

Derleme

değerlendirme aşamalarını kapsamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Stratejik yönetim, dış çevre analizi, sağlık kurumları

SAĞLIK KURUMLARINDA DIŞ ÇEVRE ANALİZİ

External Environmental Analysis in Healthcare Organizations

Özgür UĞURLUOĞLU*

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF,
Sağlık İdaresi Bölümü

ÖZET

Sağlık kurumlarının başarılı olabilmesi için içinde buldukları dış çevreye etkili bir şekilde konumlandırılmaları gerekmektedir. Dış çevre analizi bir organizasyonu etkileyecek dış çevredeki stratejik konuların belirlenmesi ve anlaşılması ile bunların organizasyon üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi sürecidir. Dış çevre analizi sürecinin sonuçları organizasyonun strateji, misyon ve amaçlarının geliştirilmesini etkileyecektir. Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarının dış çevresini ayrıntılı olarak tanımlamaya çalışmaktır. Sağlık kurumlarının dış çevresi, genel çevre, sağlık hizmetleri çevresi ve hizmet alanı çevresindeki birey ve kurumlardan oluşmaktadır. Bu çalışmada dış çevre analizi sürecinin adımları tarama, izleme, tahmin ve

ABSTRACT

To be successful health care organizations must be effectively positioned within their external environment in which they operate. External environmental analysis is the process of identifying and understanding the strategic issues that will impact the organization in the external environment and determining their implications for the organization. The results of external environmental analysis process affect the development of organization's strategy, mission and objectives. The aim of this paper is to provide a comprehensive description of the external environment for health care organizations. This environment includes individuals and organizations in the general environment, health care environment, and the service area of health care organizations. In this paper, the steps in the external environmental analysis comprise of scanning, monitoring, forecasting and assessing processes.

Key Words: Strategic management, external environmental analysis, healthcare organizations

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri endüstrisinin bir değişim süreci içinde olduğu söylenebilir. Yoğun piyasa baskısı ve rekabet sağlık kurumlarını değiştirmeye zorlamaktadır. Karmaşık ve değişen çevre koşulları, sağlık hizmetlerinin sunum maliyetleri, erişim ve kalitesi üzerinde bir baskı oluşturmaktadır. Bu da değişen çevreye hızlıca uyum sağlamanın yanında, sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli sunmanın yollarını aramayı ve

tüm organizasyonun performansını artırmayı da gerekli kılmaktadır (Wallick, 2002: 390; Guo, 2003: 368).

Sağlık sektöründeki hızlı, kompleks ve aralıklı olan değişimle başa çıkabilmek liderliği gerekli kılmaktadır. Sağlık kurumları başarılı olabilmek için dış çevrenin doğasını anlayan, değişimle başa çıkabilecek etkili stratejiler geliştirebilen ve örgütün devinimini aktif olarak yönetebilen yöneticilere sahip olmalıdırlar. Stratejik yönetim olarak adlandırılabilir tüm bu faaliyetler, örgütü dinamik bir çevrede yönetmek için gereklidirler (Swayne ve diğ., 2006: 6-7).

Sağlık kurumları içerisine stratejik yönetim yaklaşımının kullanılması, yalnızca 20-30 yıllık bir geçmişe sahiptir. Aslında, sağlık kurumları tarafından benimsenmiş birçok yönetim yaklaşımı (hem kamu hem de özel için) iş dünyası içerisinde gelişmiştir. Birçok bakımdan sağlık hizmetleri, tıpkı birçok gelişmiş ticari faaliyet gibi, benzer süreç ve terminolojinin pek çoğunu kullanmaktadır. Özel sektördeki kâr amaçlı girişimlerin değer ve uygulamalarının, sağlık hizmetleri endüstrisi için her zaman uygun olup olamayacağı konusunda kafalarda soru işaretleri mevcuttur. Fakat stratejik yönetim, sağlık kurumlarına çevrelerinde gerçekleşen büyük değişimlerle başa çıkabilmeleri için gerekli yöntemleri sağlıyor gibi görünmektedir (Swayne ve diğ., 2006: 9-10).

Stratejik yönetim bir anlamda işletmenin gelecekteki varlığını sürdürebilmesiyle ilgilidir. Bu durumda işletme, varlığını sürdürebilmek için değişen çevre koşullarına uyum sağlamak durumundadır. Burada genellikle kabul edilen ve uygulanan yaklaşım, işletmenin çevreye uyum göstererek kendini

değiştirmesidir. Bazı düşünürler ise, daha proaktif yaklaşımla, stratejik yönetimi işletmenin faaliyette bulunduğu çevreyi değiştirmesiyle ilgili faaliyetler, kararlar ve uygulamalar olarak görmek ve esas olanın işletmenin değil, çevrenin işletme amaçlarına uygun olarak hazırlanması ve hatta değiştirilmesi olduğunu ileri sürmektedirler. Her iki durumda da işletmenin, reaktif (çevreye uyum sağlayan) veya proaktif (çevreyi değiştiren) olarak çevre ile karşılıklı bağımlılığı ve etkileşimi söz konusudur. Bu nedenle öncelikle işletmenin bulunduğu çevredeki faktörlerin incelenmesi ve bu faktörlerin işletmeyi nasıl etkileyebileceğinin belirlenmesi gerekmektedir (Ülgen ve Mirze, 2004: 80).

Dış çevre, işletmenin kendisiyle ilgili fakat kendi dışındaki faktörlerden oluşur. Dolayısıyla dış çevre "bir sistemle ilgili olan ve o sistemin dışında kalan her şey" olarak tanımlanabilir (Dinçer, 2007: 71). Sağlık kurumları değişken bir dış çevre içerisinde faaliyette bulunurlar. Bu açıdan çevresel değişimler hem fırsatlar hem de tehditler yaratabilmektedir. Bir sağlık kurumu çevresel olanaklardan yararlanabildiği, çevresel tehditlerden korunabildiği ölçüde yaşamını devam ettirebilecektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 225).

Sağlık kurumları, amaçlarına ulaşmalarına yardım edecek rekabetçi stratejiler geliştirebilmek için çevrelerindeki önemli değişiklikleri sıklıkla değerlendirmelidirler (Kotler ve diğ., 2008: 73). Sağlık kurumları yöneticileri için en önemli güçlük, bu değişiklikleri tanımlamak ve planlamaktır. Sağlık kurumları yöneticilerinin çevrelerindeki değişiklikleri önceden tahmin etmeleri ve kurumlarını yeni ortaya çıkan konularla etkili

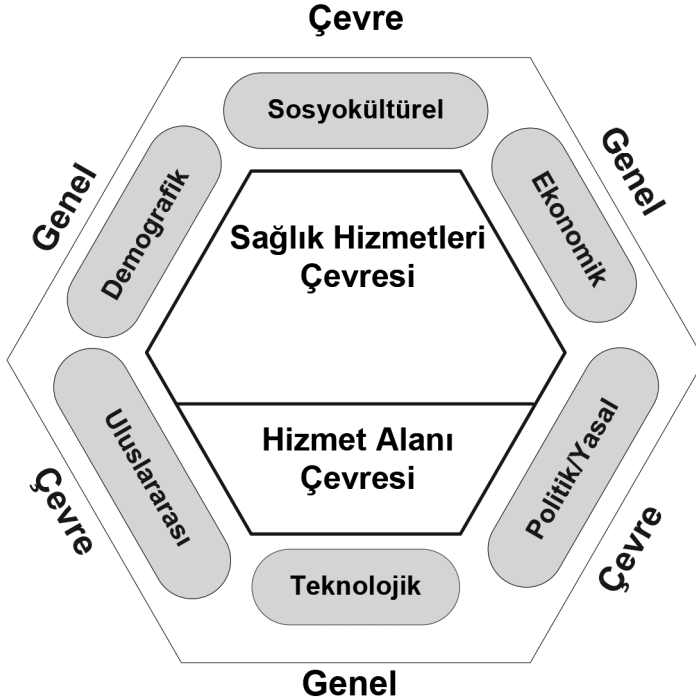
bir şekilde başa çıkabilecek şekilde konumlandırmaları gerekmektedir (Ginter ve diğ., 1991a: 35). Sağlık kurumları yöneticileri başarılı olabilmek için, içinde buldukları dış çevreyi anlamak ve bu çevre içerisinde gerçekleşen önemli değişimleri tahmin ederek yanıt vermek zorundadırlar (Swayne ve diğ., 2006: 48).

Dış çevre analizi, dış çevrede meydana gelen konuların anlaşılması ve bu konuların sağlık kurumları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi sürecidir. Çevre analizinin sonuçları sağlık kurumunun misyon ve amaçlarının geliştirilmesi sürecini etkileyecek, iç analiz için bir odak

noktası sağlayacak ve nihayetinde sağlık kurumunun stratejisi üzerinde direkt etkileri olacaktır. Dış çevre analizinin temel amacı, sağlık kurumunun çevresi içerisindeki konumunu anlamak ve bu bilgiyi kurumu daha iyi bir konuma getirmek için kullanmaktır (Ginter ve diğ., 1991a: 35-36).

