sine qua non* (olmazsa olmaz bir şekilde), yalnızca "kullanıcılara" ve bakım talep eden hastalara yönelik olarak değil kapsam altındaki herkese yönelik olarak planlama yapmayı ve hizmet sağlamayı öngörür.

Önemli ve ilginç bir gelişme, TSH çerçevesinde gelişen ve geniş bir uygulama alanı bulan COPC'nin mahalle, bölge ve ulusal düzeydeki hizmetlerin planlanması ve yönetilmesinde de uygulanabilir olduğunun fark edilmesidir. Gereksinim tabanlı planlamanın tüm bu düzeylerde önemli rolü vardır. Tanımlanmış gereksinimlerin kullanılabilecek kaynaklarla entegrasyonu verimli modern sağlık hizmeti planlaması için olmazsa olmaz koşuldur. COPC kavramlarının sadece TSH düzeyinde değil, çok daha geniş bir uygulanabilirliği olduğu ortaya çıkmaktadır.

NASIL?

Bu aşamada aşağıda COPC'nin bu kısa tanımlaması ile ilgili olarak bu atölye çalışması için pratik uygulamalar bulunmaktadır:

- Bir hizmetin bir COPC programına katılmak istediğine karar vermek.
- Multidisipliner ekip üyelerinin yapacakları işbirliğinin dökümünü çıkarmak.
- Tarih, ilkeler, uygulama ve COPC deneyimiyle ilgili literatürü değerlendirerek, ilk atölye çalışmasında elde edilen malzemeler ile birlikte diğer ekip üyelerine ilk atölye çalışmasında öğretilmiş olan COPC ilkelerini aktarmak
- Tanımlanmış hizmet toplumunda COPC sürecinin planlanması için devreye girmek.

KAYNAKLAR

Abramson JH. Community oriented primary care - Strategy, approaches and practice. Public Health Reviews 16:35-9,1988. (pp 39-47)

Kark SL. The Practice of Community Oriented Primary Health Care, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, 1989.

Community Oriented Primary Care: A Resource for Developers. King Edward's Hospital Fund for London and Department of Social Medicine, Jerusalem Kings Fund 1994. (Session 1: Introducing COPC)

Gillam S., Joffe M., Miller R., Gray A., Epstein L. and Plamping D. Community oriented primary care - old wine in new bottles. Journal of Interprofessional Care 12:53-61,1998.

Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. Social Science and Medicine 32:633-642,1991.

Bölüm 2

METODOLOJİK ÇERÇEVE:

BAŞLAMA VE UYGULAMAYA KOYMA SÜRECİ

Toplum yönelimli temel sağlık hizmetleri (COPC) aktivitesinin veya programının geliştirilmesindeki ilk adım, bir temel sağlık hizmetleri kurumunun mevcut yerel veya bölgesel sağlık politikası veya aktivitesinin yönelimini yeniden belirleme veya toplumun ihtiyaçlarına yanıt olarak yeni bir COPC aktivitesini başlatma kararıdır. Böyle bir kararla birlikte, sağlık çalışanlarının böyle bir aktiviteyi mevcut hizmetlerin ufkunu genişletmek amacıyla kurması ve toplum üyeleri ile uygun düzeyde kişisel temasları devam ettirmesi yararlı ve önemlidir.

BİR COPC UYGULAMASININ GELİŞME AŞAMALARI

Bir COPC uygulamasının gelişimi bir dizi aşamadan oluşur. *Süreç*, her aşamanın belirtilmesini gerektirir, fakat bütün aşamalar aynı anda da belirtilebilir. Toplumu tanımlama aşamasını izleyerek (bir sonraki bölüme bakınız), süreç birbirini izleyen her aşamanın epidemiolojik veya diğer bilgilerin sürekli geri besleme döngüsüyle ayarlanıp değiştirildiği dinamik bir sürece dönüşür.

ÖN İNCELEME:

TOPLUM, TANIMI, KARAKTERİSTİKLERİ VE SAĞLIK DURUMU:

Yeni bir COPC uygulaması geliştirmenin ilk aşaması, toplumun tanımlanması ve toplum karakteristiklerinin ortaya konmasıdır. Bu aşama genellikle elde bulunan ve kullanıma açık verilere dayanır.

Toplum coğrafi olarak tanımlanmış bir alan, bir mahalle, bir okul yada belirli bir kliniğe sağlık hizmeti almak üzere kayıtlı bir grup insan olabilir. Toplumun tanımı ve betimlenmesi şunları içermelidir: Coğrafi yerleşimi, nüfusun demografik ve sosyal özellikleri, toplum üyelerinin kullanabildiği sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri, toplum üyelerinin sağlık durumu. Bu bilgiler sağlık çalışanlarından oluşan ekibin temel sağlık sorunlarını ve toplumun temel meselelerini belirlemesine yardımcı olacaktır.

ÖNCELİKLENDİRME:

Çoğu sağlık sisteminde temel sağlık hizmetleri düzeyinde birbiriyle yarışan değişik sağlık sorunları ve sınırlı kaynakları veri alan planlama süreci, toplumu etkisi altında bırakan sağlık sorunlarının değerlendirilmesini içermelidir. Böylece bir toplum sağlığı programının hemen başlatılması amacıyla bir sağlık durumunun/sorununun (yada bir dizi durumların/sorunların) nesnel olarak seçimi yapılmalıdır. Çeşitli sağlık durumlarının ve sorunlarının bazı önceden tanımlanmış kriterlere dayanarak değerlendirilmesi, toplumun temel sağlık gereksinimlerini belirlemekte ekibe yardımcı olacaktır.

Toplumdaki sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, üzerinde durulacak sorunun seçilmesi ve girişimin planlanması ve uygulanması, toplumdaki normal sağlık hizmetlerinin verilmesi sürdürülürken yapılmalıdır.

SEÇİLMİŞ BİR SAĞLIK DURUMUNUN AYRINTILI OLARAK İNCELENMESİ:

Bir sonraki aşama, seçilen sağlık durumu ve bununla ilgili tüm faktörler hakkında ayrıntılı verilerin aktif olarak toplanmasıdır. Bu aşama seçilmiş olan durumun özgül bir popülasyondaki dağılımı ve belirleyicileri hakkında ekibe bilgi sağlayacaktır.

Bu bilgiler daha sonra uygun girişimin geliştirilmesi için temel oluşturacak, gelecekteki karşılaştırma ölçümleri ve değerlendirmeler için başlangıç noktası oluşturacaktır.

Veri toplamanın planlanması, üzerinde çalışılacak değişkenlerin seçilmesi ve tanımlanmasını (operasyonel), veri toplama yöntemlerini, kaynak tahsisini ve ekibin eğitimini kapsamalıdır.

GİRİŞİMİN PLANLANMASI:

Toplum yönelimli girişim, birey ve toplum düzeyinde sağlık hizmetinin tüm boyutlarını bir araya getirmelidir. Bu amaçla öncelikle seçilen sağlık sorunuyla ilgili olarak varolan sağlık hizmetleri ve toplum üyeleri tarafından daha önceden yapılmış

olanların belirlenmesi gerekir. Planlama aşaması ayrıca girişimin hedeflerinin tam tanımını, planlanmış aktivitelerin betimlenmesini, kaynakların dağıtımını, uygulama içerisinde toplum katılımının geliştirilmesini, izleme mekanizmalarını ve değerlendirme yöntemlerini de içermelidir.

PROGRAM YADA AKTİVİTENİN UYGULAMAYA KONMASI

Girişimin gerçek anlamda uygulamaya konması öngörülen plan kadar özgün toplum karakteristiklerini ve programın başladığı sırada varolan sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri de dikkate almalıdır.

Bölüm 3:

TOPLUM TEŞHİSİ – I. ÖN ADIMLAR:

TOPLUMUN TANIMLANMASI VE KARAKTERİZASYONU

COPC’de toplum, kişiye yönelik sağlık hizmetindeki hastanın eşdeğeri. Hizmet sunulan toplumdaki kişi sayısını ve toplumun özelliklerini bilmek, hastalıkların ya da sağlık durumlarının hızlarının hesaplanması için, sağlık göstergeleri için ve yürütülen araştırmalarda kullanılan paydalar için temel oluşturacaktır. Bu ölçümler, toplumun sağlık durumunun incelenmesinin bir parçasıdır, nüfusun alt gruplarındaki ayrılmayı dağılım hakkında ve daha sonra da girişimlerin etkisinin ölçülmesi sırasında bilgi sağlayacaklardır. Ayrıca sağlık hizmetleri için de, öncelikler konusunda karar verirken ve kaynak tahsisi için anlam taşırlar. Toplumun karakteristiklerini bilmek, COPC uygulamasının gelişiminde toplum katılımını sağlamak için, tüm COPC aşamalarının geliştirilmesinde vazgeçilmez bir bileşendir.

Toplum sosyolojik açıdan “gerçek bir toplum” olarak tanımlanabilir yada daha sık olarak şu şekillerde tanımlanır:

- Bir TSH uygulaması yada sağlık merkezi tarafından hizmet verilen coğrafi olarak tanımlanmış bir saha (kentsel veya kırsal)
- Bir HMO’nun üyeleri (yalnızca hizmeti kullananlar değil, tüm üyeler kayıtlıdır)
- Bir fabrikadaki işçiler
- Bir okuldaki öğrenciler
- Bir göçmen kampı
- TSH'nın sorumlu olduğu diğer herhangi bir popülasyon

Toplumun tanımlanmasındaki ek bir basamak, yaş (0-5 yaş çocuklar, ergenler, yaşlılar), yaşam dönmeleri (gebelik) yada diğer karakteristikler açısından özellik taşıyan bir alt grubun seçilmesi olabilir.

