

# 663 KHK ve yeni doğmuş bebek koşar mı?

**Doç. Dr. Kemal Memişoğlu**



1966 yılında Trabzon'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Okmeydanı Eğitim Hastanesi'nden 1995 yılında Genel Cerrahi Uzmanlığını aldı. 1996-1998 yılları arasında SSK Konya Ereğli Hastanesi, PTT Hastanesi ve Bursa Askeri Hastanesinde Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yaptı. 1999-2000 yıllarında Miami Üniversitesi Karaciğer ve Gastrointestinal Transplantasyon ünitesinde bulundu. 2002 yılı sonunda PTT Hastanesine Başhekim olarak atandı. 2008 yılında Genel Cerrahi Doçenti oldu. 2007 yılında Beykent Üniversitesinde başladığı Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans eğitimini 2009 yılında bitirdi. 10 yıl İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesinin Başhekimi olarak görev yaptı. Kasım 2012'de İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanı olarak atandı, hâlihazırda bu görevi yürütmektedir. Dr. Memişoğlu, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

**S**on 10 yılda Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve parametrelerindeki gelişme, toplumdaki memnuniyet oranlarını çok artırdığı gibi dünya sağlık sektöründe de örnek bir gelişim süreci olarak dikkat çekmiştir. Bu gelişim; yapısal dönüşümden çok, merkezi yapının olabildiğince etkin hale gelmesi ve performans dayalı ödeme sisteminin yerleşmesi neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu süreçte yöneticilerin farkındalığının artması ile Sağlık Bakanlığı yapısındaki yönetsel değişim gerçekleşmiştir. Hastane kalite sistemleri ve yönetici performansları ile gelişim desteklenmeye çalışılmıştır. Ancak merkezi yapılanmanın hantallığı, denetleme, politika oluşturma yetkisi ile hizmetin aynı elde toplanmasının yarattığı etkileşim ve sorunlar, yeni yapısal değişik zorunluluğunu ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı, politika belirleyen ve denetleyen, bunun yanı sıra hizmeti verenlerle de ilgili olan bir kuruluş yapısı oluşturmayı amaçlamıştır.

2003 yılında 59. AK Parti hükümeti tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlayan değişim süreci sonucunda; 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)" ile Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı önemli bir yönetsel yapılanma sürecine girmiştir. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK" ile yönetilen Bakanlık, yeni yapılanma ile özellikle yataklı tedavi hizmetlerinde hizmet sunan bir konumdan, strateji ve hedefleri belirleyen, düzenleme ve koordinasyon yapan bir konuma geçmeyi öngörmüştür. Yapısal, yönetsel ve eğitsel anlamda birçok değişime uğrayarak;

Bakanlık Hizmet Birimleri, Şura ve Kurullar, Bakanlık Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar olarak yapılandırılmıştır.

Bakanlık Hizmet Birimleri;

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
3. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü,
4. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,
5. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü,
6. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü,
7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü,
8. Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı,
9. Strateji Geliştirme Başkanlığı,
10. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
11. Özel Kalem Müdürlüğü'nden oluşturulmuştur.

Bakanlığa bağlı "Taşra Teşkilatı" ise İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Müdürlükleri olarak yapılandırılmıştır. Sağlık Politikaları Kurulu, Sağlık Meslekleri Kurulu yeni oluşturulurken, bunların dışında daha önceden de var olan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası varlığını korumuştur. Yeni bir uygulama olarak "Uzlaşma Prosedürü" oluşturulmuştur. Böylece sağlık mesleklerinin uygulanmasından dolayı zarara uğradığını iddia edenlerin dava açma süresi içerisinde; maddi ve manevi tazminat talebinde bulunan kişi, zarar verdiği iddia olunan ilgili meslek mensubu ve "mesleki mali sorumluluk sigortası" yapan sigorta şirketinin temsilcisi, Bakanlık tarafından davet edilerek uzlaşma sağlanmasının yolu açılmıştır.

## Bakanlığa bağlı kuruluşlar

**1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu:** Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmek, halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek ve bunlarla ilgili gerekli düzenlemeleri yapmak üzere kurulmuştur.

**2. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu:** İlaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmak üzere kurulmuştur.

**3. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü:** Uluslararası öneme haiz halk sağlığı risklerinin ülkemize girmesini önlemek amacıyla, uluslararası giriş noktaları ve gümrük alanlarında gerekli her türlü sağlık tedbirini almak veya aldırarak, halk sağlığını etkileyecek etkenlere karşı alınacak kontrol önlemlerinin standardını belirlemek, belgelendirmek, denetlemek için kurulmuştur.

**4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu:** İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak amacı ile Bakanlığın ilgili kurumu olarak kurulmuştur.