Şekil 1'de de görüldüğü gibi, sağlık kurumlarının çevresi, genel çevre, sağlık hizmetleri çevresi ve hizmet alanı çevresi olmak üzere üçe ayrılabilir. Bu çalışmanın amacı bu üç farklı çevre türünü incelemek, sağlık kurumları üzerindeki yansımalarını değerlendirmek ve bu çevresel

Şekil 1. Sağlık Kurumlarının Dış Çevresi



Kaynak: Swayne ve diğerleri (2006)'nden uyarlanmıştır.

unsurların nasıl analiz edilebileceğine ışık tutan bir yaklaşımın unsurlarını ortaya koymaktır. İlerleyen bölümde bu üç farklı çevre türü ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

GENEL SAĞLIK ÇEVRESİ

Genel çevre, bir örgütün sektör ve hizmet alanının dışında kalan ve örgütle doğrudan ilişkili olmamasına karşın örgütün içinde bulunduğu sektör ve hizmet alanı üzerinde önemli etkilere sahip olan geniş bir çevreyi kapsamaktadır. Örgütün etki ve kontrol alanı dışında kaldığı için sıklıkla uzak çevre olarak da adlandırılır (Evans ve diğ., 2003: 168). Örgüt, genel çevrenin bileşenlerini direkt olarak kontrol edemez, ancak başarılı örgütler her bir bileşen ve bu bileşenlerin örgüt stratejileri üzerindeki etkilerini anlayabilmek için gerekli bilgileri dış çevreden toplayabilirler (Hitt ve diğ., 2007: 36). Genel çevrenin analiz edilmesi, örgütün stratejik kararları üzerinde etkisi olan dış değişimleri anlayabilme, öngörebilme ve yanıt verebilme kapasitesini artıracaktır (Ginter ve diğ., 1991b: 135).

Bir sağlık kurumunun izlemesi ve gerektiğinde yanıt vermesi gereken genel çevresi, altı önemli unsurdan oluşmaktadır. Bunlar, politik ve yasal çevre unsurları, ekonomik çevre unsurları, sosyokültürel çevre unsurları, demografik çevre unsurları, teknolojik çevre unsurları ve uluslar arası çevre unsurlarıdır (bu unsurlar PEST analizi olarak da adlandırılmaktadır). Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, bu unsurların birbirleri ile karşılıklı bir etkileşimde bulunuyor oluşudur. Örneğin nüfusun artması (demografik) daha fazla kaynak tüketimine, çevre kirliliğine ve dolayısıyla daha fazla hastalığa

sebeplenecek ve bu da tüketicileri koruyacak daha fazla yasal düzenlemeye (politik ve yasal) gereksinim doğuracaktır. Yasal sınırlılıklar yeni teknolojik çözümleri (teknolojik) teşvik edecek ve eğer bu çözümler karşılanabilir bir maliyette (ekonomik) ise fiilen tutum ve davranışların (sosyo-kültürel) değişimine yol açabilecektir (Kotler ve diğ., 2008: 73).

Politik ve Yasal Çevre ve Unsurları

Politik ve yasal çevre unsurları, bir örgütün stratejik karar ve seçimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu unsurlar örgütün içinde bulunduğu çevreyi düzenleyen parametrelerden oluşmakta ve örgütü etkileyen ve sınırlandıran yasaları, devlet kurumlarını ve baskı gruplarını kapsamaktadır (Kotler ve diğ., 2008: 82). Politik ve yasal çevre unsurları, örgütler için imkân ve fırsatlar sunabildiği gibi, duruma göre tehdit ve tehlike kaynağı da olabilirler (Eren, 2005: 122).

Devlet ve mahalli idareler örgütlere ve ekonomiye artan bir şekilde müdahale etmeye başlamışlardır. Asgari ücretler, fiyat kontrolleri, kuruluş yerinin belirlenmesi, teşvik politikaları, iş güvenliği, istihdam şartları, çevre sağlığı gibi pek çok konuda yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Devletin bu düzenlemeleri, örgütün stratejik seçimleri üzerinde etkili olmakta, örgütlere yönelik tehlike ve fırsatları ortaya çıkarmaktadır (Dinçer, 2007: 86). Yasal düzenlemeler genellikle çalışanları, tüketicileri, halkı ve çevreyi korumaya yönelik sınırlandırıcı düzenlemeler olarak algılsa da patent yasaları, devlet sübvansiyonları ve ürün geliştirme yardımları gibi pek çok yasal düzenleme örgütleri koruma amacıyla tasarlanmıştır (Pearce ve

Robinson, 2007: 87). Burada önemli olan örgütlerin stratejilerini belirlerken var olan ve yeni politik ve yasal düzenlemeleri dikkatle izleyip analiz etmelerinin ve en uygun tepkiyi verebilmelerinin gerekliliğidir (Hitt ve diğ., 2007: 44).

Politik ve yasal düzenlemeler sağlık kurumları üzerinde çeşitli şekillerde etkili olabilmektedir. Sağlık önemli ve temel bir hak ve ihtiyaç olduğundan, sağlık sektörü devlet ve hükümetler tarafından çok yakından izlenmekte ve sıklıkla müdahale edilmektedir. Bu müdahale özellikle kalkınma planları, reformlar ve bu reformları yürürlüğe koymaya yönelik kanun, yönetmelik ve tasarılar yoluyla gerçekleşmektedir. Türkiye’de 2007-2013 yılları arasını kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesine, sağlık personeli açığının giderilmesine, hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturmaya, aile hekimliğini tüm illere yaygınlaştırmaya, hastaneleri idari ve mali olarak özerkleştirmeye, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımları teşvik etmeye, anne-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar gibi koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermeye ve akılcı ilaç kullanımını sağlamaya, kısacası sağlık sistemini etkinleştirmeye yönelik politika ve hedefler içermektedir.

2003 yılından beri uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Türkiye’de tüm vatandaşları tek bir sosyal güvenlik kurumu çatısı altında birleştirmeye, sağlık hizmetlerinin sunumunu genişletmeye, sağlık personelinin performansını iyileştirmeye, etkili bir sağlık bilgi sisteminin oluşturulmasına yönelik önemli politik ve yasal adımlar atılmıştır. Sağlık sistemi üzerinde etkili olan bir diğer yasal unsur, 2005

yılında katılım müzakereleri ile birlikte başlayan Avrupa Birliği’ne katılım sürecinin getirdiği birtakım mevzuat uyum çalışmalarıdır. Avrupa Birliği müktesebatı çerçevesinde yürütülen sağlıkla ilgili düzenlemeler, ağırlıklı olarak “malların serbest dolaşımı”, “sosyal politika ve istihdam”, “çevre”, “tüketici sağlığının korunması” ve “fikri mülkiyet hukuğu” gibi başlıklar altında yürütülmektedir (Ekmekçi, 2010: 20).

Tüm bu gelişmeler, kamu ve özel sektördeki tüm sağlık kuruluşlarının geleceğe yönelik stratejik faaliyet ve planlarında, devlet ya da hükümet tarafından belirlenen hedef, politika ve yasal düzenlemeleri izlemelerini, bu düzenlemelere nasıl tepki vereceklerini ve ne tür önlemler alacaklarını belirlemelerini gerektirmektedir. Örneğin, hizmete erişim ve finansmandaki eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla, daha önce herhangi bir sınır olmadan ve sağlık hizmet sunucusunun inisiyatifi ile belirlenen hastadan alınan fark ücreti, yeni düzenlemelerle hastanelerin sınıflandırılmasına göre belirlenmeye başlanmıştır. Buna göre A sınıfı hastane ile E sınıfı bir hastanenin alabileceği fark ücreti farklı olabilmektedir. Bu yasal düzenleme karşısında bazı özel hastaneler SGK hastalarına hizmet sunmayı bir politika olarak belirlerken bazı özel hastaneler rekabet edebilmek için belirlenen yasal sınırın da altında fark ücretleri alma kararı almıştır.

Ekonomik Çevre Unsurları

Bir ekonominin sağlığı, o ekonomi içinde faaliyet gösteren sektör ve örgütleri etkileyecektir. Bu sebeple örgütler sektördeki değişiklikleri, trendleri ve kendi stratejik çıkarımlarını belirlemek için ekonomik çevreyi

titizlikle incelemelidirler. Ekonomik çevre unsurları, örgütün içinde bulunduğu ekonominin doğası ve gidişatı ile ilgili faktörleri kapsamaktadır (Hitt ve diğ., 2007: 43; Pearce ve Robinson, 2007: 84).

Ekonomik büyüme, döviz kurları, gelir düzeyi, enflasyon ve işsizlik oranı gibi faktörler, insanların mal ve hizmetlere olan ödeme/satın alma gücünü etkileyecek ve bu doğrultuda talep düzeyi üzerinde de etkili olacaklardır. Benzer olarak üretim düzeyleri, ücret düzeyleri, enflasyon oranları ve döviz kurları gibi faktörler, üretim maliyetleri ve rekabet gücünü etkileyeceklerdir. Tüm bu faktörler örgütler tarafından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (Evans ve diğ., 2003: 162).

Örgütler üzerinde etkili olabilecek tüm ekonomik faktörleri incelemek bu çalışmanın kapsam alanının dışında kalmaktadır. Bunun yerine ilerleyen kısımda özellikle sağlık kurumları için ekonomik çevrenin önemini altını çizen gelir dağılımı ve sağlık harcamaları konularına değinilecektir.

Gelir Dağılımı: Gelir ve tüketim arasındaki ilişkileri ortaya koyan Engel Teorisi'ne göre, aile gelirleri artıkça gıda maddelerine yapılan harcamalar yüzde olarak azalır, konut ve evle ilgili harcamalar yüzde olarak fazlaca değişmez ve sağlık için yapılan harcamalar oransal olarak artar. Buna göre, sağlık harcamalarının gelir esnekliği esnekliklerdir. Ülkede gelir düzeyi yükseldikçe sağlığa yapılan harcamalar artacak, düşükçe azalacaktır. Bu görüş doğru olmakla birlikte tabiatı ile sağlıkla giyimi aynı kategoride değerlendirmek yanlış olur. Ciddi bir sağlık problemi ile karşılaşan bir kişinin tedavi olmaktan

başka bir seçeneği şüphesiz yoktur. Yani talep esnekliği düşüktür. Fakat hasta geliri azaldığında, pahalı bir özel klinik yerine bir devlet hastanesine başvurabilir. Başka bir ifade ile sağlık temel bir ihtiyaç olduğu için genelde fiyat ve gelir esnekliği yüksek değildir, ancak karşılama yol veya yöntemi bakımında esnek olabilir. Dolayısıyla gelir düzeyindeki artış ve azalışlar kamu hastanelerinden çok özel hastaneleri etkileyecektir. Öte yandan temel sağlık hizmetleri talebi genelde fazla esnek olmamakla birlikte, bu esneklik toplumda gelir düzeyinin aşırı ölçüde düşmesi halinde yükselebilir. Gelir düzeyi düşükçe mümkün olduğu kadar doktora gitmeme, reçetelerde yazılan ilaçların bir kısmını almama gibi eğilimler güçlenir (Karafakioğlu, 1998: 39). Ayrıca özellikle "estetik cerrahi" ve "diş protezi" gibi sağlık hizmetlerinin gelir esnekliği yüksektir. Yani gelir arttıkça bu alanlara yapılan harcama oransal olarak hızla artış eğilimine girmektedir (Tokat, 1996: 9).

Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması (2002-2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de yıllık kişi başı gelir dilimlerine göre yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında, nüfusun %22,65'lik bir kısmını oluşturan en düşük gelir diliminin sağlık harcamasının %15,13'ünü ve nüfusun %14,46'sını oluşturan en yüksek gelir grubunun ise sağlık harcamasının %23,23'ünü gerçekleştirdiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 6). Gelir diliminin artması ile birlikte yapılan sağlık harcamaları da artmaktadır.

Özel sağlık kuruluşlarının Türkiye genelindeki dağılımı ile bölgenin ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Özel sağlık

kuruluşlarının Türkiye'de ki dağılımına bakıldığında, genellikle yüksek gelirli bölgelerde yer aldıkları görülmektedir. Örneğin, özel tıp ve dal merkezlerinin %40'ı ve özel polikliniklerin %46'sı Marmara Bölgesi'nde yer almaktadır. Buna karşın Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde özel tıp ve dal merkezlerinin %8'i ve özel polikliniklerin ise %9'u bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010: 66). Bu dağılımı etkileyen nüfus gibi başka faktörler de olmasına karşın özel sağlık kuruluşları için temel itici gücün bölgenin gelir düzeyi olduğu düşünülmektedir. Özel sağlık sigortacılığı ve gelir arasındaki ilişki ise çok daha güçlüdür. Kişinin geliri arttıkça bir özel sağlık sigortasına sahip olma olasılığı da artacaktır. Özel sağlık sigortaları özellikle gelir düzeyi yüksek bireyleri hedef almaktadır.

Sağlık Harcamaları: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2008 yılında Türkiye sağlığa toplam 57 milyar 740 milyon TL harcamıştır. Kişi başına sağlık harcaması ise 812 TL olup ilgili yılın ortalama dolar kuruna göre 624 ABD\$'dır. Bu değer, Satın alma Gücü Paritesi (SGP)'ne göre 846 ABD\$'dır. Türkiye'de ki toplam sağlık harcamasının ülkenin gayri safi yurtiçi hâsılası (GSYİH)'na oranı, 2008 yılı için %6,08 olarak bulunmuştur. Bu oran bir önceki yıla (%6,04) göre önemli oranda yükselmezken, 1999 (%4,76) yılından bu yana önemli miktarda artmıştır.

Toplam sağlık harcaması içindeki kamu sağlık harcaması payı, 1999'dan beri en yüksek düzeyini görerek 2008 yılında %73 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında özel sektörün payı ise önceki yıllara göre düşmüş ve %27 olarak hesaplanmıştır. 1999 yılında %29,1 olarak gerçekleşen hanehalkı tarafından

yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2007 yılında %21,8'e, 2008 yılında ise %17,4'e düşmüştür.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde, yatırım harcamaları %9,4 ile oldukça az bir dilime sahipken, asıl harcama kalemlerini %39,8 ile hastane harcamaları ve %30,5 ile tıbbi malzeme harcamaları ve %13,4 ile ayakta hasta hizmetleri harcamaları oluşturmaktadır. Halk sağlığı ve programlarının sunumu ve yönetimine ayrılan pay (%0,7) ise oldukça düşüktür (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011d).

Sosyokültürel Çevre Unsurları

Toplum bizim inanç, değer ve normlarımızı şekillendirir ve belirli bir toplumda yaşayan insanlar pek çok ortak değer ve inanca sahiptirler. Sosyokültürel unsurlar, bir örgütün çalışan ve tüketicilerinin davranış biçimlerini ve yaşam tarzlarını etkileyebilecek bu değer, inanç ve tutumlarla ilgilidir (Alkhafaji, 2003: 77). Örgütün mallarını pazarladığı çevredeki tutum ve değerler ile bunlarda ortaya çıkacak değişiklikler, örgütün stratejisini etkileyecektir. Değer ve tutumlara bağlı olarak, yaşam tarzı ve dolayısıyla mal ve hizmetlere olan talebin miktarı, çeşidi ve niteliğinde değişimler meydana gelebilecektir (Dinçer, 2007: 84). Örneğin sosyal tutumlar değiştikçe, çeşitli türdeki giysilere, kitaplara, boş zaman aktivitelerine olan talep de değişecektir. Genel çevredeki diğer güçler gibi sosyal güçlerin de dinamik olduğu söylenebilir (Pearce ve Robinson, 2007: 85) ve dinamik sosyal güçler belirtildiği gibi, bir örgütün mal ve hizmetlerine olan talebi etkileyebilir ve örgütün stratejik kararlarında değişikliğe yol açabilir. Dolayısıyla bir

örgütün müşterilerinin değişen tutum, değer ve davranışlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi, amaç ve stratejilerin oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır (Alkhafaji, 2003: 77). Çevrelerindeki sosyal değişim ve trendleri yakalayamayan örgütler, bu değişim ve trendlerin yarattığı fırsat ve tehditleri fark edemeyecek ve uygun stratejileri geliştiremeyeceklerdir.

Kültür, tutum ve değerler ve örf ve adetler özellikle sağlık hizmetleri talebi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Toplumların kültürleri ve buna bağlı olarak yaşam tarzları sağlık hizmetleri talebini etkiler. Örneğin, kapalı ekonomi ve birleşik aile yaşamını sürdüren kırsal kökenli toplumlarda kişiler daha az sağlık hizmeti talebinde bulunurken; sanayi toplumuna geçmiş ve değişik bir hayat tarzı benimsemiş toplumlarda daha çok talepte bulunmaktadır (Tokat, 1996: 13).

Toplumsal ve kültürel açıdan çeşitlilik içeren bir yapıya sahip olan Türkiye'de metropolitan alanlarda yaşayanların çoğunluğunun hayata bakışları, Batı ülkeleriyle benzerlik gösterir. Buna karşın, metropollerin varışlarında ve ülkenin kırsal kesiminde yaşayanlar görece daha tutucu ve geleneksel bir bakışa sahiptirler. Aile bağları halen güçlüdür ve toplumsal değerlerin, tutumların, istek ve hedeflerin oluşması üzerinde etkilidir. Bu bakış açısı farklılığı sağlık hizmetlerine olan talebin miktarını ve türünü önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin, Türkiye'de doğurganlık düzeyi kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha yüksektir. Kırsal alanda yaşayan kadınlar her yaş grubunda kentsel alanlardaki aynı yaş gruplarındaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurmaktadır. Kentte yaşayan kadınlar evliliklerini

geciktirme, doğumlarını erteleme ya da doğurganlığına son verme eğilimindedirler (TNSA, 2009: 3-61). Bu durum kentte ve kırsalda yaşayan kadınların talep ettikleri sağlık hizmeti türünü de etkilemektedir. Ayrıca özellikle kırsal kesimde yaşanan toplumsal baskı ve ataerkil yapı, kadınların bir hastane yerine evde doğum yapmalarına ya da bir hastanede erkek doktor yerine bayan doktoru tercih etmelerine sebep olabilecektir.

Gene sahip olunan güçlü aile bağları, yaşlıların yaşlı bakım merkezleri yerine evde bakılmasına sebep olurken, dini inançlar uygulanan tedavi yöntemleri ya da sahip olunacak çocuk sayısı gibi kararlar üzerinde etkili olabilmektedir. Burada sağlık kurumları yöneticilerine düşen önemli bir rol, buldukları çevredeki örf ve adetler ile tutum ve davranışları takip etmek, sağlık hizmetlerini bu karakteristiklere göre planlamak ve bu karakteristiklerdeki muhtemel değişikliklere karşı ise hazırlıklı olmaktır.

Demografik Çevre Unsurları

Sağlık kurumları üzerinde etkili olabilecek temel demografik unsurlar, nüfus büyüklüğü ve nüfus artışı, nüfus yapısı (nüfus içindeki yaş grupları, cinsiyet dağılımı), eğitim durumu ve göçlerdir.

Nüfus Artışı ve Nüfus Yapısı: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 yılı sonuçlarına göre, Türkiye nüfusu 73,7 milyondur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011a). 2010 yılı itibarıyla nüfus artış hızı ise %13,0 olarak tespit edilmiştir. TÜİK tahminlerine göre, Türkiye nüfusunun 2020'de 81,7 milyon ve 2025'de 85,4 milyon olması beklenmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011c).