COPC geliştirmeye başlamak isteyen yerleşik TSH uygulamaları, nüfusun sabit mi hareketli mi olduğunu hesaba katmalıdır. Nüfusun hareketli olması COPC için engel değilse de, sağlık ekibi için programın tüm aşamalarında ciddi bir sorun teşkil edebilir. Aynı kısıtlar yeni bir uygulama için de geçerlidir. Bazı durumlarda nüfus kesimleri yabancı işçiler veya göçmenlerden oluşabilir. Ülkede yaşayanlar olarak bunların yasal statüleri sorunlu olabilir ve bu nüfusun gerçek büyüklüğü kadar bunların sağlık sigortası kapsamındaki durumları da bilinmeyebilir. Bu durum COPC aktivitelerinin geliştirilmesi için engeller oluşturur.

Bilinmesi gereken toplum karakteristikleri şunlardır:

Fiziksel özellikler: yerleşim, büyüklük, iklim, ırmaklar (akarsular), toprak, doğal kaynaklar, iletişim, barınma özellikleri ve bunun coğrafi dağılımı, yeşil alanlar ve dinlence alanları, alışveriş imkanları, evre sağlığı tehlikeleri.

Sosyo-demografik: yaş, cinsiyet (yaş piramidi analizi), meslek, sosyal sınıf, eğitim, medeni durum, etnik grup, dini köken, aile yapısı (ekirdek, geniş aileler), aile üyelerinin sayısı, kalabalıklık indeksi, hareketlilik.

Hizmetler: Bu sağlık (kişisel ve kişisel olmayan) ve eğitim, eğlence, refah gibi sağlık üzerine etkisi olabilecek diğer hizmetlerin betimlenmesini kapsayacaktır ve COPC programının bir parçası olabilir.

- *Kişisel sağlık hizmetleri:* COPC uygulamasının geliştirileceği TSH uygulaması/kliniğinin belirlenmesi; hizmet verilen sahadaki diğer TSH hizmetlerinin belirlenmesi; hastaneler, sevk sistemi; acil hizmetler; sağlık kuruluşlarına ulaşım, finansman yöntemleri (sigorta, cepten, ücretsiz)
- *Kişisel olmayan sağlık hizmetleri:* atık ve kanalizasyon uzaklaştırma, su temini, elektrik
- *Eğitim:* okullar, yüksek eğitim kurumları; kayıt yüzdesi
- *Dinlence kurumları:* gençlik kulüpleri, toplum merkezleri, ana kulüpleri
- *Refah:* Özürlü kişiler için sosyal hizmetler, hizmet alma yüzdesi

Toplunun Sağlık Durumu: tanım, tüm toplumu yada seçilen alt grupları kapsayacaktır. Aşağıda gereken bilgilerle ilgili bazı örnekler sunulmuştur:

- *Sağlık indeksleri*: mortalite hızları, genel ve başlıca nedenleri, bebek ölümü (yeni doğan ve yeni doğan sonrası ile bunların nedenleri), 5 yaş altı mortalite, maternal mortalite, fertilite hızı, doğum hızı
- *Morbidite*: kliniklere başvurma nedenleri ve hastane yatışı
- *Somatik karakteristikler*: kilo, boy, kan basıncı
- *Psikolojik karakteristikler*: IQ, kişilik tipleri, demoralizasyon
- *Davranış*: sigara, ilaç kullanımı, alkol tüketimi, şiddet, doğum kontrolü kullanımı, emniyet kemeri kullanımı, fiziksel aktivite, sağlık hizmetlerinin kullanımı.
- *Sosyal karakteristikler*: toplum örgütlenmesi, sosyal destek, sosyal katılım.
- *Çevresel Özellikler*: temizlik, aydınlatma, yolların bakımı, çevre sahalarda vahşi hayvanların varlığı, sivrisinekler.

BİLGİ KAYNAKLARI:

COPC sürecinin bu aşaması, temel olarak mevcut verilerin toplanması ve incelenmesine dayanır.

Toplunun büyüklüğü konusundaki bilgiler temel sağlık uygulamasının kendisinden, idari amaçlar için tutulan ve periyodik olarak güncellenen nüfus kayıtlarından elde edilebilir.

Bazı durumlarda hedef popülasyonun nüfus sayımını yapmak gerekebilir. Toplunun haritalanması COPC uygulamasını geliştirmek için yararlı bir kaynak olacaktır.

Diğer potansiyel bilgi kaynakları, nüfus sayımları ve hayati istatistikler gibi resmi kurumlardan alınan yayınlanmış verilerdir. Coğrafi anlamda tanımlanmış bir toplum üzerinde çalışılması durumunda, verilerin çalışma altındaki toplumla aynı sahaya karşılık gelip gelmediği belirlenmelidir. Diğer kaynaklar klinik ve hastane kayıtlarıdır. Bunların tam oluşu, geçerliliği ve güvenilirliği incelenmelidir. Sağlanan bilgiler hastalıklarla ilgili olabilir veya çocuklarla ilgili durumlarda rutin takiplerden elde

edilen boy ve kilo bilgileri olabilir. Bazı sağlık 6zellikleri konusunda bilgi sağlayabilecek 6zel taramalar ger6ekleştirilmiş olabilir.

Toplumdaki sağlık ekibi 6yeleri veya anahtar kişilerden alınan izlenimlerden bir araya getirilmiş olan bilgiler de toplumla ilgili kantitatif bilgileri tamamlayıcı değere sahiptir.

KAYNAKLAR

Kark SL. The practice of Community-Oriented Primary Health Care. Chapter 2.

Community Diagnosis and Health Surveillance in Primary Health Care.
Appleton-Century Crofts, New York. 1985.

Bölüm 4:

TOPLUM TEŞHİSİ – II.

SAĞLIK DURUMLARININ VE SORUNLARININ ÖNCELİKLENDİRİLMESİ

Zamanın herhangi bir noktasında bir popülasyonun karşı karşıya kaldığı çeşitli sağlık sorunları, herhangi bir temel sağlık hizmetleri kurgusunda varolan sınırlı kaynaklar (parasal ve insan gücü) için yarışır. *Bu sağlık sorunlarının önceliklendirilmesi*, bu nedenle *bir COPC aktivitesinin planlanmasının ayrılmaz parçası* olmalıdır. Bu yaklaşım, toplumun diğer tüm sağlık talepleri için sunulan hizmetin genel düzey ve miktarının sürdürülmesini sağlarken, özel bir sağlık durumu veya sorununa odaklanan bir programı başlatma politikasının benimsenmesi demektir. Aslında bu yaklaşım etik ve pratik ikilemler de doğurabilir, çünkü sağlık çalışanlarının eğitimleri ve çalışmaları sırasında edindikleri hizmet modeli, hasta ve toplumun karşı karşıya olduğu sağlık sorunlarına, daha yoğun bir girişimde bulunma hedefiyle özel bir sağlık sorunu seçmeksizin bütünsel hizmet vermeyi özendirmeye eğilimlidir.

COPC sürecinin önceliklendirme aşaması, daha ayrıntılı değerlendirmeyi gerektiren sağlık durumu veya sorununun temel sağlık hizmetleri ekibi tarafından nesnel olarak seçilmesi ile karakterizedir. Bu ayrıntılı değerlendirme daha sonra uygun girişim etkinliğinin geliştirilmesi için başlangıç noktası olarak iş görecektir. Hedeflenen sağlık sorununu seçme süreci ve girişimin yürütüleceği özel kurgu ve popülasyon öznel durumların etkisini en aza indirmeye çalışmalıdır.

Bu önceliklendirme süreci tipik olarak popülasyonla ilgili mevcut verilerin ilk ele alındığı sırada belirlenen *bütün sağlık problemlerinin listelendirilmesiyle* başlar. Önceliklendirme sürecinin bir sonraki aşamasında, temel sağlık hizmetleri ekibi üyeleri arasındaki serbest ve açık tartışma yoluyla bu liste 5-6 en önemli sorunla sınırlanır (*ön seçim*). Daha sonra iyi tanımlanmış bir kriterler dizisi bu kısa sağlık sorunları listesine uygulanarak, COPC girişiminin yapılacağı tek bir sağlık durumu veya sorunu seçilir (*son seçim*).

Son seçim aşamasında uygulanacak kriterlerin tanımlanması, yarışan sağlık sorunları hakkındaki bilgilerin elde edilebilir oluşuna, sorunların her birine yaklaşma konusunda temel sağlık hizmetleri ekibinin bilgi ve becerilerine ve toplumdaki bireylerle sağlık hizmetleri arasında varolan ilişkilerin doğasına bağlı olacaktır.

Bu kriterler, seçilen her bir sorunla ilgili olarak tanımlanan sorunun sıklığı ve ciddiyeti, girişimin yapılabilirliği, maliyeti ve etkinliği ile temel sağlık hizmetleri ekibinin motivasyon derecesi gibi parametreleri içerebilir. Toplumun ilgi düzeyi de göz önüne alınmalıdır.

Bu kriterler değişik karmaşıklık dereceli yaklaşımlar kullanılarak puanlanabilir. En basit puanlama yöntemi (Vaughan ve Morrow, 1989 tarafından ayrıntılı olarak açıklanmıştır) bir puanlama çizelgesiyle her kriter için 1'den (en düşük) 3'e (en yüksek) kadar bir puan vererek yapılır. En yüksek toplam puanı alan sağlık sorunu COPC girişimi için seçilmiş olur. Hanlon yöntemi (Pickatt ve Hanlon, 1990) olarak bilinen daha karmaşık bir puanlama yöntemi, her sorun için en yüksek puanı hesaplamak üzere tanımlanmış bir formülü kullanır (aşağıya bakınız). Hanlon yöntemi aşağıdaki parametreleri içerir:

- Sorunun büyüklüğü (prevalans ve/veya insidans olarak ölçülür)
- Her bir sorunun ciddiyeti (olgu–fatalite)
- Girişimin etkinliği.
- Girişimin yapılabilirliği. Girişimin yapılabilirliği sırasıyla beş bileşenden oluşur (1 yada 0 olarak puanlanır): Uygunluk (Pertinence), ekonomik yapılabilirlik (Economic feasibility), kabul edilebilirlik (Acceptability), kaynaklar (Resources) ve yasal meseleler (Legal considerations) (PEARL).

