

Sağlık Kongresi Hastane Yönetimi Raporu Üzerine

Dr. Celal MESTÇİOĞLU*

GİRİŞ

Sağlık Bakanlığının organize etmiş olduğu I. Sağlık Kongresine Hastane Yönetimi Grubu tarafından hazırlanmış olan rapora iki şekilde yaklaşılabilir.

1. Biçim olarak: Hastane Yönetim Grubu tartışma soruları ile açılmak istenen perspektife (belki de çok fazla yönlendirici olmasından dolayı) bağlı kalmaksızın hazırlanmış olan rapor kendi sistematikliğini de kuramamıştır. Bu nedenle birçok konuya değinmekte fakat sorunların sıralanışı, öncelikler ve belirlenen çözümlerin uzun erimli, kısa erimli değerlendirilmesi gibi yönetsel yaklaşım eksik kalmaktadır.

2. İçerik olarak: Raporun tümü dikkate alındığında bütüncül yaklaşım gözden kaçırılmış, durum tespitlerinde kolaycılığa kaçılmış ve elde olan verilerin değerlendirilmesi de bu nedenle eksik kalmıştır. Örneğin raporun ilk sayfasında 5. paragrafta elde olan verilerin hastane verimliliğini, etkinliğini çağdaş anlamda saptamada yetersiz olduğu söyleniyor. Oysa ki rakamlar elimizdedir ama yorumu yapıp anlamlandırılmamış, sorunun kaynağına incek vurgu eksik kalmıştır. Ek 2 de verilen tablo incelendiğinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki polikliniklerde görülen 100 hastanın 5-6'sı yatırılıyor olmasına rağmen yatak işgal oranı : 54.7, üniversite hastanelerinde yapılan polikliniklerde görülen 100 hastanın 10'u yatırıldığı halde yatak doluluk oranı % 58.3, özel hastanelerde ise 100 poliklinik hastasının 27-30'u yatırıldığı halde yatak işgal oranı : 23.4 dür. Bu rakamlar ek 1'deki tabloyla karşılaştırıldığında bu belirgin farkın özel hastanelerdeki fazla yatak sayısından değil (özel hastanelerdeki yatak sayısının genel dağılıma oranı % 3.12, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki yatak sayısının genel dağılıma oranı ise % 51.94 dür), devlet hastanelerinin, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki bozukluklardan ve kültürel alışkanlıklardan dolayı poliklinik hizmeti veren kurumlar haline geldiğinin göstergesi olmaktadır. Bu da hastane etkinliğinin ve verimliliğinin incelenmesinde önemlidir.

Fakat bu eleştiri, finansman konusundaki sorunların belirlenmesi için verilerin eksik olduğu noktasında geçerli değildir. Evet, sağlık hizmetlerinin maliyet analizi ülkemizde hiç yapılamamıştır. Çünkü çağdaş muhasebe kuralları hastanelerimizde

geçerli değildir. Muhasebeye sadece genel bütçe tahsislerinin ya da döner sermaye gelirlerinin o mali yıla denk olarak harcanmasının kayıtlarının tutulması olarak bakılmaktadır. Özel sektörde ise sağlık yöneticisi eksikliği ve belki de lüzumsuz görülmesi nedeniyle hastane kayıtları yetersizdir, bu nedenle maliyet analizlerine göre hareket edilmemekte neye göre yapıldığı belli olmayan fiatlandırmalar yapılmaktadır.

Sorunlar:

Raporda sorunların saptanması konusunda da sistematik yaklaşım eksikliği gözlenmektedir. Sağlık politikalarının bütün olarak ele alınması ve bu bütün içindeki hastane sorunlarına yaklaşım net değildir. Bu nedenle, bence sorunları:

I. Makro düzeyde; aşırı merkezileşme ve ülke genelinde uygulanan politikalardan kaynaklanan sorunlar,

II. Mikro düzeyde; ise hastane yönetim ve organizasyonundan kaynaklanan sorunlar olarak ikiye ayırmak daha doğru olacaktır.