Sağlık hizmetlerine olan talep öncelikle o ülkedeki kişilerin sayısına bağlıdır. Nüfus artıkaça doğal olarak bu hizmetlere olan talep de artar. Dolayısıyla Türkiye’de gelecekte, diğer mal ve hizmetlerle birlikte, sağlık hizmetine olan talebin de artacağı düşünülebilir. Ancak toplam nüfus yanında nüfusun yapısı da büyük önem taşımaktadır (Karafakıoğlu, 1998: 36). Türkiye yakın geçmişteki yüksek doğurganlık ve hızlı nüfus artışı sonucu genç bir nüfusa sahiptir (TNSA, 2009: 7). TÜİK verilerine göre 2010 yılı itibariyle, 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun %67,2’sini oluşturmaktadır. Ayrıca nüfusun %25,6’sı 0-14 yaş grubunda ve %7,2’si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011a). Bununla birlikte TÜİK’in geleceğe ilişkin tahminleri incelendiğinde, genç nüfus büyüklüğünün neredeyse aynı kalması beklenirken, yaşlı nüfusun artacağı düşünülmektedir. 65 ve üstü yaş grubunun 2050’de %7’lerden %15-16’ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Gene TÜİK tahminlerine göre, 2010 yılı itibariyle 2,11 olan doğurganlık hızı 2025’de 1,97’ye düşecek ve 74,3 olan doğuşta beklenen yaşam süresi 75,9’a yükselecektir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011c).

Demografik yapıda oluşan tüm bu değişiklikler, sağlık hizmetlerine olan talebi de önemli ölçüde etkileyecektir. Örneğin, çalışan nüfus oranının artması beraberinde iş kazaları ve yaralanmalarının artmasına sebep olabilir. Ya da doğum oranının yükselmesi kadın doğum ve pediatri alanları gibi hizmetlere olan talebi artırırken, yaşlı nüfus grubunun büyümesi yaşlı bakım hizmetlerine olan talebi artırabilir. Sağlık kurumları

buldukları çevredeki nüfus yapısını ve trendlerini titizlikle incelemeli, çevrelerinde baskın olan nüfus gruplarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarını öngörebilmeli ve sunabilmelidirler. Bu trendler, özellikle strateji planlamada potansiyel olarak önemlidirler. Neyse ki demografik değişkenler diğer pek çok çevresel faktör ile karşılaştırıldığında daha yavaş değişen ve daha az çalkantılı bir yapıya sahiptir.

Eğitim Durumu: Eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir. Yetişkinlerin eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak, bu kişilerin sağlıklarına daha çok önem verdikleri ve daha çok talepte buldukları da çeşitli araştırmalarla ortaya koyulmuştur (Tokat, 1996: 13). 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, üreme davranışı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve çocuk sağlığı gibi pek çok sağlık olgusu hanehalkı üyelerinin eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Örneğin eğitim düzeyinin artmasıyla toplam doğurganlık hızı hızla düşmektedir. Ayrıca annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum eğitimle birlikte annenin beslenme, doğum öncesi bakım, çocuk hastalıkları ve aşılama gibi konularda daha fazla bilgi sahibi olması ile açıklanmaktadır (TNSA, 2009: 23). Çetin ve diğerleri (2005: 247) doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı ve eğitim düzeyi arasında çok güçlü bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuşlardır.

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi eğitim istatistiklerine göre, 2010 yılı itibariyle Türkiye’de okuma yazma bilmeyenlerin oranı %5,8’dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011b). Bu oran Japonya’da %1, Amerika Birleşik

Devletleri'nde %15'dir. Pek çok araştırma okuma yazma bilmeyenlerin, ortalama bir okuryazar için geliştirilmiş olan sağlık dokümanlarını ve tıbbi belgeleri (randevu fişleri, rıza formları, reçeteler gibi) anlamakta güçlük yaşadıklarını ortaya koymuştur (Kotler ve diğ., 2008: 75).

Göçler: Türkiye'de özellikle 1950'lerden itibaren sürekli ve bazı dönemlerde artış gösteren bir iç göç olgusu yaşanmaktadır. Genellikle kırsal alanlardan kentsel alanlara ve özellikle de az gelişmiş yörelerden gelişmiş bölgelere doğru bir nüfus hareketliliği söz konusudur. Bu nüfus hareketliliği sonucu, Türkiye'de bir kentleşme sürecine girilmiş ve 1950'de kentlerde yaşayan nüfus oranı %25 iken 2007'de %70'e yükselmiştir. Kentleşme hızı 1990-2000 döneminde binde 33 dolayında gerçekleşmiştir (TNSA, 2009: 8).

Bu göç ve kentleşme süreci kaçınılmaz olarak beraberinde işsizlik, yerleşim, konut, çevre, altyapı, ulaşım, eğitim, asayiş ve önemli sağlık sorunlarını da birlikte getirecektir. Göç alan bölgelerde yeterli sağlık kuruluşu ve sağlık insan gücünün olmaması, göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, ekonomik yönden sürekli sıkıntı içinde olmaları, yetersiz beslenmeleri, dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel yaşam kalıplarına sahip olmaları, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler göç edenlerin sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, göç eden gruplarda sağlığı tehdit eden sigara ve alkol tüketimi ile yüksek kalorili diyet gibi riskli davranışların yoğun olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca göç eden gruplarda enfeksiyon hastalıklar daha sık görülmekte ve göç eden

bireylerde karşı karşıya kaldıkları stres faktörüne (stres bozukluğu, kültürel çatışma, aile rollerinde değişim, aile içi şiddet) bağlı olarak fizyolojik hastalıkların yanında pek çok psikolojik rahatsızlık da sıklıkla görülmektedir (Topçu ve Beşer, 2006: 37). Bu durum göç eden bireylerin sağlık hizmeti talebini önemli ölçüde etkileyecektir. Dolayısıyla göç alan bölgelerde hizmet sunan sağlık kurumlarının, çevrelerindeki bireyleri ve sağlık gereksinimlerini iyi analiz etmeleri gerekmektedir.

Teknolojik Çevre Unsurları

Yeni teknolojilerin geliştirilmesi sağlık hizmetlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bilimsel atılımlar ve teknolojik ilerlemeler, şimdiye kadar tıbbi müdahalelerle iyileştirilemeyen pek çok hastalık için yeni teşhis ve tedavi metodlarının geliştirilmesini sağlamış ve tıp alanını yeniden şekillendirmiştir.

Günümüzde yeni bir hastanenin kuruluş çalışmaları harcamalarının yaklaşık yarısı teknolojik altyapıya gitmektedir. Fakat kullanılan teknolojinin %80'in den fazlası ise oldukça kısa ömürlüdür. Dolayısıyla sağlık kurumları için teknolojinin genel çevrenin en hızlı değişen unsuru olduğu söylenebilir. Radyoteraپیde kullanılan x ışını cihazı, gama bıçağı cihazı (beyin tümörü tedavisinde kullanılan bir cihaz), MRI cihazı gibi pahalı tıbbi ekipmanların 6-7 yıllık bir süre içerisinde yenilenmesi gerekebilmektedir. Tıbbi cihazların kısa ömürlü olması özellikle sağlık kuruluşlarının yatırım harcamalarını ve dolayısıyla teşhis ve tedavi masraflarını artırabilmektedir. Ayrıca tek kullanımlık sarf malzemelerinin de sağlık sektöründeki en büyük harcama kalemlerinden birisi olduğu bilinmektedir (Curian, 2008: 89).

Teknolojik değişimler, sağlık hizmetlerine iki alanda ivme kazandırmaktadır: Tıbbi teknoloji ve enformasyon teknolojisi. Tıbbi teknoloji, özellikle bu yılın başında etkili farmakolojik ajanların keşfi ile birlikte sağlık sistemlerinin önemli yürütücülerinden birisi haline almıştır. Sağlık sistemleri yeni tıbbi teknolojilere (hem cihazlara hem de tıbbi ürünlere) hızla adapte olmaktadır (Grosel ve diğ., 2003: 6). Tıbbi teknolojik gelişmelerin sağlık sektörünün hizmet sunumunu etkilediği aşikârdır. Fakat tıbbi teknolojideki gelişmeler karşısında gerekli yatırımı yapmayan ülkeler, başka ülkelerin ürettiği teknolojileri almak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum ise sağlık harcamalarının artmasına neden olan önemli bir faktördür. Türkiye’de tıbbi cihaz üretimi oldukça azdır ve daha çok yedek parça ve sarf malzemesi şeklinde olmaktadır. Bu anlamda Türkiye’nin tıbbi teknoloji konusunda dışa bağımlı olduğu söylenebilir (Mollahaliloğlu ve diğ., 2007: 155-172).

Tıbbi teknoloji konusunda geleceğe yönelik yapılan çalışmaların özellikle, akılcı ilaç tasarımı, tıbbi görüntüleme, laparoskopik cerrahi (minimal invaziv cerrahi), genetik haritalama, gen terapisi, aşılarda, yapay kan, başka canlılardan insana yapılan organ nakli gibi yeni konularda olması beklenmektedir (Grosel ve diğ., 2003: 6-7)

Enformasyon teknolojisi ve bilgisayarlı otomasyon da sağlık hizmetleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Günümüzde tele-tıp ve robot teknolojilerinin kullanımı ile hasta cerrahini görmeden tedavi edilebilmektedir (Curian, 2008: 89). Türkiye’de tele-tıp henüz sistematik ve yaygın olarak kullanılmamaktadır. Fakat Sağlık Bakanlığı e-sağlıkla ilgili çalışmaları 2003 yılında başlatılan

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte başlatmıştır. Bazıları üzerinde halen çalışılmakta olan ve bazıları tamamlanan Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/e-sağlık, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), Hasta Takip Sistemi (HTS) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) gibi projeleri bulunmaktadır. Sağlık enformasyon teknolojilerini geliştirmeye yönelik araştırmalara destek sağlayan bu projeler, sağlık kurumları arasında birlikte çalışabilirlik ve bilgi alışverişi, ortak elektronik hasta kayıtlarının oluşturulması ve mobil teknolojilerin sağlıkta kullanılmasıyla hizmete erişimin artırılması gibi konulardaki çalışmaları teşvik etmektedir (Mollahaliloğlu ve diğ., 2007: 167-169).