Bu parametreler şu formül kullanılarak bir araya getirilir: $(A + B) (C * D)$

Yine Hanlon ölçeğinde en yüksek puanı alan problem COPC girişimi için seçilmiş olur.

Önceliklendirme süreci, her bir sağlık problemi için formüle edilmiş *operasyonel tanımlara*, seçim kriterlerine ve puanlama sistemine ihtiyaç duyar. Bu *operasyonel tanımların ifade edilmesi* çalıştıkları özgün popülasyon/toplumu sürekli aklında bulundurması gereken *temel sağlık hizmetleri ekibinin sorumluluğundadır*.

Bu önceliklendirme sürecinin işletilmesinde sık olarak ortaya çıkan bir engel, toplum ve sağlık sorunları konusunda *elde edilebilen bilgilerin* (miktar ve/veya kalite açısından) *eksik olmasıdır*. Kolay bulunan bilgiler yeterli ayrıntıdan yoksun olabilir veya bilgilerin kalitesi normalden az olabilir. Olabildiğince *kapsamlı bir tablo* elde etmek için, *tüm olası bilgi kaynaklarının ele alınması* önerilir. Ayrıca *dolaylı ölçütlere* dayanmak da gerekli olabilir, örneğin COPC girişiminin hedeflediği toplum için elde bulunmayanlar için, yakın ve karşılaştırılabilir bir toplumun sağlık göstergelerinin kullanılması gibi. Benzer şekilde, süreç içerisinde *uzlaşılar* varmak da gerekebilir. Örneğin temel sağlık hizmetleri ekibi bilgileri doğrudan doğruya toplumdan (bir tarama şeklinde) toplamamaya karar verebilir ve toplumun karşı karşıya bulunduğu sağlık sorunları ile ilgili kendi tespitlerine dayanabilir.

Göz önüne alınacak bir başka önemli konu, önceliklendirme sürecinde *toplumun* olası *rolüdür*. Toplum katılımının olabilirliği, sosyal bütünlük derecesinin, toplum ile sağlık hizmetleri arasında varolan ilişkilerin ve böyle bir toplum katılımının sosyo-kültürel kabul edilebilirliğinin bir fonksiyonu olabilir. Bu süreçte toplum temsilcilerinin katılımı konusunda Avrupa'dan bazı ilginç örnekler Maeseneer (1996) tarafından açıklanmıştır.

KAYNAKLAR

Vaughan JP and Morrow RH (eds) Manual of Epidemiology for District Health Management. World Health Organization, Geneva, 1989.

Pickett G and Harden JJ (eds) Public Health - Administration and Practice, 9th ed, St Louis:Times Mirror/Mosby, pp. 226-228, 1990.

Maeseneer JM. Priority setting in general practice at the local level: From patient participation to community orientation? Eur J Gen Pract, 2:3-4, 1996.

Bölüm 5:

TOPLUM TEŞHİSİ – III

SEÇİLEN SAĞLIK SORUNU / DURUMUNUN AYRINTILI DEĞERLENDİRMESİ

COPC sürecinin bu aşaması, önceliklendirme süreci yoluyla hedeflenen sağlık sorunu veya sendromunun (toplumda birbiriyle ilişkili sağlık sorunları grubu) doğası ve miktarı ile ilgili ayrıntılı bilgi sağlayacaktır. Seçilen sorunun belirleyicileri ve etkisi konusunda da bilgiler sağlayacaktır. Daha sonra bu bilgiler girişimin planlanması için (aşağıda tartışılmıştır) temel oluşturacak ve uygulanması zorunlu olan girişimlerin tipine ve girişimin yöneltileceği özel hedef popülasyona karar vermede yardımcı olacaktır. Bu aşama boyunca derlenen bilgiler, değişiklikleri saptamak için yapılan ara dönem ölçümleri (sürveyans) ve girişim programının değerlendirilmesinin dayanacağı temel bilgiler olarak da iş görecektir.

Bazı olgularda ayrıntılı değerlendirmenin çapına dair bir soru doğar. Temel sağlık hizmetleri ekibi toplumun sağlık durumunu daha kapsamlı olarak saptamaya ve değerlendirmeyi girişimde bulunmak üzere seçilen sağlık sorununa sınırlamamaya karar verebilir. Bu karar varolan kaynakları, hizmetin önceliklerini ve toplum teşhisini izleyerek başlatılacak girişim aktivitelerinin çapını hesaba katarak dikkatli bir şekilde verilmelidir. Hedeflenen sağlık problemine odaklanmış bir değerlendirme genellikle geniş çaplı olandan daha ayrıntılı bilgiler sağlar, böylece girişim programının planlanması, sürveyans ve değerlendirme aktiviteleri için temel olacak daha rafine göstergeler elde edilir (aşağıda tartışılmıştır). Ayrıca odaklanmış değerlendirme kapsamlı olana göre daha az zaman ve para gerektirecektir ve devam etmekte olan sağlık hizmetleri ile daha az etkileşecektir.

AYRINTILI DEĞERLENDİRME AŞAMALARI

POPÜLASYONUN TANIMLANMASI:

Ayrıntılı değerlendirme için popülasyonun tanımlanmasında, değerlendirmenin popülasyonun tamamı mı yoksa belirli alt gruplar üzerinde (çocuklar, ergenler, yaşlılar, hamile kadınlar, vs.) mi yapılacağını göz önüne almak gerekli olacaktır.

Bazı durumlarda programın etkinliğinin gösterilmesi gerektiği zaman, toplum teşhisinin bu aşaması bir kontrol (veya karşılaştırma) popülasyonunu da gerektirebilir. Bu popülasyonda hiçbir girişim yapılmayacak olmakla birlikte, toplum teşhisi ve değerlendirme aşamalarında aynı bilgiler karşılaştırma popülasyonundan da toplanacaktır. (Bu teknik genellikle program çalışması olarak adlandırılır ve girişim planlamacılarına toplumun sağlık durumunda belirtilen herhangi bir değişikliğin girişimle gerçekten ilgili olduğu konusunda bir miktar güven sağlar.)

Bilgilerin popülasyonun tüm üyelerinden (veya tanımlanmış alt grupların üyelerinden) mi yoksa popülasyonu temsil için seçilen bir örnekten mi toplanacağına da karar verilmelidir. Bu karar popülasyonun büyüklüğüne ve değerlendirme için kullanılacak kaynaklara göre verilecektir. Temel sağlık hizmetleri ekibi nüfusu temsil eden bir örneklem üzerinde odaklanmaya karar verirse, örneklem büyüklüğü ve örnekleme yöntemleri de önceden tespit edilmelidir. Eğer veriler girişim programı için bireysel düzeyde bir temel olarak kullanılacaksa, örneklem kullanımı uygun değil demektir.

SAĞLIK DURUMU, BELİRLEYİCİLER VE SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Ayrıntılı değerlendirmenin özgül amaçları değerlendirme yapılmaya başlamadan önce saptanmalıdır. Örneğin, girişim için seçilen sağlık sorunu yetişkinler arasındaki hipertansiyon ise, toplum teşhisinin amaçlarından bazıları şunlar olabilir:

- Nüfus içindeki hipertansif yetişkinlerin oranını saptama.
- Nüfus yada örneklemin yetişkin üyeleri arasında sistolik ve diastolik kan basıncının dağılımını belirleme.
- Zaten takip altında olan hipertansif yetişkinlerin oranını tahmin etme.

Eğer öncelik tespiti aşaması sırasında seçilen problem bebeklik çağındaki malnütrisyon ise, bazı toplum teşhisi amaçları şunlar olabilir:

- Malnütrisyonun (önceden tanımlanmış) belirti ve bulgularını gösteren bebeklerin sayısını tahmin etme.

- Anne sütü ile beslenen bebeklerin sayı ve oranını tahmin etme.
- Malnütrisyon nedeniyle hastaneye yatırılan bebeklerin sayı ve oranını tahmin etme.

Seçilen sağlık sorunları yada durumlarının dağılımı, yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, din ve aile yapısı gibi ilgili popülasyon karakteristiklerine göre saptanmalıdır. Durumla ilgili belirleyiciler üzerinde de çalışılmalıdır. Bunlar arasında çeşitli davranış ve uygulamalar, bilgi ve tutumlar, çevresel koşullar ve kültürel faktörler sayılabilir.

Kullanılan   l  mler geçerli, güvenilir ve kabul edilebilir olmalıdır ve bu ölümlerin operasyonel tanımları açıkça belirtilmelidir. Değerlendirme gereçlerinin geçerliliği (  rne  in ya varolan ölçekler yada bu COPC aktivitesinin amaçları için özel olarak geliştirilenler), mümkünse değerlendirmenin yapılacağı özgül popülasyon (ya da bir benzeri) içerisinde gösterilmelidir.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ:

Veri toplama yöntemleri girişim için seçilen sağlık sorunları ve bu etkinlik için varolan kaynaklar ile uyumlu şekilde değişim gösterir. Veri toplama yöntemleri arasında taramalar (kişinin kendisi tarafından doldurulan anketler yada görüşmelere dayanan), odak gruplar, tıbbi muayeneler ve/veya laboratuvar testleri, temel sağlık hizmetleri klinikleri veya hastanelerin tıbbi kayıtlarının derlenmesi, mortalite kayıtlarının derlenmesi vb. sayılabilir.

Tüm bu aktiviteler değerlendirilen sorun ile uyumlu olacak şekilde yerel gerçeklere uyarlanmalıdır. Bunlar hizmet üzerinde bir yük olarak algılanmamalıdır. Bu aktiviteler mümkün olduğunca rutin hizmet aktiviteleri içerisine dahil edilmelidir, ancak bazı durumlarda ek kaynaklar gerekli olabilir. Toplanacak verilerin miktarı ve tipi ile veri toplama yöntemleri, ilgilenilen soruna uygun olacak şekilde planlanmalı, gerçekçi olmalı ve yalnızca konuyla ilgili bilgileri içermelidir. Veri toplama gereçleri sahada kullanılabilirliklerini ve toplum   yeleri tarafından kabul edilebilirliklerini doğrulamak amacıyla önceden test edilmelidir.

