

SD

12 TL
(KDV DAHİL)
2019
KIŞ

49

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ARAŞTIRMALARINDA YÖNTEM | DR. MUSTAFA KOSDAK TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI: GEÇMİŞ VE GELECEK
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIK İNSAN KAYNAĞINI NEDEN PLANLAYAMIYORUZ? | PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIK MESLEKLERİ VE PROFESYONELLERİNİN GELDİĞİ NOKTA
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK HEKİM İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI | PROF. DR. MEHMET UNGAN AİLE HEKİMLİĞİNDE SAYI, SİSTEM, NİTELİK VE EĞİTİM | PROF. DR. TUFAN TÜKEK
İÇ HASTALIKLARI UZMANLIĞINDA DEĞİŞEN FONKSİYON VE ARTAN İHTİYAÇ | PROF. DR. FAHRİ OVALI PEDIATRİDE İNSAN KAYNAKLARI VE ÇOCUK HEKİMLİĞİNİN DEĞİŞEN YÜZÜ
PROF. DR. MEHMET ZEKİ TANER KADIN DOĞUM UZMANLIK DALINDA İNSAN KAYNAKLARI | PROF. DR. MUSTAFA ŞAHİN GENEL CERRAHİYE BAKIŞ | PROF. DR. NİHAT KILIÇ - PROF. DR.
HÜSAMETTİN OKTAY DIŞ HEKİMLİĞİNDE KIYASLAMALAR VE GELECEK İÇİN ÖNERİLER | MERVE TARHAN HEMŞİRELİKTE İNSAN KAYNAKLARI | DR. ÖĞR. ÜYE. ASİYE AYAR KOCATÜRK
EBELER: DOĞUM ŞEKLİNİ DEĞİŞTİRECEK İNSAN GÜCÜ | PROF. DR. Z. CANDAN ALGUN - PROF. DR. TÜLİN DÜĞER TÜRKİYE'DE FİZYOTERAPİSTLİK MESLEĞİ | PROF. DR. GÜLGÜN
ERSOY BESLENME VE DİYETETİKTE İNSAN GÜCÜ ARTIŞINA İHTİYAÇ VAR MI? | PROF. DR. ERDOĞAN KUNTER DİĞER SAĞLIK MESLEKLERİNDE İNSAN GÜCÜ İHTİYACI
MUSTAFA DURNA BİYOMEDİKAL SEKTÖRÜNDE NEREYE GİDİYORUZ? | DR. FAHRETTİN KOCA: HERKESİN VAKTİNDE, YERİNDE, HAKKANİYETLİ VE KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİNE
ERİŞEBİLDİĞİ BİR TÜRKİYE'Yİ HEDEFLİYORUZ | DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ SAĞLIK POLİTİKALARINDA TEMEL AKTÖR KİM (OLMALI)? | DR. H. VOLKAN KARA PERFORMANSA DAYALI
DÖNER SERMAYE UYGULAMALARI | DR. ABDULLAH UÇAR SAĞLIĞI PAZARLAMA PRATİĞİ OLARAK SOSYAL PAZARLAMA | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ SAĞLIKLI BESLENME VE
GÜVENLİ GIDA İKİLEMİ | DR. ÇAĞRI EMİN ŞAHİN - DR. HÜSEYİN KÜÇÜKALİ OKUL SAĞLIĞI VE SAĞLIKLI BESLENME | ŞUAYİP BİRİNCİ - ÖZLEM AKBUDAK DİJİTALLEŞME YOLUNDA
TÜRKİYE'NİN ENGELSİZ SAĞLIK İLETİŞİM MERKEZİ (ESİM) | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ INSTAGRAM DOKTORLUĞU | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

EBELER İÇİN UZMAN EĞİTİM, HAYAT İÇİN SAĞLIKLI BİR ADIM.

2. ULUSLARARASI İSTANBUL EBELİK GÜNLERİ

25-26-27 NİSAN 2019



Medipol Üniversitesi
Kavacık Güney Kampüsü
Konferans Salonu
www.istanbulebelikgunleri.com



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



Kansere karşı akıllıyız.

Çünkü, kansere karşı doğru ve etkili mücadele için yanımızda, onkologlar, cerrahlar, radyoterapistler, nükleer tıp ve radyoloji uzmanları, girişimsel radyologlar ve ilgili branş hekimlerinden oluşan, kişiye özel bir planlama yaparak multidisipliner yaklaşımla hareket eden bir kanser konseyi ve onların en büyük yardımcısı akıllı ve ileri teknoloji var.

KANSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLERİ VE AKILLI TEKNOLOJİ



ROBOTİK CERRAHİ



TRUEBEAM



CYBER KNIFE



GAMMA KNIFE



INTRAOPERATİF
RADYOTERAPİ



BRAKİTERAPİ



PET-CT

► ONKOLOJİK CERRAHİ ► TIBBİ ONKOLOJİ ► RADYASYON ONKOLOJİSİ ► PEDIATRİK ONKOLOJİ
► HEMATO ONKOLOJİ [ERİŞKİN HEMATO ONKOLOJİ - PEDIATRİK HEMATO ONKOLOJİ]



4447044

International WhatsApp Line:
+90 549 794 13 45
www.internationalmedipol.com



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



**MEDİPOL
MEGA**
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



KİŞ 2019
SAYI:49
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sağlıkta stratejik kaynak

Yönetim biliminin konusu olan uygulamalar insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte yönetim uygulama-
larının bilimsel metodolojiye kavuşması, araştırma
yöntemlerini ve yayın organlarını oluşturarak bir bilim
dalı haline gelmesi ancak 20. yüzyıl başında gerçek-
leşebilmiştir. Yönetim biliminin “doğruları” birlikte
ele alınan konular genellikle verimlilik odaklı olmuş,
insanı değil işi ve iş ortamını ele alan anlayışla sınırlı
kalmıştır. 20. yüzyılın ortalarına doğru iş hayatında
insanın önemi anlaşılmış, işe odaklanıldığı kadar işi
yapan kişilere de odaklanması gerektiğinin farkına
varılmıştır. 21. yüzyılın medeni yönetim anlayışlarında
insanı odağa almayan hiçbir kuramın yeri yoktur.
Doğrudan insana yönelik faaliyetler olan sağlık
hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde insan
birinci öncelik rolünü hiç kaybetmemiştir. Sağlık
sektörü her ne kadar teknoloji yoğunluğunun en
fazla olduğu birkaç sektörden biri olsa da yürütülen
hizmetlerin yine de emek yoğun olduğu bir gerçektir.
Öyle ki sağlık hizmetlerinin köşe taşı niteliğinde
sayılan hastanelerde kişilere ödenen hak edişler
aylık giderlerinin %70'i civarındadır. Toplam ma-
liyetler içinde insan kaynakları maliyetinin oranı

her zaman %50'nin üstünde olmaktadır. Hizmet sunan kuruluşlar ne kadar modern teknolojilerle donatılırsa donatılsın, insan faktörü önemli yerini korumaktadır. Böylelikle insan kaynaklarında nitelik eksikliği, kişilerin istihdam edildiği pozisyonların yanlışlığı veya ihtiyaç fazlası istihdam yaşanıyorsa o kuruluşun verimlilikten bahsetmesi beklenemez. Makro açıdan bakıldığında, giderek artan sağlık hizmeti ihtiyacına yönelik yeterli nitelikte ve/veya nicelikte insan kaynaklarına sahip olmayan ülkelerin bu eksikliğini gidermesi on yıllarca mümkün olmayacak demektir. Bu bakımdan bir ülkenin sağlık insan gücü, öncelikle sahip çıkılması gereken ulusal stratejik kaynak olarak kabul edilmektedir.

Ülkenin ihtiyacı açısından yeterli olabilecek nicelik ve nitelik kavramları, durağan tanımlamalarla kolay açıklanamayacak durumlardır. İhtiyaçlar sağlık teknolojisi, ülkenin epidemiyolojik ve demografik örüntüsü ve ekonomik gücü gibi birçok değişkenin vektörel çıktıları olarak tanımlanmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılın ihtiyaçları dünyada var olan 200 ülkede büyük oranda farklılaşmaktadır. Bir o kadar da kaynakların hakkaniyetsiz kullanımı söz

konusudur. Bu hakkaniyetsizlik, ülkeler arasında olduğu gibi aynı ülkede bölgeler arasında ve toplumsal sınıflar arasında da olmaktadır. Hangi düzey, imkân ve durumda olursak olalım, sağlık insan gücüne her zaman ihtiyaç olacaktır. Sadece bu günlerin değil yarınların ihtiyaçlarının da gözetildiği planlamalar ile istenen sonuçlara ulaşılmaya çalışılmaktadır. Birbirinden grift yüzlerce teknik sorunla baş etmeye çalışan sağlık politikacılarının, planlayıcılarının ve yöneticilerinin belki de en önemli sorumluluğu sağlık insan gücünün ihtiyaca cevap verebilir düzeyde oluşturulması, bu kaynağın verimli ve hakkaniyetli olarak yönetilmesidir.

