

# Sağlıkta yeni bir dönem: Kamu Hastaneleri Birliği

## Dr. Şuayip Birinci



1973 yılında Rize’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Rize ve Trabzon’da tamamladı. 1998 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 2004-2009 arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde acil servis hekimi ve Başhekim Yardımcılığı görevinde bulundu. 2009-2012 arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nde Müdür Yardımcısı olarak Sağlık Bilgi Sistemleri Şubesi ve Tıbbi Cihaz ve Biyomedikal Şubelerinin yöneticiliğini yürüttü. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisansını tamamladı. Liderlik ve Küresel Girişimcilik Yüksek Lisans Programı ile Sağlık Yönetimi Doktorasını sürdürmektedir. 2012 yılında atandığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Genel Sekreterliği görevini halen sürdürmektedir.

**R**eform arayışlarının her zaman temel anahtarı olan değişim ve dönüşüm olgusu; küreselleşen dünyanın, ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel yapısının günden

güne benzeşme işaretleri göstermesinin de verdiği güçle yenilenme dinamiğinin tetikleyici unsuru olarak kendini göstermiş ve hep üzerinde tartışılan, gündemde kalan konular haline gelmiştir. Bir yandan küreselleşmenin etkisi, diğer yandan da ülkemizin içinde bulunduğu Avrupa Birliği müzakere süreci, birçok alanda olduğu gibi kamu hizmetlerinin organizasyonu ve işleyişinde köklü değişim ve dönüşümü beraberinde getirmiştir. Her iki sürecin de kamu yönetim anlayışı üzerindeki en temel dinamiği “subsidiarite” (yerindenlik) prensibi olmuştur. Buna göre kamu hizmetlerinin etkin, verimli ve daha kaliteli bir şekilde gerçekleşmesi, merkezi kurumlar yerine, lokal kurum ve iştiraklere bırakılmıştır. Özellikle 1970’lerle birlikte ortaya çıkan bu anlayış, Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Kıta Avrupası’nda benimsenerek etkin bir kamu hizmeti gerçekleştirmenin anahtarı haline gelmiştir. Ülkemizde de bu anlayışın benimsenerek uygulanmaya başlanması 2000’li yıllarla birlikte ülke gündemine oturmuştur. Bu yeni kamu yönetimi anlayışı, geleneksel anlayıştan farklı olarak kamu yöneticilerinin karar alma süreçlerinde daha aktif ve etken olmalarına, performans ölçümünü yapmalarına, süreçten öte sonuç odaklı uygulamalar yapmalarına ve buna pa-

raley olarak daha rekabetçi kurumlar oluşturulmasına olanak sağlayan bakış açılarına vurgu yapmaktadır.<sup>(1)</sup>

### Küresel dünyada sağlık yönetimi

Giriş bölümünde kısaca değindiğimiz gibi kamu yönetimindeki değişim ve reform ihtiyacı ekseninde gelişen dünya, kamu sektörünün temel hizmet alanı olan sağlık sektöründe, merkezîyetçi yaklaşımdan uzaklaşarak daha yerel ve daha etkin hizmet anlayışı uygulamaya başlamıştır. Küreselleşen dünyada kamu sektörünün merkezi anlayıştan uzaklaşarak yetkisini yerel yapılara devretmesinin birçok nedeni olmakla beraber bazıları şunlardır:<sup>(2)</sup>

- Siyasi ve ekonomik dönüşüm
- Etnik çatışmaların yarattığı siyasi krizler
- Bölgesel çatışmaların yarattığı siyasi krizler
- Yönetime ortak etme
- Gelişmiş ülke veya toplumlarla entegre olma politikaları
- Finansal sürdürülebilirlik
- Bütçe açıklarını alt birimlere aktarma
- Hizmet kalitesini yükseltme hedefi
- Merkezîyetçiliğin ortaya çıkardığı olumsuzluklar

Yukarıda sıralanan nedenler, küresel ölçekte devletlerin daha iyi bir yönetim ve kaliteli hizmet servislerinin gerçek-

leştirilmesi için sağlık sektörü de dahil olmak üzere kamu hizmetlerini ağırlıklı olarak yerel düzeyde ele almalarına, devrim sayılabilecek bu yerinden yönetim anlayışı için dönüşüm programları oluşturmalarına gerekçe oluşturmuştur. Özellikle bahsettiğimiz nedenler şemsiyesi altında, 1980’li yılların başında Anglosakson ve Avrupa ülkelerinde, 1990’lı yılların başından itibaren ise Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde değişim süreçlerini uygulandığı dikkat çekmeye başlamıştır.