Bu bakışla tartışma soruları bölümündeki "B bendi" içinde yer alan 1., 2., 3. ve 4. sorular I. bölümde belirttiğim sorunlarla 5., 6., 7. ve 8. sorular ise II. bölümdeki sorunlarla ilgilidir.

I. Aşırı merkezileşme ve sağlık politikaları ile ilgili sorunlar:

Raporda merkeziyetçiliğin varlığı ve hastanelere yansıyan zararlı etkilerinden söz edilmekte fakat baştan beri anlattığım sistematik bakış eksikliği bunları havada bırakmaktadır.

Öncelikle Türkiye'deki sağlık örgütlenmesini analiz etmek gerekir. Türkiye'de bölge esasına dayalı merkezi bir yapı vardır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını, Valilik ve Sağlık Müdürlükleri taşra teşkilatını (bölge), hastane ise hizmet birimini oluşturmaktadır. Bu sistem içinde tüm yetkiler, stratejinin belirlenmesi, hedefler oluşturulması vb. merkez teşkilatına verilmiştir. Sistem ne kadar bölge esasına oturtulmuş olursa olsun kararların tümü merkezde alınıp uygulanır. Ankara'da bir masanın arkasındaki bürokrat Hakkari'deki hastanenin ne kadar nohut alacağına karıştığı ve hatta belirlediği gibi başka bir yörede örneğin Eskişehir Devlet Hastanesinde Kadro Kıstas Kanununa göre 1 dış hekimi kadrosu olan hastaneye 15 dış hekimi atanmaktadır. Bu ve benzeri örneklerden de görüleceği gibi sağlık organizasyonu bürokrasinin-siyasetin içine alınmıştır. Bu da kaynakların, hastanelerin akılcı kullanımını engellemekte, maliyetleri artırmaktadır.

Ayrıca raporda hemen hemen hiç söz edilmeyen, organizasyon ilkelerinin neredeyse hiç birine uymayan Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği (Y.T.K.Y.) hastane yönetimini bağlayıcı olmasına karşın işletme bilimine ters, yerine göre gereksiz ayrıntularla, yerine göre eksikliklerle doludur.

* İstanbul Tabip Odası

Bu derece aşırı merkeziyetçiliğe rağmen, suistimallere açık bir idari denetim dışında tıbbi-bilimsel bir denetim ön görülmemiş, bu denetim tümüyle başhekime bırakılmıştır. Y.T.K.Y.'de başhekime gerçekte yerine getiremeyeceği birçok görevler yüklenildiğinden -yönetim deyimiyle- yönetim alanı çok geniş tutulduğundan, bir standartlar ve raporlama sistemi bulunmadığından herhangi bir mesleki denetim gerçekleştirmediği gibi, yer yer organizasyonel bozukluklara, yetki karmaşasına rastlanmaktadır.

Tüm bunların yanında ülke koşullarına uygun olmayan meslek eğitimlerinin verilmesi ve tercih yanlışlıklarının yanısıra; mezuniyet sonrası eğitim, hizmet içi eğitim, sürekli eğitim diyebileceğimiz eğitsel süreçlerin ya hiç olmaması ya da organizasyonunun bozukluğu ve bu konuda hastanelerden yeterince faydalanılmaması raporda rastlayamadığımız bir başka sorundur.

II. Hastane yönetim ve organizasyonundan kaynaklanan sorunlar:

1) Örgüt içi deneyim eksikliği, merkezi denetim eksikliğinin yanısıra rapordaki eksikliklerden biridir. Y.T.K.Y.'de işlev yüklenen kurullar oluşturulmuşsa da, bunlara yeterli yetki verilmemiş, sorunları bir üst kuruma raporlama düzeni kurulamamıştır. Ayrıca organizasyon ilkelerine de uyulmayarak bu kurullarda yer alan kişiler denetleyecekleri kişilere bağlanmışlardır.