Değerlendirmenin planlanması, veri analizinin ayrıntılı planını içermelidir. Bu planlama aşamasında fark edilmemiş olan yönlerin keşfedilmesini sağlayabilir.

COPC döngüsünün bu aşamasından sorumlu olan sağlık ekibi seçilen yöntemler konusunda eğitilmelidir. Ekip üyeleri arasında sorumlulukların dağılımı konusunda başlangıçta anlaşılmış olmalıdır.

KAYNAKLAR

Abramson JH. Survey Methods In Community Medicine. Chapter 31: Programme trials. Churchill Livingston. 4th Edition. UK. 1990.

Metee TM. Community Diagnosis: A Tool for COPC. In: Nutting P (ed.) Community Oriented Primary Care: From Principles to Practice. Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, 1987.

Williams RL, Flocke SA, Sysanski SJ, Metee TM, Martin KB. A practical tool for Community Oriented Primary Care: Community diagnosis using a personal computer. Family Medicine 27:39-43, 1995.

Bölüm 6

GİRİŞİM – I. PROGRAM PLANLAMASI

Girişimde bulunulması hedeflenen özgül sağlık sorunu ya da sorunları kararlaştırıldığında, elde bulunan kaynakların sorunun bir yönü üzerinde mi yoksa birden fazla yönü üzerinde eşzamanlı olarak mı yönlendirileceğine karar vermek gerekecektir. Tek yönlü yaklaşım daha kolay test edilebilmeye, izlenmeye ve program kalitesinin kontrolüne olanak sağlar; ek programlar daha sonra hizmet ve ekibin hazır olma durumuna göre gündeme getirilebilir.

GİRİŞİMİN AŞAMALARI

NELER YAPILMIŞTIR?

Girişim planlamasının ilk aşaması, aynı sağlık sorunu hedeflenerek sağlık hizmetleri ve ilgili diğer kurumlar tarafından sürdürülen veya geçmişte yapılmış olan aktivitelerin incelenmesidir.

Örneğin toplumdaki malnütrisyonun ele alınması durumunda bu aşamada şöyle sorular sorulmalıdır:

- Çocukların ne kadarı rutin olarak tartılmakta ve ölçülmektedir?
- Malnütrisyonu tanımlamak için özel kriterler geliştirilmiş midir?
- Tedavi ve sevk için kılavuzlar mevcut mudur?
- Önerilere uyma düzeyi nedir?
- Ev ziyaretleri yapılmakta mıdır?
- Beslenmeyle ilgili konularda sağlık ekibi ne gibi eğitimler almıştır?
- Şu anda toplumun rolü ve ilgi düzeyi nedir?

DAHA NE YAPILABİLİR YADA YAPILMASI GEREKİR?

Bu aşama, seçilen sağlık durumu ya da sorununu hedefleyen etkili girişimlerle ilgili bilgi ve deneyime dayanacaktır. Ayrıca kültürel (politik ve sosyal) kabul edilebilirlik

ve temel sağlık hizmetleri ekibinin elinde bulunan kaynaklar - personel, bütçe ve gereçler (fiziksel saha, ekipman, vs.) yönünden, girişim programının uygulamaya konmasının olabilirliği tartışılmalıdır.

Girişim aşamasının sonraki gelişimi, hedef popülasyonun tanımlanmasını ve program hedeflerinin formüle edilmesini gerektirir.

Girişim için hedeflenecek popülasyon toplumun tüm üyelerinden oluşabileceği gibi ilk başta belirli bir alt grup üzerinde odaklanılarak toplumun geri kalan üyeleri daha sonra hedef genişletilerek kapsanabilir. Yine bu karar program için kullanılan kaynaklardan en azından kısmen etkilenecektir.

PROGRAM HEDEFLERİ:

Bir girişim programının *hedefleri* ölçülebilir şekilde formüle edilmeli, yani programın ne kadar sürede neyi başarmaya niyetlendiği belirtilmelidir. Örneğin, malnütrisyon problemini azaltmayı hedefleyen bir program, malnütrisyon (tanımlanmış ve yerleşmiş kriterlerle) prevalansını üç yıllık dönemde % 30 azaltma hedefi koyabilir.

Hedefler aynı zamanda sağlık hizmetlerinin ve toplumun *gerçekliğine uyarlanabilir* ve *uygulanabilir* olmalıdır.

Tali hedefler de bu noktada formüle edilmelidir. Malnütrisyon örneği ile devam edersek, malnütrisyonu azaltmak için anne sütü ile besleme süresini artırmak, aile bahçelerinin gelişmesini teşvik etmek vb. gerekebilir. Bu hedefler sonuçta *kısa ve uzun vadeli amaçlar* şeklinde (yani program bir yıl içerisinde neyi başarmayı ummaktadır ve 5 yıl içerisinde neyi başarmaya niyetlenmektedir) tanımlanmalıdır.

Kapsayıcı bir temel sağlık hizmetleri kurgusunda, program ve hedefler sorunun doğal hikayesinin birbirini izleyen aşamalarına denk gelebilir: sorunun başlamasından önceki aşama (sağlığın geliştirilmesi ve birincil koruma aktiviteleri), pre-semptomatik aşama (erken tanı aktiviteleri), semptomatik aşama (tedavi) ve son olarak durumun sonlanması ve yol açtığı sonuçlar (rehabilitasyon). Bazı temel sağlık hizmetleri kuruluşlarında, örneğin sağlam çocuk ya da ana-çocuk sağlığı kliniklerinde, yalnızca koruyucu ve geliştirici sağlık hizmeti verilir. Bir COPC girişimi temel sağlık hizmetlerinin kapsayıcı olan ve olmayan çerçeveleri içerisinde uygulanabilme özelliğine sahiptir.

PROGRAM AKTİVİTELERİ:

Programın hedefleri (neyi başarmak istediğimiz) ve program aktiviteleri (bu hedeflere nasıl ulaşacağımız) arasındaki ayrım önemlidir. Örneğin anne sütü ile beslenmeyi artırmak (program hedefi) sağlık eğitimini sağlayarak (aktivite) gerçekleştirilir.

Her program hedefine bir program aktivitesi eşlik eder. Aktiviteler maksimum etkiyi oluşturmak amacıyla geliştirilmelidir. Bu, *her aktivite için en uygun formatı* belirlemek amacıyla sahadaki uzmanlara ve/veya literatürdeki yayınlara danışmayı gerektirebilir. Aktivite bir kitlesel medya kampanyası, çevre düzenlemesi, kişisel temas, bağışıklama kampanyası başlatma, ilaçların sağlanması vb. şeklini alabilir.

Program ve aktivitelerin başka durumlar için de uyarlanabilme ve kabul edilme derecesi uygulamaya konmadan önce dikkatle incelenmelidir.

Uygulamanın *zamanlaması* ve *sıklığı* da uygulamaya konmadan önce belirlenmeli, toplumdaki ve sağlık hizmetlerindeki değişen ihtiyaçlar yanıt verebilmek için gereken *esnekliğe* izin vermelidir.

KAYIT SİSTEMİ:

Girişim programının planlaması, bir ekip sorumlusunun programın yürütüldüğü toplumun ve bireylerin sağlık durumuna ait kayıtları tutmasını sağlayacak bir kayıt sisteminin oluşturulmasını da içermelidir. Kayıt sistemi girişim programı çerçevesinde gerçekleştirilen aktivitelerin takibini de sağlamalıdır. Örneğin popülasyon içerisinde malnütrisyon seviyesini azaltmayı amaçlayan bir girişim programı çocukların kilo ve boy kayıtlarını yerel ölçekte kullanılan standart düzeylere göre persentil çizgileri içerisinde işaretlenerek kaydedilmesi yoluyla işletilen bir kayıt sistemiyle bütünleştirilmelidir. Anne sütü ile beslenme ve değişik yaşlardaki ek besin uygulamaları hakkındaki bilgilerin kaydı da planlanmalıdır. Varolan kayıtlar, içerisinde yer alan bilgilerin kabul edilebilir kalite ve tamlıkta olduğu varsayılarak yeni sistem içerisine entegre edilebilir. Ayrıca, diğer sağlık kuruluşlarının kaynaklarından (hastane taburcu kayıtları gibi) alınan kayıtlardan yapılacak derlemeler de, hedef popülasyonun sağlık durumuna ilişkin daha bütünlüklü bir tablo elde etmek amacıyla göz önüne alınmalıdır.

Kayıtlar girişim programının alıcısı olan bireylerin kişisel tıbbi dosyalarına entegre edilebileceği gibi ayrı olarak da tutulabilir. Bilgisayarlı sağlık bilgi sistemleri genellikle ek bilgilerin kaydını tutmak için kolayca uyarlanabilir. Bütün durumlarda, ilave kayıt planlandığı zaman, rutin hizmetleri yürüten sistem üzerine binecek yük en aza indirilmelidir.

KAYNAKLAR VE BÜTÇE

Girişim programının farklı yönleri için gerekli olacak kaynaklar program uygulamaya konmadan önce planlanmalı ve güvenceye alınmalıdır. Kaynaklar, bazıları programın amaçları doğrultusunda özel eğitim görmesi gerekecek gerekli personelin tümünün maliyetlerini karşılamaya yeterli olmalıdır. Çoğu programlar multidisipliner bir ekip gerektirecek ve çekirdek ekibin veya destek ekibinin parçası olarak bazı ilave ekip üyelerinin tutulması gerekebilecektir. Ekip üyeleri farklı örgüt veya kurumlara bağlı olabilir yada eldeki işler için uygun şekilde eğitilmiş olan (toplum sağlığı çalışanları) veya toplumdaki rolleri onları ekibin ayrılmaz parçası haline getiren toplum üyeleri olabilirler. Bazı durumlarda bir toplum örgütleyicisine veya organizasyon konusunda uzmanlık sahibi bir ekip üyesine ihtiyaç olabilir. Tüm ekip üyelerinin sorumluluk alanları ve rolleri dikkatle planlanmalı ve düzenlenmeli, ayrıca tüm üyeler sorumlulukları konusunda önceden bilgilendirilmelidir. Kaynaklar personelde ya da rollerinde program sırasında olabilecek değişikliklere ve farklı program aktiviteleri için ayrılan zamanlarda yapılacak değişikliklere olanak tanınmalıdır.