1994 yılında Dünya Bankası tarafından yayımlanan ve spesifik olarak sağlık sektörü için ön görülen modellemede, değişim için temel kriterlerden bazıları şu şekilde zikredilmiştir:<sup>(3)</sup>

- Bireyler sivil toplum kuruluşları ve özel sektör sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde kamu desteği, sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan koruma ile sınırlandırılmalıdır.
- Merkezi hükümetin rolü, politika belirleme ve teknik rehberlikle sınırlandırılarak hizmetlerin sunumu yerel yönetime ve özel sektöre bırakılmalıdır.
- Özel sektör ve sivil toplum kuruluşları sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlayıcı olmaları konusunda desteklenmelidir.

Küresel alanda, özellikle gelişmiş ülkeler tarafından geliştirilerek uygulanmaya





Kamu Hastane Birliği yönetimlerinin yetkiyi eline alma gerekçelerinin benzer nedenlerle hastane idareleri tarafından arzulanđı dikkatlerden kaçırılmamalı, standart hizmetleri yerel düzeyde kendi anlayışlarını yansıtarak yürütmelerine fırsat verilmelidir. Teorik hedeflerin pratiğe geçirilmesinde kamuya yerleşmiş ve eskiye oranla zayıflamakla beraber etkisi yok olmamış bürokrasi engelini aşmaya yönelik çabanın ilk basamağı bu olmalıdır. Kamunun yetkiyi elde tutma alışkanlığının, oluşturulan her yeni yapıya bulaşma kabiliyetinin çok yüksek olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

başlanan yerinden yönetim ilkesi ve tüm ilgili aktörlerin karar alma süreçlerine angaje olarak doğrudan toplumun ihtiyaçlarının uygulanacak politikalara yansıtılmasının gerekliliği sağlık sektöründe değişim programlarının başlamasına olanak sağlamıştır. Ülkemizde, 1980'li yılların sonlarına doğru hem dünya ile entegre olma çabası hem de ağır işleyen sağlık sektörünün daha etkili bir yapıya kavuşması için girişimler yapılsa da, politik istikrarsızlık, değişim karşıtları ve hukuk mevzuatı bu girişimler için engel teşkil etmiştir. 2000'li yılların başında ülkemizin küresel dünyaya hızlı bir şekilde entegre olma arzusu, oluşan siyasal istikrar ve kararlılık sağlık alanında reform için gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılmasına olanak sağlayarak "Sağlıkta Dönüşüm Programının" başlamasına ışık yakmıştır.

### Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Hastaneler Birliği

Sağlık, kamu hizmetleri arasında toplumun sürekli olarak etkileşim halinde

kaldığı en önemli sektörlerden biridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın en önemli final hamlelerinden biri olan Kamu Hastaneler Birliği, hizmet kalitesinin maksimum seviyeye çıkarılması ve kamu kaynaklarının çok daha etkin bir şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır.

Anayasamızın 60. Maddesinde, "*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar*" diye belirtilmektedir. Ayrıca Anayasanın 56. Maddesinde, "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir*" hükmü getirilmiştir. Ayrıca yine aynı maddede, "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 Yılı

Raporu ve Türkiye'deki sağlık sistemindeki mevcut sıkıntılar (sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları, hasta memnuniyet seviyesindeki düşüşler ve beklentideki artışlar, kamu ödeme kapasitesinin sınırlı yapıda olması vb. nedenler) 2002-2003 yılları arasında merkezi otoritenin "Acil Eylem Planı" çerçevesinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın hazırlık çalışmalarını başlatmasını sağlamıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun biçimde örgütlenmesi, finanse edilmesi, vatandaşa sunulması ve bu doğrultuda ilerlemesi, ayrıca ülkemizin küresel dünyaya daha etkin bir şekilde entegre olması için 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlatılmıştır.<sup>(4)</sup>