2) Tüm yetkiler başhekime verilmiş ve başhekim tek yetkili kılınmıştır. Bu da, katı otorite kurallarını getirmiş, başhekimin yönetim-denetim alanının genişliği, bu makamın temel fonksiyonu olan tıbbi koordinatörlüğü gerçekleştiremez hale getirmiştir. Ayrıca hastane müdürü ile başhemşirenin başhekime bağlanması, otorite karışıklıklarına ve organizasyon bozukluklarına neden olmaktadır. Üst yönetimdeki bu organizasyon bozukluklarından kaynaklanan problemler de raporda yoktur.

3) Belki de en fazla gelişen bilim dallarından biri olan tıp alanında yeni oluşan uzmanlaşma ve iş bölümünü Türkiye'deki hastane organizasyonu karşılayamamaktadır. Raporda sözü edilen fakat kaynağı belirtilmeyen bu konu, tıp alanında oluşmuş ve oluşacak yeni meslek alanlarının gelişmesine ayak uydurabilecek dinamik, rasyonel, iş-görev analizlerinin ve iş tanımlarının yapılabileceği bir yapı oluşturulamamış olmasından kaynaklanmaktadır. Y.T.K.Y.'nde yer yer iş tanımlarına rastlanmaktadır fakat çok yetersizdir, olanlar ise ya gereksiz ayrıntılara boğulmuş ya da eksiktir.

4) Yetki ve sorumluluk denkliği ilkesinin, hastanelerde olmaması, bir diğer sorundur.

5) Raporda, organizasyon içindeki mevcut organların, hizmetler arasındaki koordinasyonu ve haberleşmeyi sağlamadaki yetersizliğinden söz edilmesine rağmen, bu durumun maliyetleri artırıcı, hizmetler aksatıcı, kaynak israfına neden olan yanı sıra eksik kalmıştır.

Öncelikler ve Çözüm:

Raporda çözüm bölümü incelendiğinde, bazı önemli, ana noktalara değinilmiş ve çözümler önerilmiş olmasına rağmen, yaklaşım eksikliği, iki temel yanlış ve kargaşa gözlenmektedir.

Tam bu noktada örnekler vermek gerekiyor sanırım. Var olan kargaşaya bir örnek çözümlerin son paragrafından verilebilir. "Hastanelerin iç yönetiminde demokratik, yerinden yönetilen, merkezden denetlenen kurumlara dönüşmesinden" söz ediliyor. Fakat paragrafın devamında "Hastanelerin kendi yönetim ve denetim yapılarını oluşturmuş sağlık işletmelerine dönüşecekleri" de ifade edilmektedir.

İki ana yanlışta gelince; tüm hastanelerin ne olduğu yeterince açıklanmayan otonom yönetim birimlerine dönüştürülmesi önerilmektedir. Oysa ki aralarında teknik, personel, mali denklik olmayan hastanelerin birbirleriyle serbest piyasa koşullarında rekabeti düşünülemediğinden hastalar, teknik olanakları, "meşhur" doktorları daha fazla barındıran hastanelere akacaktır. Sonuçta da birçok Doğu ilindeki hastanelere, ağırlıkla toplumun düşük gelirli en alt kademelerine hizmet veren bazı sağlık kurumlarına (örn. Cüzzam Hastaneleri) kilit vurulacaktır. Ayrıca raporda bu geçişin gerçekleştirmediği ara dönemde, döner sermaye saymanlıklarının Sağlık Bakanlığı kadrosuna alınması gerektiği söylenmektedir. Oysa ki, saymanlığın hastane dışından denetimi nedeniyle eksik gedik de olsa, bazı kurumlarda zorlukla da olsa, belli kurullar dahilinde harcamaların yapılması sağlanmaktadır.