Bir ekip üyesi girişim için bütün *sorumluluğu* almak üzere hazırlanmalıdır.

Programın geliştirilmesi ve uygulanması için gerekli malzemeler (örn. konaklama, eğitim yardımları vb.) ve ekipman (örn. basküller, tansiyon aletleri, enjektörler, soğutma gereçleri vb.) önceden planlanmalıdır. Hizmetin yeni işlevlerine uyumlu kılmak amacıyla, fiziksel alanın istenen şekillerde uyarlanması gerekebilir.

1. Programın uygulamaya konmasında karşılaşılabilecek tüm harcamaları göz önüne alan ayrıntılı bir bütçe planlanmalıdır.
2. Girişim programının çeşitli aşamaları için bir *zaman tablosu* belirlenmelidir.
3. Girişim programının *sürdürülebilirliği* için yöntemler bulunmalıdır.

TOPLUM KATILIMI:

Toplum katılımının doğası program planlamasının en başından itibaren dikkatle ele alınmalıdır. Her toplumda, üyelerinin katılımının doğası başka şeylerle birlikte, toplumun örgütlenme düzeyine, kültürel ve sosyal özelliklerine, ve toplumun ve sağlık hizmeti verenlerin beklentilerine bağlı olacaktır. Katılım düzeyi pasif katılımdan (örneğin doktor tavsiyelerine uyma) programın farklı yönlerinin planlanma ve uygulanma aşamalarında tam katılımcılığa kadar değişebilir. Sağlık ekibi ile toplum arasındaki diyalog ve karşılıklı saygının programın başarısının önemli bir bileşeni olduğu kanıtlanmıştır.

Bölüm 7:

GİRİŞİM - II. SÜRVEYANS VE İZLEME

Sürveyans çalışmalarının amacı, toplumun sağlık durumundaki (özellikle girişim için hedeflenen özel sağlık problemleri veya durumlarıyla ilgili olarak) ve/veya bunun belirleyicilerindeki değişiklikleri devamlı olarak belirlemek ve tespit etmektir. Bu, sağlık durumu ölçümü sürecinin doğal seyrinde devam etmesidir ve girişim programının ilerlediğinin ve etkinliğinin ortaya konmasını sağlar, aynı zamanda tasarım veya uygulamadaki olası problemleri aydınlatır. Bu devamlı sürveyans, planlanan aktivitelerin gerçekleştirilme düzeyini ve aktivitelerin önceden belirlenen protokollere bağlılık derecesini de belirlemelidir. (Program aktivitelerinin sürekli değerlendirilmesi bazen programın izlenmesi olarak da adlandırılır, bununla birlikte 'sürveyans' ve 'izleme' terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılır). Sürveyans aktiviteleri sırasında toplanan bilgiler, temel sağlık hizmetleri ekibinin girişim programının planlanan şekilde devam etmesine veya gerekli değişiklikleri yapmasına karar vermesine yardımcı olacaktır.

Sürveyans çalışmaları klinik takiplerden veya periyodik taramalardan toplanan bilgilere dayandırılabilir. Klinikten bilgi elde etmek için, girişim programı için geliştirilen kayıt sisteminden (yukarıya bakınız) yararlanılacaktır. Yapılacak sürveyans çalışmalarının sıklığı, bunun yürütülmesinden sorumlu olacak kişi veya kişiler bulunması gerektiği için önceden belirlenmelidir.

Sürveyans çalışmaları üzerinde çalışılan popülasyonun demografik özellikleri ile ilgili verileri de toplayarak birleştirmelidir. Bu tip bilgiler doğum ve ölüm sayılarını, nüfus içerisindeki göç şekillerini ve nereden nereye göç edildiğini, yeni HMO üyelerinin sayısını, bir fabrikadaki yeni işçileri veya bir okuldaki yeni çocukları içerebilir. Bu tip bilginin kaynakları resmi kurumlardan gelen raporlar, rutin hayati istatistik kayıtları, sağlık ekibi tarafından yapılan özel bilgi toplama çalışmaları veya diğer kaynaklar olabilir. Bu veriler sağlık ekibine hizmet verdikleri nüfus hakkında ihtiyaç duydukları bilgileri sağlayacaktır (payda verileri).

Bölüm 8:

GİRİŞİM - III. DEĞERLENDİRME

Değerlendirmenin amacı, girişim programı sonucunda neyin başarıldığı ve sonuç olarak programın devam etmesine veya değiştirilmesine gerek olup olmadığı konusunda bilgi sağlamaktır. Sağlık ekibi ve topluma programın etkinlik derecesi konusunda ampirik kanıtlar sağlar, neyin işe yarayıp neyin yaramadığı konusunda bilgi verir, kaynakların kullanımının doğru olup olmadığının ve etkin şekilde kullanılıp kullanılmadığını analiz eder. Değerlendirme, üzerinde çalışılacak parametre sayısı ve tipi açısından sürveyans aktivitelerinden daha kapsamlıdır. Sürekli olarak gerçekleştirilen sürveyans çalışmalarının aksine, tam ölçekli değerlendirme daha seyrek olarak yapılır. Örneğin sürveyans aylık bazda yapılırken, değerlendirme üç yılda bir gerçekleştirilebilir.

COPC program değerlendirmesi için yazılan bir rehber (Abramson, 1990) aşağıdaki göstergelerin tespit edilmesini önermektedir:

⇒ Gereklilik:

Değerlendirme aktiviteleri ile toplanan bilgiler, programın ne ölçüde ilgili ve uygun olduğunu, yani popülasyonun o anki sağlık durumu için programın devam etmesinin ne oranda gerekli olduğunu belirlemek için kullanılmalıdır.

⇒ Kalite:

Girişim programının değerlendirmesi, programın sonuçlarının ortaya konmasını sağlamalıdır. Böylece programda belirtilen hedeflerin ne oranda başarıldığı gösterilir. Bu programın *etkinliği* olarak da görülebilir (örneğin girişim aktiviteleri malnütrisyonda bir azalma meydana getirdi mi ya da anne sütü ile beslenme arttı mı?). Etkinlik, özel bir girişim ile ilgilenen ve ideal koşullarda bu girişimin yararlılık derecesini inceleyen *yararlıktan* ayırt edilmelidir. Yararlılık, hedeflenen popülasyonda amaçların gerçek anlamda başarılmasına karşılık gelir. Bir programın *zararsızlığı* da değerlendirilmelidir. Bu, programın uygulanmasının toplum sağlığı ve iyiliği üzerine bir yan etkiye sahip olup olmadığını belirlemek anlamına gelir.

Program süreci veya programın planlama aşamalarında belirlenen kriterlere göre *aktivitelerin performansı* da ölçülmelidir. Süreç değerlendirmesi, girişim protokolünde belirlenene kıyasla ölçümlerin (kilo ve boy) ne ölçüde gerçekleştirildiği

gibi konuları, anne sütü ile beslemeyi teşvik için yapılan grup toplantılarına beklenen ve gerçekleşen katılım düzeylerini, yeni uygulanan bağışıklama programında nüfusun ne oranda kapsam altına alındığını, *sunulan hizmetlerin kullanılabilirliğini* veya *tavsiyelere* (demir, A vitamini desteklerini alma) ve talimatlara (hastaneye sevk) *uyma* derecesini ortaya koyar.

Program yapısı da değerlendirilmelidir. Bu, fiziksel yapı, gereçler, ekipman, hizmetlerin erişilebilirliği ve kullanılabilirliği ve kullanımın önündeki engeller (coğrafi, fiziksel, kültürel, ekonomik vb.) de dahil olmak üzere programın kendisi ile ilgili noktalara işaret eder. Program çalışanlarının sorumluluğu da tüm düzeylerde (saha çalışanlarından program koordinatörüne, koordinatörden TSH ekibine, TSH ekibinden sağlık hizmetleri yöneticisine vb.) değerlendirilmelidir. Hizmetler ile toplum temsilcileri ya da toplumun tamamı arasında bir iletişim devresi kurulmalıdır.

⇒ Verimlilik:

Verimlilik, maliyet-etkinlik değerlendirmesi yoluyla programın etkinliğini girdilerle (insan gücü, zaman, ekipman, vs) ya da maliyet-fayda ölçümüyle çıktıları parasal terimlerle ifade etmekle karşılaştırıldığında sonuçların başarılmasında kullanılan maliyetleri ölçer.

⇒ Tatmin:

Popülasyonun ve sağlık ekibinin süreç ve programın sonuçları konusundaki tatmini de değerlendirilmelidir.

⇒ Ayırıcı değer:

Değerlendirme sürecinin daha az açık bir bileşeni, programın nüfusun farklı kesitleri arasında (örneğin yüksek ve düşük eğitim, kırsal ve kentsel, genç ve yaşlı) *farklı bir etkiye* sahip olup olmadığını yada hizmet sunumunun ve bundan yararlanma şekillerinin toplumun çeşitli alt gruplarında farklı olup olmadığını ele almalıdır.

DEĞERLENDİRME TİPLERİ:

Bir programın etkinliğinin gösterilmesi gerektiği zaman, kullanılan yöntem Program Çalışmasıdır. Bunlar deneyler veya programın sonucunun dışsal bir faktöre değil de spesifik girişime bağlı olup olmadığını araştıran yarı deneylerdir. Bu tip bir

değerlendirmenin sonuçları, program türünün diğer durumlarda uygulanabilirliği konusunda karar vermek için kullanılabilir. Bu tip değerlendirme tipi girişim ya da deney grubunun yanı sıra girişimde bulunulmayan bir kontrol grubunu gerektirir. Kontrol grubunun veya toplumunun seçimi randomizasyon yoluyla (bir HMO'nun, okulun ya da başka bir popülasyonun rasgele seçilen üyelerini girişim ve kontrol gruplarına alarak) yapılabilir. Bu yöntem seçilmiş bir TSH uygulaması içinde genellikle uygulanabilir ve etik değildir, fakat bütün bir fabrikanın, okulun veya köyün girişim ve kontrol grupları olarak alındığı durumlarda uygulanabilir. Bir başka değerlendirme yöntemi, girişimin gerçekleştirileceği topluma benzer bir toplum seçmektir (yarı deney). Karşılaştırma için bölgesel veya ulusal veriler gibi diğer bilgi kaynaklarının kullanımı bir program çalışmasında uygun değildir, çünkü bunların metodolojisi ve popülasyonu girişim programında yer alandan oldukça farklı olabilir.