Yapılanma bu şekilde değiştirilirken yönetsel olarak hiyerarşik düzenden matris düzene yani yatay yetki paylaşımına geçil-

miştir. İl Sağlık Müdürü; Vali müşaviri, acil hizmetleri sorumlusu, il düzeyinde sağlık sisteminin Bakanlık adına denetleyicisi ve koordinatörü olarak tanımlanmıştır. Bunun yanında hizmet yürütücüleri olarak temel sağlıkta Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı İl müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri'ne bağlı "hastane birlikleri ve genel sekreterlikleri" oluşturulmuştur. Genel sekreterlik bünyesinde; sekreterin sorumluluğunda olan ve kendisine bağlı birlik politikalarını ve işlemlerini yürüten Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler ve Mali Hizmetler Başkanlıkları oluşturulmuştur. Hastane bazında ise; yeni yetki alanı olarak "hastane yöneticisi" ve onun altında üçlü yapı kurularak hekimlerden sorumlu Başhekim, sağlık bakımı, hemşire ve diğer sağlık hizmetlerinden sorumlu Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, mali idare hizmetlerinden sorumlu İdari ve Mali Müdür görevlendirilmiştir. Bazı hastaneler için 4. müdürlüğün oluşturulabileceği öngörülmüş ancak söz konusu KHK'de hangi göreve yönelik olduğu tanımlanmamıştır. Klinik düzeyde ise; özellikle eğitim araştırma hastanelerinde hem idari hem de eğitim yetkileri olan klinik şeflikleri kaldırılarak, onun yerine eğitimden sorumlu "eğitim görevlileri" ve klinik yönetiminden sorumlu "idari sorumlu" görevleri tanımlanmıştır. Başasistan ve eğitim görevlisi atamaları kanunla düzenlenmiştir. Eğitim için eğitim kurulu oluşturulması öngörülmüş ancak detaylı bir tarif yapılmamıştır. Yönetmelikte en büyük değişiklik ise; kamu hastanelerine bağlı birlik ve bünyesindeki hastanelerdeki tüm yöneticilerin en fazla üç yıl süreyle sözleşmeli pozisyonunda istihdam edilmesi ve bu yöneticilerin verimlilik karneleri ile değerlendirilerek hastane ve birliğin performansına göre ücret alması, düşük performanslarda ise sözleşmelerinin feshedileceği hükümleri olmuştur.

Kanunun sonrasında ilk yapılanma; Bakanlık merkezi teşkilatlanmasıyla başlamış, daha sonra ilgili kuruluşlar olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yapılanması ile devam etmiş, en son Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve teşkilatlarının 2 Kasım 2012 tarihi itibarıyla kuruluş işlemleri ile tamamlanmıştır. Ancak bu süreç içinde ve sonrasında, birçok tartışma ve belirsizlikler de ortaya çıkmıştır.

663'ün ana yapısında öngördüğü Bakanlık ve taşra teşkilatları ile ilgili kuruluşların ayrılışı aşamasında; aynı yapı içindeki personellerin bölüştürülmesi ve ilgili kuruluşların müsteşar yardımcılarına bağlanması, bu ilgili kuruluşların sanki Bakanlığın yeni genel müdürlükleriymiş gibi algılanmasına neden olmuştur. Bununla birlikte taşra teşkilatlarında görev tanımları, ilişkiler ve yetkiler ikincil mevzuatla tanımlanmadığı için çatışmalar ve yetki karmaşaları oluşmuştur. Zaten hiyerarşik yapıya alışmış personelin yatay yetkilerle

matriks yapıya geçişindeki zorluk bu tanımlamaların yapılamamasıyla daha da çatışmalı ve zor hale gelmiştir. Sorunlar sadece ilgili kuruluşların yapılanmasında değil, Bakanlık merkez teşkilatında oluşturulan genel müdürlükler arasında da yaşanmıştır. Son olarak birliklerin oluşumu ile çatışmalar ve sorunlar daha da karmaşık hale gelmiştir.

Kanunun öngörülerinin tersine;

- Sekreterlerin yetki ve protokol sıralamalarındaki belirsizlikleri,
- Merkezin her türlü tasarrufu (işçi alımından cihaz yatırımına ve bütçe oluşumuna kadar) elinde bulundurması,
- Personel atamaları ve birlik içindeki görevlendirmelerindeki yetki sorunu,
- Performans sisteminin birlik yapısına göre oluşturulmaması,
- Yönetici ücretlerinin düşüklüğü sorunları daha da büyütülmüştür.