Bunu yapabilmek teknik bilgi ve beceri yanında sevgi ister; adanmışlık ister. Sağlığımızın geleceğine yatırım için insan gücümüzün optimum nitelik ve nicelikte oluşturulması yanında kaliteli iş üretecek motivasyonda tutulması ve tükenmişliğe terk edilmemesi en önemli sorumluluğumuz sayılmalıdır.

SD'nin elinizdeki sayısında bu can alıcı konuyu farklı yönleriyle ele alma uğraşımız, sorumluluğumuzu hatırlamak ve hatırlatmak içindir.



İçindekiler

06

PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN
SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ARAŞTIRMALARINDA YÖNTEM



12

DR. MUSTAFA KOSDAK
TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI:
GEÇMİŞ VE GELECEK

14

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN
SAĞLIK İNSAN KAYNAĞINI NEDEN
PLANLAYAMIYORUZ?

18

PROF. DR. HAYDAR SUR
SAĞLIK MESLEKLERİ VE PROFESYONELLERİNİN
GELDİĞİ NOKTA

22

PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK
HEKİM İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI



26

PROF. DR. MEHMET UNGAN
AİLE HEKİMLİĞİNDE SAYI, SİSTEM, NİTELİK
VE EĞİTİM

30

PROF. DR. TUFAN TÜKEK
İÇ HASTALIKLARI UZMANLIĞINDA DEĞİŞEN
FONKSİYON VE ARTAN İHTİYAÇ

32

PROF. DR. FAHRİ OVALI
PEDIATRİDE İNSAN KAYNAKLARI VE ÇOCUK
HEKİMLİĞİNİN DEĞİŞEN YÜZÜ

36

PROF. DR. MEHMET ZEKİ TANER
KADIN DOĞUM UZMANLIK DALINDA İNSAN
KAYNAKLARI

40

PROF. DR. MUSTAFA ŞAHİN
GENEL CERRAHİYE BAKIŞ

42

PROF. DR. NİHAT KILIÇ
PROF. DR. HÜSAMETTİN OKTAY
DİŞ HEKİMLİĞİNDE KIYASLAMALAR VE
GELECEK İÇİN ÖNERİLER



48

MERVE TARHAN
HEMŞİRELİKTE İNSAN KAYNAKLARI

52

DR. ÖĞR. ÜYE. ASİYE AYAR KOCA TÜRK
EBELER: DOĞUM ŞEKLİNİ DEĞİŞTİRECEK
İNSAN GÜCÜ

56

PROF. DR. Z. CANDAN ALGUN
PROF. DR. TÜLİN DÜĞER
TÜRKİYE'DE FİZYOTERAPİSTLİK MESLEĞİ



60

PROF. DR. GÜLGÜN ERSOY
BESLENME VE DİYETETİKTE İNSAN GÜCÜ
ARTIŞINA İHTİYAÇ VAR MI?

62

PROF. DR. ERDOĞAN KUNTER
DİĞER SAĞLIK MESLEKLERİNDE İNSAN GÜCÜ
İHTİYACI

68

MUSTAFA DURNA
BİYOMEDİKAL SEKTÖRÜNDE NEREYE GİDİYORUZ?

72

DR. FAHRETTİN KOCA: HERKESİN VAKTİNDE, YERİNDE,
HAKKANİYETLİ VE KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİNE
ERİŞEBİLDİĞİ BİR TÜRKİYE'Yİ HEDEFLİYORUZ



78

DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ
SAĞLIK POLİTİKALARINDA TEMEL AKTÖR
KİM (OLMALI)?

82

DR. H. VOLKAN KARA
PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE
UYGULAMALARI

86

DR. ABDULLAH UÇAR
SAĞLIĞI PAZARLAMA PRATİĞİ OLARAK
SOSYAL PAZARLAMA

90

PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ
SAĞLIKLI BESLENME VE GÜVENLİ GIDA İKİLEMİ

94

DR. ÇAĞRI EMİN ŞAHİN - DR. HÜSEYİN KÜÇÜKALİ
OKUL SAĞLIĞI VE SAĞLIKLI BESLENME

98

DR. ŞUAYİP BİRİNCİ - ÖZLEM AKBUDAK
DİJİTALLEŞME YOLUNDA TÜRKİYE'NİN ENGELSİZ
SAĞLIK İLETİŞİM MERKEZİ (ESİM)