Program Değerlendirmesi, gerçekleştirilen aktivitelerin yararlı sonuçlar oluşturduğu varsayımı kurulabildiği durumlarda yapılır. Bu tip değerlendirmeler, toplumun kendi kendisinin kontrolü olarak kullanıldığı *öncesi sonrası araştırmaları* şeklinde yapılabilir. Bir programın etkinliği resmen değerlendirilemez, çünkü verili değişiklik girişimde bulunulmaksızın diğer faktörlere bağlı olarak diğer toplumda ortaya çıkmış olabilir.

Artarak genişleyen hizmetlerde verili popülasyondan gelen *sonrası* verileri, her iki popülasyonun benzer olduğu varsayılarak, sonradan programa eklenen popülasyondan gelen *öncesi* verileri ile karşılaştırılabilir. Bu veriler kendilerinin *sonraları* ile karşılaştırılabilir. *Zaman serileri* de (bir zaman diliminde alınan sonuçlar) değerlendirme için kullanılabilir.

DEĞERLENDİRME AŞAMALARI

DEĞERLENDİRMENİN HEDEFLERİ:

Değerlendirmenin hedefleri sonuçlar, süreç ve yapı açısından girişim fazının hedeflerine nelerin konmuş olduğuna göre belirlenir. Bu hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı, hedefleri başarmak için gerekli aktivitelerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, kullanılan araç ve ekipmanların program için uygun olup olmadığı değerlendirilecektir. Mevcut kaynaklara göre hedeflerin tümü veya bir kısmı ölçülecektir.

Eğer girişim, örneğin malnütrisyonu azaltmak ve anne sütü ile beslenmeyi artırmak için yapıldıysa, değerlendirme belirlenen süre sonunda malnütrisyon ve anne sütü ile beslenme prevalansını ölçecektir; ayrıca aktivitelerin (eğitim ve besin eklemeleri vb.) planlanan şekilde yapılıp yapılmadığı, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve bu amaç için kullanılan ekipman ve araçların yeterliliği de değerlendirilecektir. Sorulan sorular yukarıda tanımlanan kılavuzları izlemelidir.

HEDEF POPULASYON:

Popülasyonun seçimi gerçekleştirilecek değerlendirmenin tipine, yani program değerlendirmesi ya da program çalışması oluşuna göre belirlenir.

Bir program çalışması durumunda, hedef popülasyon üzerindeki karar ayrıntılı değerlendirmenin yapıldığı erken aşamalarda zaten verilmiştir ve girişim ve kontrol popülasyonları bellidir. Böylece bu popülasyonların her ikisi için de önce ve sonra değerlendirmeleri yapılacaktır.

Program değerlendirmesi durumunda ise, yalnızca girişim toplumu üzerinde önce ve sonra değerlendirmesi yapılacaktır.

Değerlendirme popülasyonun tümü yada bunun temsil eden bir örneklem üzerinde yapılabilir. Eğer başlangıç verilerini toplamak üzere bir örneklem seçildiyse, aynı örneklem değerlendirme aşlamasında da kullanılabilir. Alternatif olarak yeni bir örneklem alınabilir.

Popülasyonun yaşa (örn. 0 - 5 yaş) veya bir başka ayırıcı özelliğe (örn. gebelik) göre tanımlanmış özel bir kesiti için tasarlanmış bir programı değerlendirirken, başlangıç ve değerlendirme aktiviteleri farklı çocuk veya gebe kadın grupları üzerinde yapılabilir. Bununla birlikte, eğer programın hedefleri girişimin uzun vade etkilerinin tespitini gerektiriyorsa, aynı çocuk veya gebe kadın grubu zaman içerisinde izlenecektir.

METODOLOJİ:

Ayrıntılı değerlendirmede kullanılan aynı *ölçümler* ve *veri toplama yöntemleri* sonuçların değerlendirmesinde kullanılacaktır. Görüşmeler, anketler ve doğrudan

gözlemler gibi ek ölçümler süreç ve yapı üzerinde çalışılmak üzere geliştirilmelidir. Sahada kullanılmadan önce bu ölçümlerden her birinin geçerliliği gösterilmelidir.

Veri analizi, değişimin ölçülmesini (önceki ve sonraki hız farklılıkları, hız orantıları; program çalışmasının olgularındaki net farklar) ve popülasyonlar veya risk faktörleri arasındaki farklılıkları kontrole yönelik çok değişkenli teknikleri içerecektir.

Değerlendirme toplumdaki özellikli sağlık sorunlarının yeniden tespiti için temel oluşturacak ve programın sürdürülmesi için gereken karar verme sürecine öncülük edecektir.

KAYNAKLAR

Abramson JH. Survey Methods In Community Medicine. Chapter 5. The objectives of evaluative studies and Chapter 31. Programme, trials. Churchill Livingstone. 4th Edition. UK. 1990.

Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P. The CHAD Program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: A 24-year retrospect. Israel Journal of Medical Sciences 30:108-119, 1994.

Gofin R, DeLeon D, Knishkowsky B, Palti H. Injury prevention programs in primary care: process evaluation and surveillance. Injury Prevention 1:35-39, 1995

KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bu kısımda farklı ulusal sağlık sistemlerini karşılaştırmak ve bu karşılaştırmalardan ders almak üzere bir yaklaşım sunacağız. İlk olarak, karşılaştırma yapma ve ders çıkarmanın mantığı üzerine düşüneceğiz. Daha sonra sağlık sistemlerini kategorize etmek için temel bir tipoloji ele alacağız. Daha sonra ülkelerin bazı dış ve iç baskılar karşısında değiştirmeye çalıştıkları bazı anahtar kavramları ve sağlık sistem reformları ve özel politika araçları üzerinde duracağız. Son olarak, üç özel ülkenin politika araçlarının mantık, kategori ve anlayışını uygulayacağız: Birleşik Devletler, Birleşik Krallık ve Almanya.

Sağlık sistemleri arasında karşılaştırma yapmaktan neden çekinmeliyiz? Herhangi bir karşılaştırmalı analiz kendi sağlık sistemimizde ele alabileceğimiz bazı problemlere ışık tutabilir. Elbette, kendi sistemimizle ilgili dersler çıkarabileceğimiz yüksek potansiyele sahip ülkeleri karşılaştırma için seçebiliriz, fakat bu ülkeleri belirlemek karşılaştırmaya başlayana kadar imkansız olabilir.

Diğer sağlık sistemlerinin bizimkiyle ilgisi hakkında şüpheli olmak normaldir. Herşeyin ötesinde, tarih, kültürel ve sosyal ortam öylesine farklı olabilir ki bu karşılaştırmadan herhangi bir şey öğrenilebileceğinden şüphe edilebilir.

Bu duruma rağmen, karşılaştırmalı analizle ilgilenen birçok kişi doğru yada yanlış olması muhtemel iki sonuca varır. Bunlardan birincisi; bir başka sistemde politikanın başarısı olarak keşfettiğimiz bir şeyin kendi sistemimizde de işe yarayacağını varsayınız. İkincisi; tamamlayıcı varsayım, başka bir yerde başarısız olan birşeyin bizim sistemimizde de kesinlikle başarısız olacağı ve ele almaya değer olmayacağıdır.

Daha karmaşık bir yaklaşım diğer sistemlerdeki bir politika aracının başarı veya başarısızlık nedenlerini yakından incelememiz ve bu şartların bizim ülkemizde uygulanabilir olup olmadığını kendimize sormamız gerektiğidir. Diğer bir deyişle, başka bir yerde başarılı gibi görünen bir şey bizim için işe yaramayabilir fakat başka bir yerde işe yaramayan bir şey bizim ortamımızda mevcut olmayan faktörler yüzünden başarısız olmuş olabilir.

Karşılaştırmalı bir analizle ilgilenmenin seyahat etmek için bir “bahane” olduğunu düşünmek komik görünmekle birlikte, Standardize istatistik ve tanımların ötesine geçen diğer sağlık sistemleri üzerine çalışmalara bakmalı ve sağlık sisteminin işlediği kültürel ve sosyal ortamı anlamaya çalışmalıyız.

Sağlık sistemleri tipolojisi yaratmaya çalışan analizciler iki ana boyutu ele almanın faydalı olacağı kararına varmışlardır: sistem nasıl finanse ediliyor ve hizmetler nasıl yerine ulaşıyor. Bu boyutlar arasında üç temel sağlık sistemi kategorisi ortaya çıkmıştır:

Beveridge sistemleri Dünya Savaşından sonra İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetinin yaratılmasına aracı olan İngiliz bakanının adıyla anılmaktadır. Beveridge sisteminde, sağlık bakım hizmetlerinin finansmanı öncelikle ulusal hükümetin genel bütçesinden gelir ve hizmetler çoğunlukla hükümetin sahibi olduğu ve görevlendirdiği kuruluşlar tarafından verilir.