Yaklaşım eksikliği konusunda ise; birbirinden tam bağımsız olmayan ancak herhangi bir organizasyon modeli geliştirilirken ya da organizasyon dizaynı yapılırken tepeden aşağıya (tümdengelimci yaklaşım), ya da aşağıdan yukarı doğru (tümevarımcı yaklaşımla) hareket edilmesinin gerekliliğine dikkat edilmemiştir. Bence iki nedenle birinci yöntem (tümdengelimci) tercih edilmelidir. İlki, bu yönetimin daha pratik oluşudur. Bugün Türkiye'deki hastanelerin büyük bir kısmı, kamu kuruluşlarının mülkiyetinde olup, belirli bir merkeze bağlı olarak taşra teşkilatı içinde organize edilmişlerdir. Dolayısıyla, merkezden hastanelere inen bir organizasyonun dizaynı, ulaşılmak istenen sonuçlar açısından daha pratiktir. Ayrıca mevcut organizasyon yapısından hareket edileceğinden yeni değil, yeniden bir organizasyon (reorganizasyon) söz konusu olacaktır. İkinci neden ise hastanelerin organizasyon yapılarının, bütçelerinin, işleyiş kurallarının ve takip edilecek prosedürlerinin dahi kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgelerle merkez teşkilatı tarafından belirlenmesidir. Dolayısıyla, hastane organizasyonunda karşılaşılan temel sorunların kaynağı da merkez teşkilatı ve onun altında yer alan diğer üst kademe yönetim organları olmaktadır.

Bu yaklaşımla hareket edildiğinde organizasyon: Sağlık Bakanlığı-Valilik ve Sağlık Müdürlükleri Hastane Konseyi-Komiteler şeklinde yeniden oluşturulmalıdır. Görüldüğü gibi merkez ve taşra teşkilatı aynı kalmaktadır, fakat iç yapılar değiştirilmelidir. Bakanlık teşkilatında makamların yönetim alanı daraltılmalı, denetimi sağlayacak Hukuk Müşavirliği, Teftiş Kurulu, Yüksek Sağlık Şurası ve Sağlık Yüksek Koordinasyon Kurulu kurmay organlar olarak Bakanlığa bağlanmalıdır. Böylelikle Bakanlığın yönetim alanı daraltılacağı gibi, haberleşme ve koordinasyon olanakları da kolaylaşacağından duplikasyonlar azalacak, etkinlik artacaktır. Ayrıca Hastane Konseyini oluşturan Başhekim, Başhemşire ve Hastane Müdürünün aralarında tam anlamıyla bir iş ortaklığı, meslektaşlık ilişkisini (partnership) sağlamak üzere hemşirelik hizmetleri genel müdürlüğü, tıp ve yardımcı tıp hizmetleri genel müdürlüğü, mali-destek hizmetleri genel müdürlüğü şeklinde fonksiyonel birimler oluşturularak eşit statü ile Bakanlığa bağlanmalı ve il sağlık müdürlüklerine aynen yansıtılmalıdır. Bunların dışında 2 daire başkanlığı (Eğitim ve AGPK) ile beraber 5 fonksiyonel birim (şu anda 10'un üstündedir) bir alt organ olarak direkt bakanlığa bağlanmalıdır.

Ana hatlarıyla bu biçimde çizebileceğimiz organizasyon, raporda da söylenen birinci basamak hizmetlere önem verilmesini sağlayacak düzenlemelerin oluşturulması ve hastane içinde işlevsel kılınmış komitelerin vb. organların yapılandırılmasıyla sanırım hastane işletmelerimiz 2000'li yıllara hazır olabilir.

Psikiyatride Diyagnozun Anlamı

Doç. Dr. Ali N. BABAOĞLU*

Sağlıkçılık sanatı, bu sanatı uygulayanların el-yordamıyla uygulanmaktan kurtulup da onsekizinci, ondokuzuncu yüzyılların bilimsel devrimine katıldığında, niteliğinde, sanatın bütün tutumunu da değiştiren bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Bu değişiklik, hekimin, hastasıyla olan ilişkilerindeki tutum değişikliğidir. O zamana kadar hekimlik, hastanın kendisinde gördüğü ve başkaları tarafından da kendisine bildirilen, canını yakan ya da kendisini rahatsız eden bir takım bozuklukların giderilmesi yollarını aramak, bu yolları uygulamakla yetiniyordu. Bu süreç içinde hekim, yalnızca doğanın kimi özelliklerini ampirik yollardan, gözlem ve deneyimleriyle derleyen ve bu özellikleri hastanın subjektif yakınmasının giderilmesi için, onun talebi üzerine uygulayan birisiydi. Bir masa ya da dolap yaptırmak üzere marangoza başvuran kimse nasıl