Sağlık kurumları için önemli olan nokta, teknolojik atılımların dış çevreleri üzerinde ani ve dramatik etkileri olabileceğinin farkında olmalarıdır. Sağlık kurumları, hem mevcut teknolojik gelişmeleri hem de sundukları hizmetleri etkileyebilecek gelecekteki muhtemel teknolojik gelişmeleri takip etmek zorundadırlar. Teknolojik gelişmelere ayak uyduramayan kurumlar rekabet avantajlarını kaybedecekler; rekabet avantajını yakalayan kurumlar ise, bu avantajı koruyabilmek için gelişmeleri yakından izlemek zorunda kalacaklardır.

Uluslar arası Çevre Unsurları

Uluslar arası çevre, örgütün faaliyette bulunduğu ülkenin dışındaki yabancı ülkelerdeki fırsat ve tehditleri barındıran politik, yasal, ekonomik ve sektörel olayları ve oyuncuları (müşteriler, tedarikçiler, rakipler) kapsamaktadır (Ülgen ve Mirze, 2004: 89). Kısa bir süre öncesine kadar ulusal sınırlar içinde kalarak

mal veya hizmet üretip satmak örgütlerinin başarılı olması için yeterli iken, özellikle 1960-70'li yıllarda ve ülkemizde de 1980'li yıllarda ihracat ve uluslar arası ticaret giderek önem kazanmaya başlamıştır. Günümüzde yaşanan globalleşme sürecinin de bir sonucu olarak, dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan bir teknolojik yenilik, kısa sürede çok uzaktaki bir ülkenin herhangi bir işletmesinin teknolojisini verimsiz kılmakta, aynı şekilde dünyanın çeşitli yerlerindeki siyasi bir gelişme, yeni bir ekonomik birlik veya askeri bir harekât, giderek bir başka ülkenin ekonomisini ve işletmelerini krize sokabilmektedir (Dinçer, 2007: 79-80).

Bu tür gelişmeler sonucunda, sınırların kalktığı, ticari engellerin kaldırıldığı, mal, hizmet ve üretim faktörlerinin serbestçe, arzu ettiği ülkede faaliyette bulunduğu, bu gelişmeleri destekleyen uluslar arası kuralların ve yasaların geçerli olduğu bir dünyaya doğru adım adım yaklaşıldığı görülmektedir. Artık dünyadaki her ülkenin uluslar arası bir pazar haline dönüştüğünü, her işletmenin uluslar arası rekabete açılmış olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu sebeple gelecekle ilgili stratejik analizlerde uluslar arası çevre faktörlerinin önemle incelenmesinin gerektiği şüphesizdir (Ülgen ve Mirze, 2004: 89-90).

Globalleşme sağlık kurumları için de önemli fırsatlar ve potansiyel rekabetçi tehditler sunmaktadır. Yukarıda sıralanan gelişmelerin sağlık sektöründeki en önemli yansımaları sağlık turizmidir. Sağlık turizminin hızla büyüyen bir trend olmasının sebepleri arasında, globalleşme, sağlık sistemlerinde yaşanan çeşitli problemler (uzun bekleme listeleri ve yüksek maliyetler gibi) ve tüketicilerin/hastaların bilinçlenmesi

sıralanabilir. Günümüzde medikal turistler pek çok sağlık hizmetini, kendi ülkelerinden daha ucuza başka ülkelerden satın alabilmektedirler. Pek çok gelişmiş ülke sağlık sistemi de sağlık turizmini desteklemekte ve vatandaşlarını başka ülkelerin sağlık sistemlerinden yararlanmaları konusunda cesaretlendirmektedir. Türkiye de gerek sahip olduğu sağlık kuruluşları ve sağlık personelinin kalitesi ve gerekse sunduğu fiyat avantajları ve iklim koşullarıyla, pek çok ülke ile kıyaslandığında önemli bir rekabetçi avantajlara sahiptir. Henüz Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda sahip olduğu bu avantajlardan yeterince yararlandığı söylenemez. Bununla birlikte sağlık turizminin 2010 yılında Türkiye'ye 850 milyon dolar kazandırdığı tahmin edilmektedir ve gerek kamu ve gerekse özel sektör sağlık turizmi konusunda önemli atılımlarda bulunmaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı 23.07.2013 tarihinde 25541 sayılı Bakan onayı ile Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge'yi yürürlüğe koymuş ve potansiyel illerde Yurtdışı Hasta İl Koordinasyon Merkezlerinin ve seçilmiş bazı hastanelerde Yurtdışı Hasta Birimlerinin kurulmasını kararlaştırmıştır. Bu genelgenin uygulamaya konması ile devlet hastanelerinin kapısı da sağlık turizmine açılmış olacaktır.

Sağlık kurumları için sağlık turizmi önemli avantajlar sunmaktadır ve bu avantajlardan yararlanmak isteyen kurumların sundukları hizmeti uluslar arası kalite belgeleri tescillemeleri, bunun yanında ulaşım ve iletişim sistemlerini etkin bir şekilde hayata geçirmiş olmaları ve uluslar arası düzeyde bir medikal turizm acentesiyle çalışıyor olmaları büyük önem taşımaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİ ÇEVRESİ

Sağlık hizmetleri çevresinde yer alan kurum ve bireyler yeni teknolojiler geliştirmekte ve kullanmakta, politik değişiklikleri seslendirmekte, yeni düzenlemeleri oluşturmakta ve uygulamakta, diğer sağlık kurumları ile rekabet etmekte ve sağlık hizmetleri ekonomisi içerisine dâhil olmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumları yöneticileri, tüm bu konu ve değişikliklerin doğasını anlama niyeti ile sağlık hizmetleri çevresini incelemelidirler. Sağlık sektörüne özel çevresel konu ve trendler, sağlık kurumlarını önemli ölçüde etkileyeceği için bu konu ve trendlerin incelenmesi, önceden tanımlanması ve analizi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri çevresini oluşturan çok sayıda kurumu sınıflandırmak oldukça güç olmasına karşın Şekil 2'de de görüldüğü gibi temel olarak beş temel gruptan söz edilebilir (Swayne ve diğ., 2006: 62-64).

Düzenleyici Kurumlar

Türkiye'de sağlık hizmet sunucularının faaliyetlerinin planlanması, düzenlenmesi ve denetlenmesinden ve sağlık alanında ulusal düzeyde kararlar alınıp genel politikaların belirlenmesinden Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı (eski ismiyle Devlet Planlama Teşkilatı), TBMM, YÖK ve Anayasa Mahkemesi sorumludur. Sağlık alanında ulusal düzeyde politika belirlenmesi konusunda asıl görev ve fonksiyon TBMM ve Sağlık Bakanlığı'na aittir. Sağlık hizmetlerinin planlanmasından ise Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı sorumludur (Aktan, 2006: 4).

Kalkınma Bakanlığı'nın rolü, makro planlamaları belirlemektir. Sağlık sisteminin amaçları, görevleri, ilkeleri, yöntemleri

ve politikaları düzenli olarak Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda belirlenmekte ve TBMM onayından geçmektedir. Kalkınma Bakanlığı'nın birbirinden farklı iki planlama görevi vardır. Birinci rolü ekonomik planlama rolüdür. Bu görevi doğrultusunda beş yıllık kalkınma planları hazırlar. Ayrıca 5018 sayılı Kanun'da, stratejik plan hazırlamakla yükümlü olacak kamu idarelerinin ve stratejik planlama sürecine ilişkin takvimin tespitine, stratejik planların kalkınma planı ve programlarla ilişkilendirilmesine yönelik usul ve esasların belirlenmesine Kalkınma Bakanlığı yetkili kılınmıştır. Bu çerçevede kamu idarelerine stratejik planlama sürecinde yol gösterir. İkinci rolü ise, yatırım onaylama ve planlama görevidir. Tüm yeni sağlık yatırımlarının Kalkınma Bakanlığı onayından geçmesi şarttır. Sağlık Bakanlığı ise, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin operasyonel planlamalar yapmakta ve tanımlanan politikaların uygulanmasından sorumlu bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organdır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin temel yürütücüsü ve uygulayıcısı Sağlık Bakanlığı'dır. T.C. Anayasası 56. maddesine göre yasal olarak sağlık hizmetlerinden sorumludur ve yasal olarak standartları belirlemek ve etkinlikleri kontrol etmekle sorumludur (Aktan, 2006: 5; Devlet Planlama Teşkilatı, 2006: 3; Mollahaliçoğlu ve diğ., 2007: 98).

YÖK, üniversite hastanelerinden sorumlu olmakla birlikte sağlık politikalarında yapıcı bir rolü yoktur. YÖK, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'na planlamalar esnasında danışmanlık yapar. Anayasa Mahkemesi ise

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Çevresini Oluşturan Kurumlar**Birincil ve İkincil Hizmet Sunucuları Düzenleyen Kurumlar**

Sağlık Bakanlığı
Kalkınma Bakanlığı
Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)
Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK)
Anayasa Mahkemesi

Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar (Birincil Hizmet Sunucular)

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Özel Muayenehane ve Poliklinik, Verem Savaş Dispanseri vb.)
İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları (Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Özel Hastaneler vb.)
Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları (Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hast. vb.)

Kaynak Sağlayan Kurumlar/Tedarikçiler (İkincil Hizmet Sunucular)*Eğitim Kurumları*

Tıp Fakülteleri
Diş Hekimliği Fakülteleri
Hemşirelik Bölümleri
Sağlık Bilimleri Fakülteleri
Sağlık Yönetimi Bölümleri
Sağlık Meslek Yüksekokulları
Sağlık Meslek Liseleri

Geri Ödeme Kurumları

Maliye Bakanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu
Özel Sigorta Şirketleri
Uluslararası Ajanslar
İlaç ve Tıbbi Malzeme Firmaları
Eczaneler
İlaç ve Araştırma Şirketleri
Medikal Firmalar

Birincil ve İkincil Hizmet Sunucuları Temsil Eden Kurumlar (Meslek Örgütleri ve Sivil Toplum Kuruluşları)

Türk Tabipler Birliği
Türk Hemşireler Derneği
Özel Hastaneler Derneği
Sağlık İdarecileri Derneği
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SAĞLIK-SEN)
Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası (TÜRK SAĞLIK-SEN)
İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası vb.