Programın en temel amacı, "etkililik" olgusudur. Bu olgu ekseninde programın misyonu, halkımızın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetin minimize edilmesi ve aynı kaynakta daha fazla hizmet sağlayarak vatandaşların sağlık hizmetleri havuzundan daha fazla faydalanması olarak benimsenmiştir. Hakkaniyet ilke-

siyle bütün vatandaşlarımızın ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, geçmiş değerlendirilerek yeni bir gelecek inşa etme düşüncesi temelinde sağlık sistemindeki değişimler bütünsel olarak ele alınmıştır. Bu bütünsel değişimler ekseninde radikal ve kapsamlı bir bakış açısı ortaya çıkmıştır. Programın yürütülmesinde temel ilkeler vardır. Bunlar;<sup>(5)</sup>

**İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

**Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

**Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

**Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.

**Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

**Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

**Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını

yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

**Desantralizasyon:** Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

**Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ana yapısını tanımlayan temel ilkelerin yanında tamamlayıcı bileşenler üzerine yapılandırılmış bir programdır. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı 2003 yılında yürürlüğe koyarak zincirleme olarak birçok yeniliği kamunun hizmetine sunmuştur. Yenilikçi uygulamalar olarak ortaya çıkan bu bileşenler şunlardır:<sup>(6)</sup>

1. Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolü
2. Tüm vatandaşları tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası Sistemi (2006)
3. Yaygın, erişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmeti
- 3.1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması (2005 yılında pilot illerde başlatılmış olup 2010 yılından sonra tüm illerde uygulamaya konulmuştur.)
- 3.2. Etkili, kademeli sevk zinciri
- 3.3. İdari/mali özerk sağlık işletmeleri
4. Sağlık personelinin motivasyonunu iyileştirme ve bilgi/beceri artırma çalışmaları. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
5. Nitelikli, etkili sağlık hizmetleri için kalite/akreditasyon (Hasta hakları ve hekim seçme hakkı 2004 yılında pilot hastanelerde başlatılmış olup şu anda tüm illerde uygulanmaktadır.)
6. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
7. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim için Sağlık Bilgi Sistemi (2009 yılında Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi(USES-T) geliştirilerek elektronik kayıt sistemlerine geçilmiştir. Haziran 2010 tarihinde kamu hastanelerinin %99'u, özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin ise %71'i, hasta elektronik sağlık kayıtlarının günlük beslemeleri ile USES-T' ye bağlanmıştır.)

Karmaşık ve parçalı yapıya sahip sağlık finansmanı ile sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) geri ödeme mekanizmasının farklılığı, performans ve kalite yaklaşımı ile vatandaşın inisiyatiflerin (hekim seçme hakkı, hasta hakları) yoksunluğu, bunun yanı sıra sağlık personeli ücretine sabit yaklaşım (sabit ödeme uygulaması) ve sağlık personeli yetersizliği ile mevcut personelin dengesiz dağılımı gibi temel nedenlere dayanarak SDP uygulamaları kapsamında yukarıda belirttiğimiz çalışmalar ve yeni düzenlemeler yapılmıştır.

Yukarıda sıralanan bu bileşenleri bir bütün olarak ele alıp değerlendirdiğimizde; sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir modele geçilmiş ve bu model uygulanmaya başlanmıştır. Sektör açısından toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren Aile Hekimliği Uygulaması, bu yeni modelin en dikkat çekici bileşenidir.

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 Sistemi"nin oluşturulması; söz konusu programın diğer göz alıcı bileşenlerini oluşturmaktadır. Bütünleşik bir yapıda ele alınan bu programa paralel olarak kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasıyla vatandaşlarımızın sağlık kuruluşlarına ve sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylık sağlanması amaçlanmıştır, ayrıca Genel Sağlık Sigortası'nın hayata geçirilmesi ile sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen tüm vatandaşlar tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

Kamu hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, hizmetlerin yerel ihtiyaçlara uygun olmaması, merkezi idarenin günlük ve rutin işlerinin hizmet yükünü arttırması, dolayısıyla temel fonksiyonlarını yerine getirememesi, merkezden yönetimin idareye katılmaya imkân vermemesi gibi nedenlerle merkezi yönetim anlayışından vazgeçilerek yerinden yönetim hedefine yönelik projeler üretilmiştir.