kendi gereksinimi, gereksindiği masa ya da dolap ve onu yapacak olan marangoz arasındaki bütün nedensel ilişkinin tam bilincinde idi ve yalnızca gereksindiği nesneye ulaşmak için marangozun deneyim ve beceri birikimini kullanmakta idiyse, mide sancısı için hekime gittiğinde de o sancının kendisi için engelleyici niteliğini, hekimin bu sancıyı gidermek için kimi yol ve yöntemleri bilebileceği olasılığını bilmekte ve bu sancıyı giderme gereksinimi ile giderebilecek kimse arasında, yalnızca o kimsenin beceri birikiminden ibaret olan bir doğrudan bağlantı kurmaktaydı. Bilim devriminin başlamasıyla ise hekimlik sanatı temel bilimlere oturtmaya girişti. Bunun sonucu hekimlikte "Diagnoz" kavramının ortaya çıkışı oldu. O zamana kadar hekimin bir hastalık ya da sakatlığı tanıması, "Evet, ben buna benzer bir durumla daha önce de karşılaştım" demekten ibaretti. Diagnoz kavramıyla ise bir olgu, nedensel bir tabana oturtulmak zorundaydı. Terim 18. yüzyılda ortaya çıkmıştır ve sözcük olarak anlamı "içini görmek, saydam görmek" gibi bir şeydir. Yani, hasta tarafından kavranılabilen ve bilinen subjektif yakınmalar, örneğin sancı ve objektif bulgular, örneğin ciltteki kızamıklık, hekim tarafından, içini görebilen bir bakışla incelenecek ve hasta tarafından bilinmeyen ve kavranamayan, hekimlerin mesleki tekelinde bulunan bilgiler aracılığıyla, alta yatan ve gene hasta tarafından bilinemeyecek ve kavranamayacak olan bir hastalığın adına, bilimsel ve nedensel bir biçimde bağlanacaktır. Böylelikle hastalıklar, hasta olan insanlardan bağımsızlaşır ve belirtilerine, gidişlerine ya da sonuçlarına, sağlıtım yol ve yöntemlerine göre özgün kimlikler kazanırlar. Bu hastalık birimleri, birbirleriyle karşılaştırılarak türler, sınıflar, gruplar ve alt gruplar halinde sıraya dizilebilir ve onu taşıyan insanlardan tümüyle bağımsız olarak incelenebilirler. Hekim de çevresindeki insanlarda bulunan dış belirtilerden, ya da muayene sonucu bulunabilecek olan belirtilerden onların içindeki hastalığı bilir. Bunun için o hastalığın, o kimse için bir yakınma konusu olup olmaması önemli değildir. Bütün insanlar taşıdıkları hastalıklara göre sınıflanabilirler. Yeni çağın yazarlarının bir çok eserlerinde, çevrelerine cömertçe diaznozlar dağıtan, insanları diaznozlar olarak görmeye çalışan bu yeni tür hekimler eleştirilir, alaya alınır. En bilineni Moliere ve Voltaire'dir.

Kuşkusuz ki bu gelişen bilgi, insanların bilinmeyen bir alan karşısındaki korku ve güvensizliklerini gideriyor, onların acıları ve sancularına güvenlik veren isimler vererek onlara, "hikmetinden sual olunmaz" kuvvetlerin elinde esir değil, sadece hazik hekimlerin zaten bilmekte olduğu bir hastalığa sahip oldukları güvencesini veriyordu. Ayrıca, bu bilgi, illetin nedenini sınıflamakla, çaresini de sınıflayabilmek olanağını sunuyordu. Böylece, her hekimin bilebileceği bir hastalık adı, gene her hekimin bilebileceği bir derman adıyla birleşiyor ve insanların hastalık karşısında duydukları dehşeti

* Bakırköy Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesi, Klinik Şefi.