Bismarkçı sağlık sistemleri büyük ölçüde Sosyal Sağlık Sigortası olarak bilinen şeye dayanır. İsmi, 1880’lerin Almanyasında sosyalizmin yükselmesine karşı mücadele verirken iş verenleri çalışanları için sağlık sigortası yapmaya zorlayan Şansölyeden almıştır. Dolayısıyla, sistemin maliyeti genel hükümet bütçesi yerine sağlık bakım hizmetlerine adanmış fonlardan karşılanıyordu. Bu fonlar iş verenler ve çalışanlar tarafından ödenen sosyal sigorta vergilerinden elde ediliyordu. Hizmetlerin yerine ulaşması kısmında, Bismark sistemlerinde hastaneler ve hekimler sosyal sağlık sigortası mükelleflerinden gelen fonlar karşılığında hizmet vermek üzere sözleşme yapan özel ve kar amaçlı olmayan kuruluşlar olarak yapılandırılıyordu. Bu mükelleflere genelde, sosyal sağlık sigortası ödemelerinden fona ödenen paraları kullanarak tedarikçilere geri ödeme yapmakla yükümlü kuruluşlar olan “hastalık fonları” denirdi.

Başta Birleşik Devletler olmak üzere Batı ülkelerinde görülen üçüncü ana sistem tipi özel olarak finanse edilen ve organize edilen bir sistem olarak bilinir. Özel sağlık sigortası şirketleri sigortalanmak isteyenlerden serbest piyasada sigorta primleri toplar. Özel sağlık sigortacıları, sağlık sigortası için ödeme yapan kişilere sağlık bakım hizmeti sağlamak üzere, kar amaçlı olan veya olmayan özel tedarikçilere ödeme yapar. Özel ve sosyal sağlık sigortası arasındaki temel farklardan biri; özel sağlık sigortasında, sigorta şirketlerine yapılacak ödemeler sigorta sağlamanın

getirdiği riske bağlı olarak piyasada belirlenmesidir. Yani daha hasta veya daha yaşı kişiler için sigorta ödemeleri veya primler daha genç ve daha sağlıklı kişilerden çok daha yüksek olacaktır. Buna karşılık, sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık sigorta fonuna yapılan katkılar kişilerin sigortalanmasının getireceği riske değil bu kişilerin gelir yüzdelerine bağlıdır.

Sağlık sistemlerini incelemenin bir başka yolu sistemin üç ana bileşenini, yani, finansman, dağılım ve üretimi ele almaktır. Finansman ve hizmetleri yerine ulaştırmayı kısmen ele aldık. Dağılım finansman sistemiyle elde edilen paraların tedarikçilere devredilme mekanizmasıdır.

Finansman, dağılım ve hizmetleri yerine ulaştırmanın farklı yöntemler ve kombinasyonlarını düşünebiliriz. Daha önce belirttiğimiz gibi, finansman değişik tipte sağlık sigortası düzenlemelerinden gelebilir. Ayrıca sigorta kapsamında olmayan hastalar tarafından tedarikçilere cepten yapılan doğrudan ödemelere dayandırılabilir. Böylece, müşteriiler için rekabet ederken, sağlık sigortacıları, sigortalanan kişilerin sağlık sigortalarından faydalanmak yerine kendi ceplerinden ödemeye ne kadar gönüllü olduklarına bağlı olarak değişen miktarlarda sigorta sunabilirler. Bu finansman ve dağılımın kesiştiği bir noktadır. Sigortacılar hastaların mesela ilaç masraflarını kendilerinin ödemesini isteyebilir. Bu durumda, para hastalar tarafından farklı sağlık tedarikçilerine ve hizmetlerine dağılır. Diğer taraftan, İngiltere’de olduğu gibi, hastaların hizmet almak için ceplerinden müşterek ödemeler gibi ödemeleri neredeyse hiç yapmadıkları bazı sistemler mevcuttur. Böyle bir sistemde, Ulusal Sağlık Servisi tedarikçilerle sözleşme yapar ve sözleşme tabanında, tedarikçilere yıllık bütçe verir veya temin edilen özel hizmetler için geri ödeme yapar. Ekonomi kısmında ele alındığı gibi, popülaritesi gitgide artan bir dağılım yöntemi adam başına ödeme şeklinde ilk bakım hekimlerine fonlar vermektir. Buna ek olarak, hastalara hekim seçme şansı verilebilir, böylece hastaların seçimi hastaneler gibi diğer tedarikçilere fon dağıtmakla sorumlu olan hekimlere fonların nasıl dağıtılacağını belirler.

Finansman ve dağıtım yöntemleri üretim sistemiyle farklı şekillerde karışabilir. Hastaneler hastalar için rekabet ediyorsa, hastaneleri hükümetin sahip olduğu ve işlettiği kurumlar olarak değil hekimlerle sözleşme yapabilecek daha özerk kurumlar olarak kabul etmek manalı olacaktır. Yaşılar için hem hastanede bakım hem de uzun dönem bakım sağlamakla sorumlu olan sigortacılar, her iki tip hizmet için birlikte

sözleşme yapabilmeleri için hastaneleri üretim süreçlerini birleştirmeye veya en azından koordine etmeye teşvik etmeyi faydalı bulabilirler.

Tüm sağlık sistemlerinde önemi gitgide artan bir husus bakım kalitesini artırma gerekliliğidir. Yani dağıtım sisteminin üretim sisteminin sağladığı bakımın kalitesi hakkında iyi bir bilgiye ihtiyacı vardır, ve üretim sistemi kaliteyi arttıracak yeni hizmet sunma yöntemleri geliştirmeye ihtiyaç duyar.

Sağlık sistem organizasyon ve reformu hakkında literatürden çıkarılan temel bir bulgu, en azından Batı ülkelerinde birçok sistemin, özel, sosyal sağlık sigortası veya genel kamu bütçesi olsun, temel finansman şeklini muhafaza ettiği ve sistemin daha çok dağıtım ve üretim bileşenlerinde değişiklikler yaptıklarıdır. Açıkça bunun sebebi, sağlık bakım hizmetlerine erişimin kişinin ödeme gücüne bağlı olup olmaması gerektiği yönündeki temel sosyal değerleri değiştirmektense, dağıtım ve hizmet sunuş şekillerini değiştirmenin daha kolay olacağıdır.

Şimdi bu kategori ve konseptleri farklı sağlık sistemlerine uygulayabiliriz.

2. Dünya Savaşına kadar, Birleşik Devletlerde sağlık sigortası yaygın değildi, ve kişilerin çoğu hekimlerle özel olarak “sözleştiler”. 1920’lerdeki büyük çöküş sırasında, hekimler ve hastaneler hizmetleri karşılığı kendilerine ödeme yapılmasını sağlayacak paranın mevcut olmasını garantilemek amacıyla kar amaçlı olmayan sigorta düzenlemeleri yaptılar. Birçok toplumda, doktorlar ve hastaneler, genelde yaş ve riske bakılmaksızın belli bir topluluğun tümü tabanında kişilerden ve ailelerden katkı alan çevre nüfuslar için sigorta “havuzları” oluşturdular. Buna karşılık, sisteme ödeme yapanlar çoğunluğu sigortadan karşılanan bakım hizmeti alabileceklerdi. 2. Dünya Savaşından sonra, Amerikan hükümeti işverenleri çalışanlarına daha yüksek maaş ödemek yerine benzer şekillerde sağlık sigortası sağlamaya teşvik etti. Özel sağlık sigortacıları piyasaya girmeye başlamıştı, fakat bunlar risk ve o vakte kadar birçok sigortacı tarafından kullanılan “topluluk oranları” tabanlı primlere dayanarak sigorta temin ediyorlardı. Bu, sadece göreceli olarak genç ve sağlıklı insanların sağlık sigortası alabildikleri bir duruma yol açtı. Buna karşılık, 1960’larda, Amerikan hükümeti yaşlılar için Medicare, ve çok yoksullar için Medicaid’i yürürlüğe soktu. Artan sigorta kapsamının bir sonucu olarak, sağlık masrafları hızla arttı. 1970’lerde Amerikan hükümeti sağlık masraflarını sınırlamanın bir yolu olarak idareli bakımı teşvik etmeye başladı. Temel fikir, denklemin hem maliyet hem de medikal hizmet

kısmını göz önüne alarak, sağlık bakım hizmetlerinin finansman ve yerine ulaşmasını tek bir kuruluştaki bir araya getiren “sağlık koruma kuruluşlarını” teşvik etmekte. Maalesef, 1990’lu yıllarda idareli bakımın ancak hastaların tedarikçilerini seçme özgürlüğünü önemli ölçüde kısıtlaması ve tedarikçilerin medikal faaliyet kararları üzerinde önemli ölçüde kontrol sağlaması durumunda artan maliyetleri sınırlayabileceği ortaya çıktı. Bu birçok Amerikan vatandaşı ve hekimi tarafından reddedildi, böylece idareli bakımı sağlık bakım maliyetlerini azaltmada ve kaliteli sağlık bakım hizmetleri sağlamada başarılı bir şekilde kullanımı zorlaştı. 1990’lu yıllar boyunca Başkan Clinton büyük ölçüde idareli bakıma dayanarak tüm Amerikalılar için sağlık sigortası sağlamaya gayret etti. Bu reform başarısız oldu. Tüm Amerikalıları sigortalama gerekliliği konusunda daha çok sosyal konsensüs ve sağlık bakımını “idare etmek” için kullanılabilecek mekanizmalar olmaksızın Amerika’da sağlık bakım maliyetleri birçok vatandaş sigortalı olmamasına karşın artmaya devam edecektir.

2. Dünya Savaşı, Birleşik Devletlerde olduğu gibi, İngiltere’de de sağlık politikası için hayati bir dönemdi. Savaş sonunda, daha önce birçoğu kar amaçlı olmayan özel kuruluşlar olan hastaneler kötü bir durumdaydı ve kamulaştırma fikrini olumlu karşıladılar. İngiltere 2. Dünya Savaşından sonra, sağlık bakım hizmetlerinin genel hükümet bütçesinden ve hükümetin sahip olduğu ve işlettiği kurumlar tarafından finanse edileceği fikrine dayanan Ulusal Sağlık Servisini (USS) yarattı. Merkezi hükümet sistemin yönetimini hizmetleri ülke çapında yerine ulaştırmakla görevli bir dizi Bölge Sağlık Otoritesine devretti.