Buna bağlı olarak, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması ve böylece yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 81 ilde oluşturulan Kamu Hastaneleri Birliklerinin teşkili ile kaynakların verimli kullanılması, sağlık giderlerinin azaltılması ve vatandaşın daha kaliteli hizmet verilmesi temel hedef olarak öne çıkmaktadır. Aslında kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na



Yeni tesis edilen Halk Sağlığı Müdürlüğü ile birlikte oluşan üçlü yapının bürokrasi oluşturmasına fırsat verilmemeli, her kuruluşun kendi alanında yetkisini kullanarak birlikte çalışması gereken alanlarda maksimum işbirliği ilkesini bürokrasinin insafına terk etmemesi ortak hedef olmalıdır. Yapıda Sağlık Müdürlüklerinin eski etkinliğini koruma ya da yeniden tesis etme yönündeki uygulamalardan uzak durulmalı, fakat hizmet bütünlüğünün tesisinde sağlık müdürlüğünün abi, hakem ve denetleyici rolü mevzuatla güçlendirilerek mutlaka korunmalıdır.

devredilmesi ile bu dönüşümün ilk adımı tamamlanmıştır. Kamu hastanelerinin kendi ayakları üzerinde durabilmesi, işletmelerin zarar etmeden yönetilebilmesi için, daha özerk yapıların kurulması, yönetim, işletme alanlarındaki bilgi ve becerilerin de bu yapıyı desteklemesi düşüncesiyle “Kamu Hastane Birlikleri” kurulması ön görülmüş ve bu kapsamda yasal düzenleme yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, değişim sürecini şu şekilde açıklamaktadır: “*Vatandaşlarımızın kaliteli sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini ve hizmet standartlarını yükseltmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programını, 2003 yılından bu tarafa istikrarlı bir biçimde uygulamaktayız. Kendimize mahsus, bir Türkiye modeli olarak yürütülmekte olan bu programın en önemli unsurlarından biri de Sağlık Bakanlığı'nın planlama, yönetim ve denetleme kapasitesini güçlendirerek söz konusu program ile sağlanan başarılarının süreklilik kazanılmasıydı.*”

Bu çerçevede 02.11.2012 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile “Bakanlık teşkilatı ve bağlı kuruluşların yeniden yapılandırılması” sürecini başlattıklarını açıklayan Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri sunumunda sağlanan iyileşme ve gelişmeye paralel olarak Bakanlık ve bağlı kuruluşların yeniden yapılandırılması gereği doğduğunu belirtmektedir. Bakanlık, bu gereklilikten hareketle, politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan; politika belirleme ve sistem yönetiminin esas alındığı kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki idarecilerin karar verme imkânlarını arttırmayı amaçlayan yatay yapıya geçtiğini duyurmuştur. Temelde iş yapma biçimlerinin yeniden tanımlandığı bu değişim sürecinde,

kamu ve özel sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi için icracı birimlerle, politika yapan ve düzenleyen birimler ayrıştırılmıştır. Bu kapsamda yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulmasının yanı sıra taşra teşkilatları da yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca taşınır, taşınmaz ve personel devri işlemleri ile mevzuat güncellemeleri tamamlanarak ikincil mevzuat da oluşturulmuştur. Hizmetlerin daha etkili ve verimli sunumu için bürokrasi ve yönetim kademeleri azaltılarak, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolarda düzenlemeler yapılmıştır. Hastaneleri ve benzeri sağlık kurum ve kuruluşlarını, maliyet ve etkinlik açısından daha etkin yönetebilmek için Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur.<sup>(7)</sup>

İstanbul, Ankara ve İzmir’de birden fazla birlik kurulmuş olup şu anda 81 ilde toplam 87 Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuştur. Daha önce de açıkladığımız gibi Kamu Hastaneleri Birliğince idari yapıda yaşanan değişikliklerle yöneticilerin görev tanımları ve iş alanları yeniden yapılandırılmıştır. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmakta olup genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır.

Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmet başkanlıkları oluşturulmuştur. Birliğe bağlı hastaneler ise hastane yöneticileri tarafından yönetilecek olup hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari-mali işler, sağlık bakım hizmetleri ve otelcilik müdürlükleri kurulmuştur. Ancak birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilmektedir.

Yeni sistemle gelen en önemli değişikliklerden biri, hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu birliklerin yöneticileri ile birlik çatısı altında çalışan uzman ve büro

personelinin sözleşmeli çalışan statüsü haline dönüşmesidir. Görev tanımlaması yapılmasıyla, daha önce hastanelerin yönetiminden sorumlu olan başhekimler bundan sonra artık hekimlik hizmetlerinin ve tıbbi hizmetlerin sorumlusu olacaktır.

