

Kamu hastaneleri birlikleri: Dağ fare mi doğurdu?

Dr. Hüsnü Dağlı

Sağlık politikalarında son yıllarda ortaya çıkan en önemli gelişmelerden birisi olarak yerinden yönetim ilkesi öne çıkmaktadır. Bu ilke ile kamunun verdiği sağlık hizmetinin daha etkin, verimli ve daha kaliteli hale gelmesi umulmaktadır. Bu süreçte kamu yöneticilerinin daha aktif ve etken olmaları, performans ölçümü yapmaları ve sonuç odaklı çalışmaları hedeflenmektedir. Bu bağlamda 1994 yılında Dünya Bankası tarafından yayımlanan sağlık sektörü modellemesinin temel ilkelerinden birini, sağlık hizmetlerindeki kamu desteğinin, sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan korunma ile sınırlandırılması ile hizmetlerin sunumunun yerel yönetime ve özel sektöre bırakılması oluşturmaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm programının en önemli unsurlarından biri olarak ortaya çıkan Kamu Hastaneler Birliği'nin hizmet kalitesinin maksimum seviyeye çıkarılması ve kamu kaynaklarının çok daha etkin bir şekilde kullanılmasının amaçlandığı ileri sürülmektedir. Bu konuda, yazılan bazı yazılarda ibret verici ifadeler rastlanmaktadır. Bu ifadelerin gözden geçirilmesi, konunun gerçek boyutunun anlaşılması için önem arz etmektedir.

Bilindiği gibi, Kamu Hastaneler Birliği 663 sayılı kararname uyarınca 2 Kasım 2012 tarihinde kurulmuş ve yukarıda belirtilen ana politikalar çerçevesinde çalışması öngörülmüştür. Geride kalan 1 yıl içinde temel ilkeler bağlamında yapılan işleri ve kat edilen yolu gözden geçirildiği zaman ortaya çıkan tablonun nasıl olduğuna bakmakta fayda vardır. Acaba merkezîyetçilik ne ölçüde ortadan kaldırılmış ve yerinden yönetim ne kadar hayata geçirilebilmiştir? Verimlilik gerçekten artmış mıdır? Çalışan ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklar yaratılmış mıdır? Kısacası, atılan taş, ürkütülen kurbağaya değmiş midir?

Programın yürütülmesindeki temel ilkeler

ile atılan adımların ne derecede uyum gösterdiğini bu bakış açısıyla gözden geçirmekte fayda vardır:

a) İnsan merkezlilik: Bu ilkenin, "sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı hedeflediği" söylenmektedir. Hizmetten faydalanacak bireyi hedef alması gereklidir ancak yeterli değildir. Hizmeti sunan sonunda "insan"dır. Hizmeti sunanın, diğer bir deyişle, çalışanın ihtiyaç, talep ve beklentilerinin de esas alınması gerekmektedir. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Programı bunu ayrı bir başlık altında ele almıştır. Ancak bu hususta başarılı olduğu söylenemez.

b) Sürdürülebilirlik: "Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi" öngörülmektedir. Yeni sistemin ülkemiz koşullarına ve kaynaklarına uyumlu olduğuna dair yapılmış, teoriler dışında bir fizibilite, etüt veya bilimsel çalışma var mıdır? Geçen 1 yıllık döneme göre, sistemin daha uzun süre aynı şekilde sürdürülmesi düşünülmekte midir?

c) Sürekli kalite gelişimi: "Hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalardan öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması" esasına dayandığı söylenen sistemin, yeterli performansı göstermeyen ancak bir şekilde yerinden "alınamayan" kişilerle "hep daha iyiyi nasıl aradığı ve nasıl değerlendirdiği; cevabı bilinmeyen sorular içinde yer almaktadır.

d) Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması hedeflenmektedir. Oysa gelinen noktada, değişik nedenlerle kişilerin görevden alınmaları, yeni

görevlendirmeler yapılması, yeni sistemlerin yürürlüğe konması gerçekleşmiş, çalışanların bunlara "uyması gerektiği" "nazik" bir dille ifade edilmiştir. Farklı görüşleri sürenlere ise "siz bunu bir kere deneyin, beğenmezseniz..." diye başlayan cümleler kurulmuştur. Birçok yerde, katılımcılık, eleştirileri dinleyip yine kendi bildiğini yapma şeklinde tezahür etmiştir.

e) Uzlaşmacılık: Karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışları olarak ifade edilmektedir. Şatafatlı bir kavram olmasına karşılık, pratikte ne kadar kullanıldığı çok su götürür olup, uzlaşma deyince, "Ben isterim, siz uyarınız!" düetinin "uzlaşma" olarak adlandırıldığı görülmektedir. Diyalog yerine monologların sürdürüldüğü gözlenmektedir.