Böylesi büyük yapısal ve yönetsel değişimlerde sorunların ve çatışmaların çıkması doğaldır. Yeniden yapılanmaya belli süreç ve zaman verilmelidir. Yeni doğmuş bir bebeğin hemen koşmasını beklememek gerekir. Eleştirilerimizi ve uygulamalarımızı yaparken sistemin büyük bir değişim geçirdiğini bunun belli bir zaman gerektirdiğini unutmamalıyız. Sağlık Bakanı değişiminin ve yaşanan değişim sürecinin hizmetleri aksatmasına meydan vermeden planlama ve uygulama stratejisinin ayrıntılı yapılması gerekir. Değişim süreçlerinde belli bir deneme süreci yaşamadan ana politikalarda yapılacak geri dönüşlerin daha büyük sorunlar yaratabileceği bilinmelidir. Bakanlık, il ve hastaneler bazında oluşturulan üçlü yapıların ve yatay yetkilendirmelerin tam olarak yerleşebilmesi için yöneticilerimizin mantıklarının da değişimi gereklidir. Yöneticilerimizin şimdiki kadar üst alt ilişkisiyle kullandıkları yetkilerini, daha paylaşımcı ve iletişime dayalı yatay ve eşit olarak paylaşmaya alışmaları gereklidir. Bakanlık veya kuruluşlar iş odaklı bir yetkilendirme yönetimi geliştirmelidir. Çünkü sistemdeki başhekimlerin çok büyük bir kısmı yöneticiliği çok iyi bilmekte bunun yanı sıra hastane yöneticilerimizin de çok büyük bir kısmı başhekimliği de bilmektedir. Böylece bazen hastane yöneticisi, başhekimin işini yapmakta bazen de başhekim, hastane yöneticisinin işini yapmaktadır. Bu durum yetki kargaşasına neden olmaktadır. Daha önce il sağlık müdürlüğü bünyesinde çalışan birçok yönetici ve personel, bugün için genel sekreterlik veya halk sağlığı hizmetlerinde görev almakta, hala eski sistemdeki alışkanlıklarını devam ettirmektedir. Sonuçta eski akıl yürütme yöntemlerini yeni sisteme adapte etmeye çalışmaları neticesini doğurmaktadır. Verimlilik karnelerinin geçiş sürecinde dikkate alınabileceği duygusu ise, maalesef karnelere daha fazla odaklanılmasına neden olarak bu

durum yeni yapılanmanın yerleşmesinin önüne geçmiştir. Şu an için karne değerlendirme verilerinin sağlıklı olmaması ve parametrelerinin hatalar içermesi sistemi daha da çıkılmaz hale getirmektedir.

Yeni sistemin her ne şekilde olursa olsun başarılı olacağına kişisel inancım sürmektedir. Geçiş sürecinin ne kadar zaman alacağı;

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Performans sistemi
- Kaliteye dayalı ödeme sistemi
- Personel denetleme ve disiplin işlemleri
- Yetki ve iş tanımları gibi ikincil mevzuatların birlik ve kanun mantığına uygun yeniden çıkarılmasına bağlıdır.

Daha önceki yazılarımda da belirttiğim gibi hizmetin sunumunda merkezin etkinliği azaltılmalıdır. Özellikle personel atamalarının ve kadrolarının merkezden tahsisi, mali yapının merkezce onaylanıyor olması ve sağlığın özellikle sarflarının kamu ihale kanununa dâhil olması, kendi kendine yönetimin gerçekleştirilmesinde zorluklara neden olmaktadır.

Verimlilik karneleri, hizmet sunumu hacmiyle beraber hekim ve sağlık çalışanlarının memnuniyetlerine göre planlanmalı, hasta güvenliğinin ön planda tutulacağı, doğru ve zor tedavinin ödüllendirileceği, eşitlik ilkesinin benimsendiği, kişiselden çok grupsal bir ödeme planı içeren bir performans sistemi şeklinde revize edilmelidir.

Son olarak, maddi öncelikler tedavi önceliklerinin önüne geçirilmemelidir ve hem hastalarımız hem yöneticilerimiz hem de sağlık çalışanlarımız yaşamın ve sağlığın en önemli maliyet olduğunu öncelik edinmelidir. Türkiye, sağlık alanında son 10 yılda çok büyük başarılar elde etmiştir ancak bu yeterli değildir. Geçmiş 10 yıldaki emeklerimiz hastaların sağlığına erişimini kolaylaştırmıştır. Bundan sonraki 10 yılın çok isabetli hedefler konularak planlanması doğru ve iyi tedaviye de daha kolay erişimimizi sağlayacaktır.

## Kaynaklar

663 Sayılı KHK Hakkında Rapor (Kasım 2011): HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Demeği) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu Raportör: Doç. Dr. Bülent Kılıç (Dokuz Eylül ÜTF) C:\Users\ Pc\Desktop\Sd663sonu\ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Htm (Erişim tarihi: 17.06.2013)

Memişoğlu K. Hekimin Çalışma Ortamını Düzeltmek Her Girişim Zamanla Memnuniyeti Arttırır, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, sayı: 14. Sayfa 20-21, (2010)

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete 18251-14 Aralık1983

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete 28103-02 Kasım2011