Ayrıca önemli parametrelere göre puanlamanın esas alındığı karne sistemi ile (Önemli parametre ile kasıt örnek: çalışanlar ile hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi tıbbi hizmetin kalitesi gibi) tüm sözleşmeli yöneticilerin başarıları takip edilecek ve belirtilen olmazsa olmaz parametrelerde başarı gösteremeyen yönetici başarısız sayılacak, sağlıkta ciddi sorunlara sebebiyet verecek yöneticilere ikinci bir şans verilmesinin önüne geçilmesidir.<sup>(8)</sup>

Daha önceki bölümlerde de bahsettiğimiz gibi gerek "Sağlıkta Dönüşüm Programı" gerekse programın en önemli parçası olan "Kamu Hastaneleri Birliği" çalışmaları, insan odaklı bir uygulama olup vatandaş memnuniyetinin artırılması temel unsur olarak benimsenmiştir. Kamu Hastane Birliklerinin kurulması, dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin yerleşmesi konusunda "insan odaklı bir sistem", "erişilebilir ve hizmette kalite" gibi koşulların yerine getirilmesine ve ülkemizde uluslararası sağlık standartlarının en etkin şekilde kullanılmasına katkı sağlamıştır.

## Değerlendirme

Sayıştay Başkanlığı'nın 2005 yılında doğrudan Sağlık Bakanlığı ve bağlı hastanelerine yönelik yayımladığı rapor, ele almakta olduğumuz Kamu Hastaneler Birliğinin kuruluşu ve yapısı hakkında bizlere etkili bir referans kaynağı teşkil etmektedir. Raporun ikinci sayfasında ortaya konan görüş ve öneriler, Kamu Hastaneler Birliğinin neden merkezi otoritenin kapsayıcı etkisinden sıyrılarak modern ve işlevsel hale gelmesi gerektiğine dair güçlü bir tespit yapmaktadır. Raporda şöyle denmektedir: "*Hastaneler, yönetim faaliyetlerini yürütürken stratejik planlama yaparak orta ve uzun vadeli amaçlarını, hedef ve önceliklerini, bunlara ulaşmak için nasıl bir yol izleneceğini ve performans ölçütlerini belirlemeli, kaynakların dağılımını planlanmalıdır. Bu çerçevede somut hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını ölçen performans raporları hazırlanarak izleme ve değerlendirme yapılmalıdır. Takip eden yılın planlarında bu raporlardan yararlanılarak hedeflere ulaşmayı engelleyici faktörler belirlenmeli, bunların etkilerini ortadan kaldıracak veya en aza indirecek önlemler alınmalıdır*".<sup>(9)</sup>

## Daha az bürokrasi daha fazla hizmet

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında

devletin sağlık hizmetlerinde oynadığı geleneksel rolü terk etmesi ve sadece sağlığın üretimi ve finansmanı üzerine odaklanarak kural koyucu, denetleyici olması, yerinden yönetim hedefiyle kurgulanmış bu yapı şu an itibarıyla tüm birimleriyle amacına hizmet edebilmesi için bürokrasi azaltılmalı ve merkezi yönetimin periferide atadığı yöneticilere güvenmesi, gerekli yetki devrini, denetleyen ve kontrol eden unsurlarını artırarak olabildiğince devretmesi henüz sağlanabilmiş değildir. Mevcut haliyle dahi önceki durumla karşılaştırılmaz düzeyde hizmet sunumu ve finansal avantajlar elde edilmesine rağmen beklenen sıçramanın gerçekleşmesi, ancak yetki devriyle mümkün olabilir. Kamu Hastane Birliği yönetimlerinin yetkiyi eline alma gerekçelerinin benzer nedenlerle hastane idareleri tarafından arzulandığı dikkatlerden kaçırılmamalı, standart hizmetleri yerel düzeyde kendi anlayışlarını yansıtarak yürütmelerine fırsat verilmelidir. Teorik hedeflerin pratiğe geçirilmesinde kamuya yerleşmiş ve eskiye oranla zayıflamakla beraber etkisi yok olmamış bürokrasi engelini aşmaya yönelik çabanın ilk basamağı bu olmalıdır. Kamunun yetkiyi elde tutma alışkanlığının, oluşturulan her yeni yapıya bulaşma kabiliyetinin çok yüksek olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