USS, bazı raporlar ve özellikle 1980’lerin başındaki ünlü Black raporu tüm vatandaşların sağlık bakım hizmetlerinden eşit ölçüde yararlanamadıklarını göstermesine rağmen, tüm İngiliz vatandaşlarına mali sağlık sigortası sağlamakta başarılı oldu. Buna ek olarak, İngiliz Maliye Bakanı, Exchequer, Ulusal Sağlık Hizmetinin bütçesini bu büyük örgütün verimsiz ve israfli olduğu gerekçesiyle sınırlamaya çalıştı. Bu eleştiri, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında İngiltere sağlık bakım hizmetlerine göreceli olarak az harcama yapmasına rağmen kabul gördü.

Sağlık bakım hizmetlerindeki maliyet artışlarını durdurmaya çalışırken USS’nin evrenselliğini ve popüleritesini korumaya çalışan İngiltere birçok reform denedi. Bunların birçoğu sistemi daha verimli hale getirmeyi amaçlayan farklı yönetim düzenlemeleriyle ilgiliydi. Hükümetin sivil görevlileri olan sistem yöneticilerinin

sorumluluğu vurgulanıyordu. Bu reformların bazı pozitif etkileri olmasına rağmen, özellikle elektif cerrahiler için bekleme süreleri arttı ve siyasi bir problem halini aldı. USS'nin örneğin yaşlı insanları böbrek diyaliz hizmetleri almaktan caydırarak sağlık bakım hizmetlerini gayri resmi olarak belirlediği yönünde iddialar mevcuttu.

İngiltere'deki sağlık politikası birçok ülkede olduğu gibi parti politikaları ve seçimlerin etkisi altındaydı. 1980'lerin sonlarında muhafazakar, serbest piyasa merkezli bir hükümetin başında olan Margaret Thatcher, USS'ne daha özel piyasa etkileri sokmaya çalıştı. Sistemin temel finansman düzenlemelerini değiştirecek fikirlerden hemen cayarak, bunların yerine USS'ne piyasa mekanizmaları sokma yoluna gitti. Buna "iç piyasa" deniyordu. Hastanelerin kamunun sahibi bulunduğu ve işlettiği kurumlar olmak yerine daha özerk kurumlar haline geleceği bir "alıcı-satıcı" bölünmesi fikrine dayanıyordu. Özerk kurumlar veya "tröstler" hükümet bütçesinden pay almak yerine Bölge Sağlık Otoritelerinin işi için rekabet edecekti. Buna ek olarak, ilk bakım hekimleri "bütçe sahibi" olabileceklerdi, yani, hastalarına sunacakları hizmetler için "etraftaki dükkanları gezebilecek" ve faaliyetlerini ilerletmek için kendi bütçelerinden tasarruf edebileceklerdi.

İç piyasa hastanelerin ve hekimlerin verimliliğini arttırmada başarılı oldu, fakat Bölgeler, hekimler ve hastaneler arasındaki tüm sözleşmeler için gerekli idareden fazlasını yaratmakla suçlandı. Buna ek olarak, ilk bakım bütçesi sahiplerinin hastalarının daha hızlı ve daha iyi bakım gördükleri yolunda göstergeler mevcuttu, bu da sistemde eşitsizlikler olduğu yönünde endişelere yol açıyordu. İngiliz sağlık harcamaları arttı ama kimse paranın doğru şekilde harcandığını düşünmüyordu.

İngiltere'deki sağlık politikası tartışmalarının önemli bir noktası, Bölge Sağlık Otoritelerinin tedarik edilecek hizmetlere ilişkin karar vermesi idi. Bölgeler arasındaki eşitsizlikler hakkındaki şikayetler sık sık medyada yer alıyordu. Bu durum, merkezi hükümeti sağlık bakım hizmetlerinin dağılımı konusuyla yüzleşmek ve tüm ülke çapında aynı temel hizmetlerin verilmesini sağlamak zorunda bıraktı.

İşçi Partisi 1997'de iktidara döndüğünde, sistemde kendi izlerini bırakmak istediler. İç piyasanın eleştirilerini çekerek, rekabet yerine "işbirliğinden" daha çok bahsetmeye başladılar. Sağlık reformlarının en temel yönü, iç piyasada kullanılan ilk bakım bütçesini elinde tutma fikrine dayanan büyük Birinci Bakım Gruplarının (BBG) kurulması idi. Bu BBG'ler kendi gruplarındaki hastaları için tüm sağlık bütçesini

alacak ve tüm gerekli bakım hizmetini satın almakla sorumlu olacaklardı. Aynı zamanda hükümet medikal bakımın temini için yol gösterici hususlar belirlemek üzere BBG'ler ve Ulusal Klinik Mükemmellik (?) Enstitüsü sağlanan bakımı denetlemek üzere Sağlık Geliştirme Komisyonu oluşturdu. Bu ulusal kuruluşlar ve BBG'ler arasındaki güç dağılımının nasıl gelişeceği merak konusudur.

Alman Sosyal Sağlık Sigortası sisteminin temelleri belirtildiği gibi, Otto Bismark'ın 1880'lerde işverenleri çalışanlarına sağlık sigortası temin etmeyi şart koşmasında yatmaktadır. Zaman içinde Alman ekonomisinin farklı sektörleri sigorta ödemeleri tahsil etmek ve tedarikçilere ödeme yapmak için kendi hastalık fonlarını oluşturdular. 1990'lı yılların başında bu fonların sayısı 1000'in üzerindeydi. Alman sistemi Sosyal Sağlık Sigortası düzenlemeleri dahilinde vatandaşların %90'ına sigorta sağlama başarısını gösterdi. Ülkenin her bölgesinde hekimler hastalık fonlarıyla bir grup olarak sözleşme yaptı. Hastalar kendi bölgeleri dahilinde kendi hekimlerini ve hastanelerini seçme özgürlüğüne sahipti. Hastanelere hem yatırım maliyetlerini karşılayan bölgesel hükümetler hem de hastalarının aldığı hizmet karşılığında işletme masraflarını karşılayan hastalık fonları tarafından ödeme yapılıyordu.

1970'li yıllar boyunca sağlık masrafları hızla arttı ve bir sorun olarak algılanmaya başladı. Alman hükümeti hastanelere, hekimlere ve hastalık fonlarına global bütçeler koymak ve sistemi daha az maliyetli hale getirmek için özellikle ecza sektöründe fiyatlama düzenlemeleri dahil farklı reformlar yürürlüğe soktu. Bu reformların bazıları geçici başarı sağladı fakat hiçbir fiyatların artmasını engelleyemedi, çünkü sistemin bir parçasındaki, örneğin ilaçlardaki fiyatları düşürme yolundaki baskı sistemin diğer bir parçasında örneğin hastanede konaklamada artışlara yol açıyordu.

Alman sisteminin özgün noktalarından biri hekimlerin tedavi ve reçete yazma davranışlarını denetlemek için kullanılan oto-düzenleme yöntemidir. Her bölgede hekimler dernekler halinde örgütlenir ve hekimlik hizmetleri için fiyat seviyeleri ve genel bütçeler üzerine müzakerelerde bulunurlar. Global bütçe, üyelerinin bütçe dahilinde kalmalarını sağlamakla yükümlü hekim derneklerine verilir. Aksi takdirde hekimler gelecekte azaltılmış geri ödemelerle karşı karşıya kalacaktır. Hekim dernekleri hekimlerin tedavi ve reçete verme davranışlarını etkilemek üzere farklı denetleme ve geri besleme yöntemleri aramaktadır.

1993 yılında Alman hükümeti hastalık fonları arasında, hastaların istihdam tabanlı fonlara tahsis edilmesi yerine kendi istedikleri fona katılabilecekleri bir rekabet modeli geliştirdi. Hastalık fonları sigorta katkılarının fiyatı üzerine rekabet edebilirler, yani sistemin finansman bileşeni değişecektir. Bu politika Almanya’da fon sayısının azalmasına yol açmakla birlikte, vergi rekabeti fikrinin Almanya’da ne kadar tutulduğu ve gerçek sağlık bakım hizmetleri üretimini ne kadar etkilediği açık değildir.

Özetle, sağlık sistemleri farklı ülkelerin kültürel ve sosyal ortamından büyük ölçüde etkilenmektedir. Böyleyken bile, literatürde birçok ülkenin kamu sözleşmelerine dayanan bir sisteme doğru ilerlediği yolunda konsensüs mevcuttur. Dolayısıyla, alıcı-satıcı bölünmesine doğru hareket eden İngiliz ve hastalık fonları ve hekim dernekleri arasında sözleşmeyi vurgulayan sosyal sigorta tabanlı Alman sistemi arasında bir benzerlik mevcuttur. Fakat sosyal ortamın önemi yadsınamaz. Örneğin, İngiliz vatandaşlarını Birinci Bakım Gruplarına tahsis etmek, Alman hastalık fonları için üyelerini belirli hekim veya hastanelerle sınırlamaktan daha kolay olabilir. Hastanın tedarikçiyi seçme özgürlüğü Almanya’da İngiltere’de olduğundan daha çok savunulan bir değerdir.

Kullanılan sözleşme yöntemine ve sosyal ortama bakılmaksızın, tüm sistemlerin özel sağlık hizmetlerine erişim haklarını tanımlama problemiyle yüzleşmesi zorunlu görünmektedir. Bunun için kullanılan diğer bir sözcük miktar belirlemektir, bunu da bu kursun başka bir kısmında ele alacağız. Sağlık bakımında öncelikleri belirleme probleminin baskısıyla başa çıkmak için sistemin tüm aktörleri, yani, hastalar, işverenler, sigortacılar ve hükümet arasında belli bir güven düzeyinin sağlanması ve muhafazası gereklidir. Bu güvenin önemli bir tabanı vatandaşların sistemden sorumlu aktörlerin ve özellikle hükümetin kendilerinin inançlı temsilcileri veya koruyucuları olduğuna inanmalarıdır. Aksi takdirde, şüphe ve gerilim sağlık bakım sistemini başarılı şekilde yönetme ve idare etmeyi zorlaştırabilir.