f) Gönüllülük: Sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemi olarak, sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları, gönüllülük olarak adlandırılmaktadır. Yeni dönemde, çalışanlara performans adı altında verilenler dışında teşvik olarak neler önerilmiş, neler verilmiştir? Belli değildir. Zoraki görevlendirmeler, sekreterlerin yapacağı işleri doktorlara yüklemeler, 5 hemşirenin yapacağı işi 1 hemşireye yüklemeler, "gönüllülük" esasına göre yürütülmektedir. Zira kendilerine başka yol bırakılmayan çalışanların "gönüllü olmaktan başka çaresi kalmamaktadır.

g) Desantralizasyon: Çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. Ancak daha önce Sağlık Bakanlığındaki merkezi yapının yerini şimdi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri almıştır. Her Genel Sekreterlik küçük bir Bakanlık gibi çalışmaktadır. Hastanelerin kendilerine bırakılan kararlar giderek azalmaktadır.

Laboratuvarlar, ihaleler, poliklinikler, aciller vb. hep bir "merkezden" yönetilmeye çalışılmakta, hastanelerdeki ilgili birimler kapatılarak merkeze bağlanmaktadır. Yani desantralizasyon değil, tam tersine santralizasyon, çok daha koyu bir şekilde tesis edilmiştir.

h) Hizmette rekabet: Farklı hizmet sunucuların yarışmasının sağlanması, rekabeti getirir. Şimdi rekabet belki farklı sekreterlikler arasında olabilecektir. Tek bir merkezden yönetilen, aynı standartlar uygulanan, hepsinin ihalesinin merkezden yapıldığı hastaneler arasında nasıl rekabet olabileceği bilinmemektedir. Aynı teknik direktörün yönettiği 7 takım arasında ne kadar rekabet olursa, burada da o kadar rekabet olabilecektir.

Sağlık hizmetinin yaygınlaştığı ve erişiminin kolay olduğu kesindir. Yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmeti, bu hizmeti veren başta hekimlerin eski dokunulmazlıklarını ortadan kaldırmış, hatta bilhassa hekimlerin bakış açısıyla saygınlığının yitirilmesine yol açmıştır. Hekimlerin bu algısı "güler yüzlü sağlık hizmeti" hedefine ulaşmanın önünde büyük bir engeldir. Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bilgi ve becerilerinin artırılması yalnızca söylemde kalmıştır. Atılan adımlar, yapılan düzenlemeler bu söylemin hayata geçmesini sağlamamıştır. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde, yeterli bilimsel ortam henüz oluşturulamamıştır. Yapılan eğitim ve öğretilerin tek başına bir değer ifade etmediği, "bakılan hastadan elde edilen performansın belirli bir yüzdesi" olarak değerlendirildiği görülmektedir. Mutlak anlamda eğitim ve öğretimle ilgili bir hedefler henüz konamamıştır. Uluslararası indekslere ve yayınlara ulaşmak, hala büyük bir sorundur. Yayın yapmak, eğitim görevlisinin "primer" işi değil, bir "hobi"sidir adeta; yani mesai saatleri dışında, kendi isteğiyle, kendi istirahatinden keserek yaptığı bir faaliyettir. Araştırma için ayrılan bütçeler yetersizdir ve birçok kez kullanılmalarında sorunlar yaşanmaktadır. Kongrelere katılım yeterli kadar teşvik edilmemektedir.

"Performansa dayalı ek ödeme ile sağlık çalışanlarının verimli ve güler yüzlü hizmet sunumu, buna bağlı olarak hasta memnuniyetinin maksimum düzeye çıkarılması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi, birinci basamak ile diğer hizmetlerde etkin bir sevk zinciri kurulması ve son olarak etkili ve doğru bilgi erişimi için Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulmasının, Programın diğer göz alıcı bileşenlerini oluşturduğu" söylenmektedir. Performansı dayalı ek ödeme sisteminin acilen revize edilmesi gerektiğini herkes söylemektedir. Bu sistemde birçok hatalar, eksiklikler ve adaletsizlikler olduğu kabul edilmektedir.

Yüzleri gülmeyen sağlık çalışanlarının nasıl güler yüzlü hizmet sunacakları bilinmemektedir. Hasta memnuniyeti maksimuma çıksa bile bunun bedelinin ne olduğu ve ne kadar sürdürülebileceği meçhuldür. (burası kalsın FO). Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, bu dönüşümün belki de en olumlu tarafıdır.