## İhtiyacımız olan şey: Ayrışma değil birlikte çalışma kültürü

Yeni tesis edilen Halk Sağlığı Müdürlüğü ile birlikte oluşan üçlü yapının bürokrasi oluşturmasına fırsat verilmemeli, her kuruluşun kendi alanında yetkisini kullanarak birlikte çalışması gereken alanlarda maksimum işbirliği ilkesini bürokrasinin insafına terk etmemesi ve yapının çatışmalı alanlardan uzak tutulması ortak hedef olmalıdır. Yapıda kanun öncesinde var olan Sağlık Müdürlüklerinin eski etkinliğini koruma ya da yeniden tesis etme yönündeki uygulamalardan uzak durulmalı, fakat ilin tümünün planlanmasında ve hizmet bütünlüğünün tesisinde sağlık müdürlüğünün abi, hakem ve denetleyici rolü mevzuatla güçlendirilerek mutlaka korunmalıdır.

## Kamusal alanda finansal özerklik hizmet kalitesinin yükselmesinin anahtarıdır

Kamu Hastane Birliklerini zincir hastane gruplarına benzetebiliriz. Hastanelerin işletme maliyetlerinin azaltılması, personelin verimliliğinin artırılması, ihtiyaç olması durumunda yerel sağlık politikalarını mikro çevrede genel çerçeveden sapmadan etkinliğini artıracak şekilde farklılaştırılarak uygulama esnekliğine sahip olunması gibi kamu adına ciddi fırsatların ortaya çıkarılması

ve en önemlisi finansal sürdürülebilirliğin elde edilebildiği nihai hedefe taşınması bu güne kadar olduğu gibi kanunda öngörüldüğü üzere bundan sonra da hizmet verilen uç birimlerin sisteme ortak edilmesiyle sağlanabilir.

Mevcut yapının başarısını ölçen parametrelerden merkezi kararların etkisi ile değişebilenler çıkarılmalı ve merkezi kararlarla değişenlerde mutlaka etkisi oranında verimlilik çarpanında yerini almalıdır. Merkezi iradenin uygulamalarının olumlu ya da olumsuz etkileri verimlilik değerlendirmesinin dışında tutulmalıdır.

## Yerel düşünüp bütüncül hareket edilmeli

Kamu hizmetlerinde beklenen hızı ulaşılamamasının önünde birçok engel bulunmaktadır. Hizmetlerin yerel talep ve gerçek ihtiyaçlara uygunluğunun sağlanmasının zorluğu, günlük bürokratik işlemlerin yöneticilerde sebep olduğu iş ve motivasyon eksiklikleri, yükselen beklentinin karşılanması bir yana sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonlarından geri kalınması riski, tüm bu süreçlerin yakından izlenebilmesindeki yavaşlama, desantralize yapı bile olsa merkezi modellerin en önemli hastalığı olan yönetim anlayışının ortak akıl yerine akla ortak etme gibi bir yapıya dönüşmesi ihtimalleri akıldan çıkarılmamalı ve Sağlıkta Dönüşüm kapsamında kurgulanmış olan Kamu Hastane Birliklerine en kısa zamanda arzulanan işlevselliğinin kazandırılması hepimizin temel hedefi olmalıdır.

## Kaynaklar

1) Ateş H., Kırılmaz H., Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği. Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği, Aydın A.H., Taş İ.E., Kılıç M., Gül Z., Ed., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Kahramanmaraş, 218 220, 2010.

2) a.g.e.

3) World Bank (1994), Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project, Washington, DC.

4) Kılıç, Taşkın, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Sistemini son 10 Yılı. <http://www.saglikpersoneli.net/saglikta-donusum-programi-ve-saglik-sisteminin-son-10-yili-makalesi-16.html> (21.08.2013).

5) Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C Sağlık Bakanlığı.

6) a.g.e

7) 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Getirdiği Yenilikler. <http://ermenek.wordpress.com/tag/sigorta/> (Erişim tarihi: 20.08.2013).

8) Hastanelerde Yeni Dönem. Hürriyet Gazetesi.

<http://www.hurriyet.com.tr/saglik/21835277.asp> (Erişim tarihi: 22/08/2013).

9) Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, T.C Sayıştay Başkanlığı, Performans Denetim Raporu, 2005.