Hastalar ve Hastaları Temsil Eden Kurumlar

Hastalar
Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği (HAYAD)
Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) vb.

Kaynak: Swayne ve diğerleri (2006) ile 2004 yılı Türkiye Sağlık Raporu'ndan (Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004) uyarlanmıştır.

TBMM'nin yasama rolü çerçevesinde hazırladığı kanun maddelerinin Anayasaya uygunluğunu denetlemek gibi bir fonksiyon icra etmektedir. Anayasa Mahkemesi, sağlık politikalarının belirlenmesinde dolaylı ve yardımcı bir role ve fonksiyona sahip bulunmaktadır (Aktan, 2006: 5).

Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Sağlık hizmeti sunan kurumlar, hizmet üretim ve sunumu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşları içermektedir. Bu kurum ve kuruluşları çeşitli şekillerde sınıflamak mümkündür (hizmet türü, mülkiyet, büyüklük, eğitim statüsü, hizmet düzeyi vb.). Bu çalışmada sağlık hizmeti sunan kurumlar sundukları hizmetin kapsamı bakımından, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olmak üzere üç düzeyde incelenmişlerdir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastane müdahalesi gerektiren acil durumlar (trafik kazası, travma, kalp krizi vb.) dışında, hastanın ilk temasa geçtiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşlarıdır. İkinci basamak sağlık kuruluşları, kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız sağlık tesisleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermeyi hedeflemiş sağlık kuruluşlarıdır (Aydın, 2004: 43-46).

Kaynak Sağlayan Kurumlar

Kaynak sağlayan kurumlar, sağlık hizmeti sunan birincil hizmet sunucuları destekleyen eğitim kurumlarını, geri ödeme kurumlarını ve ilaç ve tıbbi malzeme firmalarını kapsamaktadır. Türkiye'de lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık düzeyinde sağlık insangücü yetiştiren eğitim kurumları bulunmaktadır. Tıp ve diş hekimliği fakülteleri, sağlık bilimleri fakülteleri, hemşirelik bölümleri, sağlık yönetimi bölümleri, sağlık meslek yüksekokulları ve sağlık meslek liseleri her yıl çok sayıda sağlık insangücünü mezun etmekte ve sağlık kurumlarının personel ihtiyacını karşılamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında devlet ve özel kesim bir aradır ve Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sigorta şirketleri başlıca finansman/geri ödeme kurumlarıdır. Kamu sağlık harcamalarının finansman kaynaklarından en önemli Maliye Bakanlığı'nın kontrolündeki devlet bütçesidir. Devlet bütçesi vergi gelirleriyle finanse edilmekte ve esas itibarıyla Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılmaktadır. Devlet bütçesinden bu kurumlara ayrılan doğrudan katkının yanında devletin Sosyal Güvenlik Kurumu'na bütçe transferleri de söz konusudur (Liu ve diğ., 2005: 29-30; Mollahaliloğlu ve diğ., 2007: 178).

2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tüm sosyal güvenlik kuruluşları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortasının

işleyişini yürütmekle görevlidir ve yaşlılık ve emeklilik gibi konular yanında, kuruma bağlı sigortalılar için kamu ve özel sektörde bulunan sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık kurumlarından alınan hizmetleri finanse etmektedir. Kurumun harcamaları işçi, işveren primleri ve devletin katkısı ile karşılanmaktadır.

Türkiye'de genel bir sağlık sigortası kapsamı geliştirildiği ve kapsamlı bir teminat sistemi bulunduğu için, isteğe bağlı özel sigortacılık ve özel sigorta şirketleri sistem içerisinde oldukça sınırlı bir role sahiptirler. Özel sigorta şirketlerinin rolü, teminat paketinde sunulandan daha yüksek konfor standartları ve SGK ile anlaşması olmayan kaliteli ve belirli konularda uzmanlaşmış özel kurumların bulunduğu bakım gibi ek hizmetleri de kapsama alarak tamamlayıcı sigorta temin edilmesini kapsamaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 106). Özel sağlık sigortası nüfusun yaklaşık %1'ini kapsamaktadır. Türkiye'de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllarda izin verilmiştir ve günümüzde 36 özel sigorta şirketi faaliyet göstermektedir (Liu ve diğ., 2005: 33).

Kaynak sağlayan kurumların üçüncüsü olan ilaç ve tıbbi malzeme firmaları ise, birincil hizmet sunucular için ilaç ve tıbbi malzemelerin üretim ve tedarikini sağlamaktadırlar. Bu firmalar, eczaneler, ilaç ve araştırma şirketleri ile medikal firmalardan oluşmaktadır. İlaç Türkiye'de büyük ve karmaşık bir sanayi dalını temsil eder. Sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu tarafından sağlanmasına karşılık, ilaç özel sektörün hâkimiyetindedir. İlaçların ve tıbbi malzemelerin üretimi, ithali, depolanması, toptan satışı ve perakende satışı işlemleri tümüyle özel firmalar tarafından yürütülmektedir (Liu ve diğ., 2005:

37). Türkiye'de ulusal ve uluslar arası 300 ilaç firması faaliyet göstermekte ve bu firmaların büyük bir kısmı yalnızca pazarlama faaliyeti yürütmektedir. Türkiye'de ayrıca 14'ü yabancı sermayeli uluslar arası kuruluşlara ait toplam 42 üretim tesisi mevcuttur. İlaçlar Türkiye geneline yayılmış 22.600 serbest eczane ile dağıtılmaktadır (Çelik ve Seiter, 2008: 18).

Türkiye'de yerli ilaç firmaları genellikle jenerik/eşdeğer ürün üretimine yoğunlaşmışlardır. Lisanslı ve fason olarak referans ilaç üretimi ya da ithalatı yapılmakla birlikte, ilaç sektörünün temel faaliyet alanını jenerik ilaçlar oluşturmaktadır. Yeni ilaç keşfi, dünyada çok az ülke tarafından yapılmakta ve Türkiye'deki ilaç araştırmaları yeni bir molekül bulmak, yeni bir ilaç geliştirmek yönünde değil, bulunmuş moleküllerin 2-3'lü kombinasyonları, farklı dozaj formlarını ya da jenerik ürün geliştirmek yoluyla yapılmaktadır (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2011).

Hizmet Sunucuları Temsil Eden Kuruluşlar (Sivil Toplum Kuruluşları/ Meslek Örgütleri)

Birincil ve ikincil sağlık hizmet sunucularının çıkarlarını temsil eden, mesleki bir disiplin oluşturmayı amaç edinen ve üyelerinin maddi ve manevi haklarını korumak için kurulmuş çok sayıda kurum, dernek, birlik ve sendika da sağlık hizmetleri çevresi içerisinde yer almaktadır. Bu kuruluşlara örnek olarak Türk Tabipler Birliği, Türk Hemşireler Birliği, Özel Hastaneler Derneği, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası gibi kuruluşlar gösterilebilir.

Sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri özellikle sağlık politikalarının

oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Devlet, sağlık politikalarını oluştururken bu kuruluşların görüşlerini de dikkate almaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri, temsil ettikleri grubun ve aynı zamanda toplumun çıkarlarını gözetecek politikalar geliştirilmesi için önemli baskı mekanizmaları geliştirmektedirler. Sivil toplum kuruluşlarının sahip olduğu gücü, temsil ettiği üyelerin sağlık sistemi içerisindeki konumu ve sahip olduğu otonomi belirlemektedir. Örneğin, sağlık sistemi içerisindeki en çok söz sahibi ve en özerk meslek grubu olan hekimleri temsil eden Türk Tabipler Birliği, hükümetin sağlık politikaları üzerinde en çok baskı unsuru yaratan meslek örgütüdür. Bu tür kuruluşlar gelirlerini genellikle üye aidatları ve yürüttükleri etkinliklerden sağlanmaktadır.

Hastalar ve Hastaları Temsil Eden Kurumlar

Sağlık hizmetleri çevresini oluşturan son halka, hastalar ve bu hastaları temsil eden kurumları içermektedir. Hastalar sağlık kurumlarının varoluş sebebidir. Geçmişte bu gruba sağlık sisteminin önemsiz bir bileşeni gibi davranılmışsa da, günümüzün rekabetçi çevresinde sağlık hizmeti kullanıcılarının istek ve ihtiyaçları, sistemi harekete geçiren itici bir güç konumuna erişmiştir (Swayne ve diğ., 2006: 68). Ayrıca hastaların oluşturdukları Hasta ve Hasta Yakınları Derneği ve Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği gibi pek çok kuruluş sağlık hizmetleri ile ilgili konularda seslerini yükseltmektedirler.

HİZMET ALANI ÇEVRESİ

Genel çevre ve sağlık hizmetleri çevresine ilişkin trend ve stratejik konular

tanımlandıktan ve değerlendirildikten sonra, daha spesifik bir analize daha ihtiyaç duyulur. Hizmet alanı rekabet analizi, kapsamlı bir çevre analizinin üçüncü parçasını oluşturur.

Hizmet alanı, sağlık hizmet sunucusunun etrafını çevreleyen coğrafi alan olarak düşünülebilir. Hizmet alanı, genellikle iyi tanımlanmış coğrafi sınırlarla kuşatılır. Bu sınırların ötesine hizmet sunmak, mesafe, maliyet, zaman gibi faktörlerden ötürü güç olabilir. Bu sebeple bir sağlık kuruluşunun hizmet alanını tanımlaması ve aynı zamanda hizmet alanı ile ilgili tüm özellikleri (ekonomik, coğrafi, psikografik, hastalık karakteristikleri gibi) detaylı bir şekilde analiz etmesi gereklidir.