Yeni program çerçevesinde, "kamu hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, hizmetlerin yerel ihtiyaçlara uygun olmaması, merkezi idarenin günlük ve rutin işlerinin hizmet yükünü artırması, dolayısıyla temel fonksiyonlarını yerine getirememesi, merkezden yönetimin idareye katılmaya imkân vermemesi gibi nedenlerle merkezi yönetim anlayışından vazgeçilerek yerinden yönetim hedefine yönelik projeler üretildiği" söylenmektedir. Ancak geline nokta, birçok hizmette hala daha benzer gecikmeler yaşanmakta, yerel ihtiyaçlar yerine global planlamalar yapılmakta, bürokrasi ve evrak işleri eskiye nazaran artarak devam etmekte ve yerel "merkezi" yönetimin hastane idaresinin hemen her tasarrufuna karıştığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, yerinden yönetim ilkesi, söylemde kalmış, pratiğe tam olarak yansımamıştır.

Kaynakların verimli kullanılması, sağlık giderlerinin azaltılması ve vatandaşın daha kaliteli hizmet verilmesi hedefine ulaşılabilmesi için, "işletmelerin" zarar görmemesi ilkesi benimsenmiştir. Bazı durumlarda vatandaşın kaliteli hizmet verilebilmesi, ekonomik açıdan çok "verimli" olmayabilir. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinin "işletme" mantığı içinde yürütülmesinin birçok sakıncayı içinde barındırdığı kesindir. Buna rağmen, tüm hastaneler için aynı verimlilik kriterlerinin konması ve aynı karnelerin kullanılmasının ne kadar doğru olduğu şüphelidir.

Yeni sistemle getirilen en önemli görev değişikliklerinden biri, başhekimlerin yalnızca hekimlik hizmetlerinden ve tıbbi hizmetlerden sorumlu olmasıdır. Ancak hastane yöneticisi emri altında çalışmaya zorlanan başhekimlerin birçok yetkisi kısıtlanmış, idari tasarruf yapma yetenekleri azaltılmış, hastanede söz sahibi olarak her düzeyde hastane yöneticisi sorumlu tutulmuştur. Hastane yöneticilerinin hekim haricindeki meslek sahiplerinden de olabileceği öngörülmesi, yönetici olarak yine hekimler atanmıştır. Bu durum, yöneticilerle başhekimler arasında yetki karmaşasına neden olmuş, birçok hastanede yönetici, hem yönetici, hem de başhekim yetkilerini kendi elinde toplama gayretine girmiştir. Başhekimlerin akademik ünvanlı hekimlerden seçilmelerine rağmen, yöneticilerin akademik deneyimi olmayan herhangi bir kişi olmaları, akademik yapıyı bozan,

Kamu Hastaneler Birlikleri sonrası yaygın ve erişimi kolay olduğu için de hekimlerin saygınlıkları dibe vurmuştur. Bu yüzden "güler yüzlü sağlık hizmeti" hedefi kâğıt üzerinde kalmış bir hedeftir. Hekimlerin "yüzünün güldüğüne" dair kanıtlanmış bir veri var mıdır? Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bilgi ve becerilerinin artırılması ise yalnızca söylemde kalmıştır.

hekimler ve akademisyen arasında hususiyet artıran ve gerginlikleri artıran bir yapı ortaya çıkarmıştır. Bu yeni yapı, bilime ve bilim adamlarına saygıyı azaltmış ve birçok bilim insanının hastanelerden ayrılmak zorunda bırakıldığı bir ortam yaratmıştır. Hastanelere ve yöneticilere verilmesi planlanan dönemsel karnelerde, eğitim ve bilimle ilgili parametrelerin yok denecek kadar az olması da bu durumu teyit eder niteliktedir. Ülkenin bilimsel geleceği, hasta memnuniyeti adı altında yok edilmek istenmektedir.

Hastanelerin gereksiz masraflardan kurtarılması, çalışanların verimli bir şekilde çalışması, hasta memnuniyeti sağlanmaya gayret edilirken, en az o kadar da çalışan memnuniyetinin sağlanmaya çalışılması, bu kapsamda uzun vadeli stratejik planların yapılması elzemdir. Bürokrasi, azaltılmak istenirken çoğaltılmamalı, periferdeki yöneticilere "gerçekten" güvenilmeli, hastane yöneticileri "asli" görevlerine yönlendirilmeli ve tıbbi iş ve işlemlere karışmaları -kendileri hekim bile olsalar- kesinlikle önlenmeli, birlikte çalışma kültürü kâğıt üzerinde kalmamalıdır.

İhtiyacımız olan şey "ortak akıl"dır. Bunun da yolu; sürekli istişare, "insana" saygı, bilim adamına güven, gerçek bir desantralizasyon ile sisteme uyum sağlayamayan unsurların ise en kısa zamanda bertaraf edilmesidir. Ancak bu ilkelerin hayata geçirilmesi ile Kamu Hastaneler Birliklerinin "en kısa zamanda arzulanmış işlevselliğinin kazandırılması" mümkün olabilecektir.