Hizmet alanı rekabet analizi, spesifik hizmet alanı/hizmet kategori konularını tespit ederek; rakipleri tanımlayarak, rakiplerin güçlü ve zayıf yönlerini belirleyerek ve stratejik hamlelerini önceden görerek örgütün çevresini tanımlaması ve anlaması girişimlerinden oluşur. Kısacası hizmet alanı ve rakiplerle ilgili veri toplama sürecini kapsar. Sağlık kuruluşları hizmet alanlarındaki rakiplere odaklanmak zorundadır. Ticari işletmeler için rakipleri ve içinde bulunan sektörü anlama görevi önemli bir zorluk taşır. Ancak tüketicilerin çeşitli bakım hizmetleri için uzun mesafelerde bile yolculuk etmeyi göze alması, bu konuyu sağlık kuruluşları için daha da zor bir görev haline getirmektedir.

Rakiplere ilişkin bilgiler, örgütü içinde bulunduğu pazarda güçlü bir şekilde konumlandırarak geçerli stratejiler seçebilmek için gereklidir. Rekabet analizi yapan bir örgüt, hizmet alanı içerisindeki rakipleri hakkında genel bir fikir edinecek; rakiplerin açıklarını ve

hassasiyetlerini tanımlayabilecek; belirli rakiplere karşı kendi stratejik hamlelerinin etkisini değerlendirebilecektir (Swayne ve diğ., 2006: 98-102).

ÇEVRE ANALİZİ SÜRECİ

Çevre analizi yürütebilmek için çeşitli yöntemler bulunmakla birlikte hangi yöntem uygulanırsa uygulansın çevre analizi sürecinin genel olarak dört temel aşamayı kapsadığı söylenebilir. Bunlar: (1) çevresel değişim sinyallerinin saptanabilmesi için *tarama yapmak* (scanning), (2) tespit edilen konuları *izlemek* (monitoring), (3) bu konular ile ilgili gelecekteki trend ve gelişmeleri *tahmin etmek* (forecasting) ve (4) tahmin edilen konuların örgüt için önemini *değerlendirmek* (assessing) (Swayne ve diğ., 2006: 68-69).

Dış Çevrenin Taranması

Daha öncede ifade edildiği gibi, sağlık kurumları için dış çevre genel ve sağlık hizmetleri çevresinde yer alan çok sayıda kurum, kuruluş ve bireylerden oluşmaktadır. Dış çevrede bulunan bazı kurumlar ve bireyler, sağlık hizmetleri sektörü ile direkt olarak çok az bir ilişkiye sahipken, diğer bazı kurum ve kuruluşlar sağlık hizmetleri ile direkt olarak ilişkilidir ve sağlık hizmetleri çevresinin bir parçasıdır. Ancak genel çevre ve sağlık hizmetleri çevresi arasındaki ayırım her zaman çok net değildir. Çünkü genel çevredeki bilgi, devamlı olarak sağlık hizmetleri çevresine akmaktadır. Örneğin lazer teknolojisi sağlık hizmetleri sektörü dışında geliştirilmiş, fakat sağlık hizmetleri uygulamalarını hızlı bir şekilde etkilemiştir. Bu durum "çevresel kayma" olarak adlandırılmaktadır. Genel çevreye ilişkin stratejik konular sağlık kurumları üzerinde direkt bir

etkiye sahip olabileceği için, sağlık kurumları yöneticilerinin yalnızca sağlık hizmetleri çevresi içerisindeki bilgileri değil, genel çevreden gelen bilgileri de tanımlaması ve taraması gerekmektedir (Ginter ve diğ., 1991a: 36-37).

Çevresel tarama süreci, örgütler için bir pencere vazifesi görmektedir. Bu pencere aracılığıyla çevresel tarama ile ilgilenen yöneticiler üç fonksiyonu yerine getirmelidirler. Bunlar (Swayne ve diğ., 2006: 70-71):

1. Dış çevreye ilişkin bilgiyi incele,
2. Bu bilgiyi istenilen kategorilere göre ayır ve düzenle (teknolojik, politik, ekonomik vb.),
3. Her bir kategori içerisindeki konuları belirle.

Stratejik konular, bir örgütü ve onun çevresindeki konumunu etkileyecek trend, gelişme, ikilem ve olası olaylardır. Stratejik konular sıklıkla iyi yapılandırılmamış ve belirsiz konulardır ve bir yorumlama ve anlam çıkarma çabası (tahmin etme ve değerlendirme) gerektirmektedir. Tarama fonksiyonu örgütün dış çevreye açılan penceresi ya da lensi konumundadır. Bu lens yoluyla, izleyenler dış çevrede oluşan farklı ve organize edilmemiş bilgilere odaklanabilir ve bu bilgiyi anlamlı kategoriler içerisinde derleyerek organize edebilirler. Böylece dış çevreden gelen bilgilerin tarama sürecinde organize edildiği söylenebilir. Bu müdahale öncesinde dış çevreden gelen bilgi muhtelif, düzenlenmemiş, dağınık ve karmaşıktır. Tarama süreci bu bilgiyi kategorize etmekte, düzenlemekte, biriktirmekte ve bir ölçüde de değerlendirmektedir. Bu organize edilmiş bilgi daha sonra izleme aşamasında kullanılmaktadır (Ginter ve diğ., 1991a: 37).

Çevresel bilginin edinilmesinde çok sayıda kaynak bulunmaktadır. Genel olarak örgütlerin kullandıkları kaynaklar iç ve dış bilgi kaynakları olarak iki grupta incelenebilir. Örgüt içerisindeki bireysel bilgi kaynakları çalışanlar, amirler ve emsallerden oluşmaktadır. Örgüt içerisindeki bireysel olmayan bilgi kaynakları ise, raporlar, bildiri ve toplantılardır. Örgüt dışında yer alan bireysel bilgi kaynakları hastalar, tedarikçiler, danışmanlar ve rastlantısal olaylar iken, bireysel olmayan dış kaynaklar ise gazeteler, dergiler, televizyonlar, radyolar, konferanslar ve raporlardan oluşmaktadır (Ginter ve diğ., 1991b: 139). İnternet en önemli dış kaynaklardan birisidir. Sağlık kurumları dış çevrelerinde yer alan kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi edinirken ilgili kuruluşun web sayfasından yararlanabilirler.

Pek çok sağlık kuruluşu için kişisel kaynakların, önem açısından kişisel olmayan kaynakları geçtiği söylenebilir. Kurum içerisinde astlar ve yöneticiler en büyük bilgi kaynaklarıdır. Bir sağlık kuruluşu içerisindeki insanlar, başka hiçbir kaynaktan edinilemeyecek önemli ve değerli profesyonel, teknolojik ve politik bilgiler sağlayabilirler. Hastalar, kanun koyucular, akademisyenler, danışmanlar ve profesyonel danışmanlık firmaları gibi örgüt dışındaki kişisel kaynaklar da önemli stratejik bilgiler sağlayabilirler (Ginter ve diğ., 1991b: 139).

Dış Çevrenin İzlenmesi

İzleme fonksiyonu, tarama sürecinde belirlenen trend, konu ve muhtemel olayların takip edilmesini kapsamaktadır. İzleme dört önemli işlevi hayata geçirmektedir. Bunlar (Swayne ve diğ., 2006: 73-74):

1. Tarama sürecinde örgüt için potansiyel olarak önemli olarak tanımlanan belirli konularda ek bilgi kaynaklarını araştır ve belirle,
2. Çevre ile ilgili veri tabanına ekle,
3. Konuların (trend, gelişme, ikilem vb.) doğruluğunu ya da yanlışlığını kanıtlamaya çalış,
4. Her bir konunun değişim hızını belirle.

İzleme süreci, tarama sürecinde elde edilen bilgilerin kaynağını araştırır ve değişimi yaratan kurum ya da kurumları ve değişimi haber veren kaynakları belirlemeye çalışır. Değişimi bildiren bilgi kaynakları belirlendikten sonra, bu kaynaklara özel bir ilgi gösterilmesi gerekir. İzleme fonksiyonu, tarama fonksiyonuna göre daha dar bir odağa sahiptir ve amacı belirlenen bir konu etrafında bir veritabanı oluşturmaktır. Bu veritabanı, trend, gelişme, ikilem ve olayların doğruluğunu ve yanlışlığını kanıtlamada ve çevrede meydana gelen değişim hızının belirlenmesinde kullanılacaktır (Ginter ve diğ., 1991a: 38).

Çevresel Değişimin Tahmin Edilmesi

Tarama ve izleme fonksiyonları, genel ve sağlık hizmetleri çevresindeki trend, gelişme ve olaylar ile ilgilenmektedir. Tahmin fonksiyonu ise, tarama ve izlemeler yoluyla belirlenen bu trend, gelişme, olay ve değişimlerin bir sonucu olarak neler olabileceğine ve ne kadar çabuk gerçekleşebileceğine dair olası kestirimlerde bulunur (Hitt ve diğ., 2007: 39). Tahmin fonksiyonu, "eğer bu trendler ya da konular şu anki hızları ile büyümeye devam ederlerse gelecekteki görünümleri nasıl olacaktır?" sorusunu yanıtlamaya çalışır.

Tahmin fonksiyonu üç adımı kapsamaktadır. Bunlar (Swayne ve diğ., 2006: 74):

1. Trend, gelişme, ikilem ya da olayları genişlet,
2. Konular ve çevresel kategoriler arasındaki karşılıklı ilişkileri tanımla,
3. Alternatif projeksiyonlar geliştir.

Çevresel Değişimin Değerlendirilmesi

Değerlendirme fonksiyonun amacı, çevresel değişim ve trendlerin örgütün stratejik yönetimi üzerindeki etkilerinin zamanlaması ve öneminin belirlenmesidir. Tarama, izleme ve tahmin etme fonksiyonları, genel ve sağlık hizmetleri çevresinin anlaşılmasına yardım etmektedir. Bir adım daha öteye gidildiğinde ise, değerlendirme fonksiyonu bu anlayışın örgüt üzerindeki çıkarımlarını ayrıntıları ile belirlemeye çalışır. Değerlendirme olmaksızın örgüt, ilginç fakat rekabetçi yansımaları bilinmeyen verilerle baş başa kalır (Hitt, et al., 2007: 39-40).

Oldukça yargısal ve ölçülmesi güç bir süreç olan çevresel değişimin değerlendirilmesi, temel olarak iki adımda gerçekleştirilir. Bunlar, projeksiyonda bulunan konuların önemini tespit edilmesi ve iç analizde, misyon ve vizyonun geliştirilmesinde ve stratejik planın oluşturulmasında dikkate alınması zorunlu olan konuların belirlenmesi adımlarıdır (Ginter ve diğ., 1991: 38-39).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık kuruluşlarının dış çevresinin etrafıca incelenmesi ve dış çevrede yer alan

unsurların sağlık kuruluşları üzerindeki olası etkilerinin tartışılmasıdır. Bunun temel sebeplerinden bir tanesi, sağlık kuruluşlarının başarılı olabilmeleri için kendilerini içinde buldukları çevreye etkili bir şekilde konumlandırmak zorunda olmalarıdır. Sağlık kurumları, farklı dış kaynaklardan gelen beklenmedik çevresel değişikliklerle, piyasa yönelimli politikalarla ya da artan rekabetin getirdiği güçlüklerle karşı karşıya kalabilir. Bu anlamda, dış çevre analizi süreci, bir sağlık kuruluşunun şu anki ve gelecekte ortaya çıkması muhtemel konuları analiz etmesine olanak tanır. Fakat dış çevre analizi süreci geleceğin kesin olarak belirlenmesi anlamına gelmez. Bunun yerine sağlık kurumları üzerinde etkileri olabilecek gelecekte karşılaşılabilecek muhtemel konu ve durumların tanımlanmasına ve sağlık kurumlarının bunlarla başa çıkma yol ve yöntemlerini geliştirmesine imkân sağlar.

Genel olarak dış çevre analizinin amacı, sağlık kuruluşunun dışında oluşan ve sağlık kurumlarının işleyişi üzerinde önemli etkilere sahip olabilecek konulara ilişkin bilgileri toplamak, sınıflandırmak ve organize etmektir. Bu bilgiler daha sonra sağlık kurumunun iç çevre analizini gerçekleştirirken, misyon ve vizyonunu oluştururken ve stratejilerini belirlerken kullanılabilir.

Bir sağlık kuruluşunun dış çevresi, genel sağlık çevresi içerisindeki kurumlardan (devlet kurumları, uluslar arası örgütler vb.), sağlık hizmetleri çevresi içerisindeki birey ve kurumlardan (düzenleyici kuruluşlar, eğitim kurumları, geri ödeme kurumları, sivil toplum kuruluşları, hastalar vb.) ve hizmet alanı içerisindeki rakiplerden oluşmaktadır. Tüm bu birey ve kurumlar sağlık kurumları için hayati öneme sahip değişikliklere yol açabilirler.

Bu değişimler bu çalışmada ayrıntılı olarak incelenen politik ve yasal, demografik, sosyo-kültürel, teknolojik, ekonomik ya da uluslar arası çevresel faktörlerden kaynaklanabilir. Tüm bu faktörlerin incelenmesi ve çevresel analiz süreci temel olarak dört adımdan oluşmaktadır. İlk adım olan taramada, dış çevreye ilişkin bilgiler incelenerek, bu bilgiler teknolojik, ekonomik, demografik gibi kategorilere ayrılır ve her bir kategori ile ilgili olarak sağlık kuruluşunun konumunu etkilemesi muhtemel stratejik konular belirlenir. Dolayısıyla bu adımda dış çevrede yer alan organize edilmemiş dağıntık bilgiler düzenlenerek anlamlı kategorilere dönüştürülür. İzleme sürecinde ise, tarama aşamasında belirlenen ve sağlık kurumu için önemli olarak görülen konu, trend ve durumları doğrulamak ya da aksini kanıtlamak üzere ek bilgi kaynaklarına başvurulur ve her bir konunun değişim hızı belirlenir.

Tahmin etme adımında tarama ve izlemeler yoluyla tespit edilen stratejik konular genişletilerek aralarında ilişkiler tanımlanır ve alternatif projeksiyonlar geliştirilir. Son adım olan değerlendirme ise bu konuların öneminin ve sağlık kuruluşu üzerindeki etkilerinin belirlenmesi sürecidir. Çevresel analiz süreci olarak adlandırılabilir bu süreç sonunda sağlık kurumu yöneticileri, sağlık sektörü içerisinde ortaya çıkan gelişmeleri görebilir ve elde ettikleri bu bilgiyi değişen sağlık sektörü içerisinde kurumlarına kılavuzluk ederken kullanabilirler. Dolayısıyla dış çevre analizi sürecini iyi yöneten ve buradan elde ettikleri sonuçları kullanabilen sağlık kurumu yöneticilerinin dış çevredeki gelişmelere karşı önceden hareket ederek ve önlemler alarak karşılık verebilecekleri söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Aktan, C. C. (2006). *Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi*. Erişim Tarihi: 20.07.2011, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>
- Alkhafaji, A. F. (2003). *Strategic Management Formulation, Implementation, and Control in a Dynamic Environment*. Birmingham: The Haworth Press, Inc.
- Aydın, S. (Ed.). (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Curian, J. (2008). Strategic Leadership and Health Care Delivery. In K. V. Ramani, D. Mavalankar & D. Govil (Eds.), *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. New Delhi: SAGE Publications Inc.
- Çelik, Y., ve Seiter, A. (2008). Turkey: Pharmaceutical Sector Analysis. Erişim Tarihi: 26.07.2011, <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1250623752714/Turkeypharmaceuticalsectoranalysis.pdf>
- Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., ve Üstün, Y. (2005). "Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler". İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12 (4), 247-252.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2006). Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Kılavuzu (2. sürüm). Erişim Tarihi: 20.07.2011, www.sp.gov.tr/documents/Sp-Kilavuz2.pdf
- Dinçer, Ö. (2007). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Ekmekçi, E. B. (Ed.). (2010). *Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Yayın No.780.
- Eren, E. (2005). *İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası* (7 ed.). İstanbul: Beta Yayım Dağıtım A.Ş.
- Evans, N., Campbell, D., ve Stonehouse, G. (2003). *Strategic Management for*

- Travel and Tourism*. Burlington: Butterworth-Heinemann.
- Ginter, P. M., Duncan, J. W., Richardson, W. D., ve Swayne, L. E. (1991a). "Analyzing the health care environment: "You can't hit what you can't see". *Health Care Manage Rev.*, 16 (4), 35-48.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., ve Capper, S. A. (1991b). "Strategic planning for public health practice using macroenvironmental analysis". *Public Health Reports*, 106 (2), 134-141.
- Grosel, C., Hamilton, M., Koyano, J., ve Eastwood, S. (Eds.). (2003). *Health and Health Care 2010: The Forecast , The Challenge*. Princeton: The Institute for the Future.
- Guo, K.L. (2003). "An Assessment Tool For Developing Healthcare Managerial Skills and Roles". *Journal of Healthcare Management*, Nov/Dec, 48 (6), 367-376.
- Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. (2004). *Turkey Health Report*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Hitt, M. A., Hoskisson, R. E., ve Ireland, R. D. (2007). *Management of Strategy (International Student Edition)*. China: Thomson South-Western.
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. (2011). Erişim Tarihi: 26.07.2011, http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=230&menuk=12
- Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 271.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kotler, P., Shalowitz, J., ve Stevens, R. J. (2008). *Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Liu, Y., Çelik, Y., ve Şahin, B. (2005). *Türkiye'de Sağlık/İlaç Harcamaları ve Geri Ödeme Politikası Üzerinde Araştırma*. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.
- Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A. K., Ünüvar, N., ve diğ.. (Eds.). (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- OECD ve Dünya Bankası. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye. Erişim Tarihi: 26.07.2011, ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/OECD_Kitap.pdf
- Pearce, J. A., ve Robinson, R. B. (2007). *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control* New York: McGraw-Hill Irwin.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları (2002-2003)*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Ankara.
- Swayne, L. E., Duncan, W. J., ve Ginter, P. M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations* United Kingdom: Blackwell Publishing.
- TNSA. (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Tokat, M. (1996). *Sağlık Ekonomisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Topçu, S., ve Beşer, A. (2006). "Göç ve Sağlık". *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 37-42.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2011a). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Yılı Sonuçları. Erişim Tarihi: 12.07.2011, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2011b). Eğitim İstatistikleri. Erişim Tarihi: 13.07.2011, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=14&ust_id=5
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2011c). Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonları. Erişim Tarihi: 12.07.2011, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11

Türkiye İstatistik Kurumu. (2011d). Sağlık Harcama İstatistikleri 2008. Erişim Tarihi: 11.07.2011, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=6&ust_id=1

Ülgen, H., ve Mirze, S. K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. İstanbul: Literatür Yayıncılık.

Wallick, W.G. (2002). "Healthcare Manager' Roles, Competencies, and Outputs in Organizational Performance Improvement". *Journal of Healthcare Management*, Nov/Dec, 47 (6), 390-402.