100

PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ
INSTAGRAM DOKTORLUĞU

104

KARİKATÜR

Sağlık insan gücü araştırmalarında yöntem

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, hâlen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterliliklerinin araştırılması, mevcut durumun değerlendirilerek gelecekteki ihtiyaçlar için öngörülerde bulunulması ve planlar yapılması sağlık sistemleri açısından hayati önem taşımaktadır. Ne var ki bu konuda sayısız çalışma bulunmasına rağmen herkes tarafından kabul gören, her zaman, her yerde geçerli olabilecek, üstünlüğü kanıtlanmış bir yöntem bulunmadığı görülmektedir. Konuyla ilgili olarak aynı amaçla kullanılan "insan gücü", "işgücü" kavramları arasındaki temel farklılık insan gücü teriminin İngilizce (manpower) kullanımında cinsiyet ayrımcılığı mesajı içermesi, işgücü (workforce) teriminde ise bu mesajın olmamasıdır. Dilimizde bu sorun bulunmadığından her ikisi de aynı anlam ve mesajları vermektedir. Eşanlımlı bu iki kavram bir ülkede, bölgede, işletmede ya da projede yer alan tüm çalışanların sayısal değerini ifade etmekteyken, bir başka kavram olan "insan kaynakları" genellikle kurumlar ve işletmelerdeki çalışanları yetenekleri açısından ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (1). Bu yazının amacı gereği işgücü ile aynı anlama gelen insan gücü kavramı kullanılmıştır.

Hizmet ağırlıklı ve emek yoğun olması nedeniyle sağlık sektörünün insan gücü açısından kendine özgü çeşitlilikleri, özellikleri ve dinamikleri vardır. Bu nedenle başka sektörler için geliştirilmiş

planlama ve değerlendirme araçları bu alanda geçerli olamamaktadır. Sağlık hizmetleri alanının belirsizliklerle dolu olması, taraflar arasındaki bilgi asimetrisi, taleplerin genellikle sunucular tarafından oluşturulması hatta kısıtlanması, bazı hizmetlerin kamusal niteliği, rekabet konusunda sınırlamaların bulunması, sağlık mesleklerinin gelişmiş özerkliği ve sağlık insan gücü araştırmalarını özel yapan etkenlerden bazılarıdır.

Konunun önemi, Önerilen ve Kullanılan Yöntemler

Sağlık insan gücü planlamasının amacı sağlık örgütlerinin ve sisteminin, amaçları doğrultusunda yapılması gereken işleri doğru yapabilmesi için gerekli olan doğru sayı, çeşit ve yeterlilikteki kişilerin, doğru zamanda, doğru yerlerde bulunmasının sağlanmasıdır (2). Sağlık alanında iyi yapılmayan bir planlama sonucu ihtiyaç fazlası ya da yetersiz insan gücü ile karşı karşıya kalınması söz konusudur. İhtiyaç fazlası sağlık insan gücünün neden olacağı sorunların başında verimsizlik, kaynakların kötü kullanımı, işsizlik, sunucu tarafından uyarılan talebe bağlı maliyet enflasyonu gibi sorunlar yer almaktadır (3, 4).

Yetersiz insan gücüne bağlı olarak görülebilecek sorunlar ise sağlık hizmetlerinin niceliğinde ve niteliğinde azalma, iş yükü artışına bağlı hasta güvenliği sorunları, hasta memnuniyetsizliği ve toplum sağlık düzeyinde gerilemeler şeklinde

sıralanabilir (5). Pek çok ülkede sağlık harcamalarının yarısından fazlasını insan gücü harcamaları oluşturduğu için insan gücü planlaması, sağlık harcamalarının kontrolü açısından da önem taşımaktadır. Sağlık insan gücünün araştırma konusu olmaya başlaması yirminci yüzyıl ortalarına rastlamaktadır. Son 60 yıl içerisinde sağlık insan gücü alanında, OECD ve DSÖ raporları da dahil olmak üzere, yapılmış araştırmaların incelendiği bir çalışmada bu alandaki araştırmaların üç döneme ayrılacağı görülmüştür (6):

Sağlık insan gücünün önemli bir hizmet üretim girdisi olarak görüldüğü dönem (1950'ler ile 1970'ler arası): Bu dönemde insan gücüne sağlık hizmetleri üretiminde gerekli olan homojen bir girdi faktörü gözüyle bakılmış ve araştırmalarda daha çok ekonomik regresyonlar, lineer programlamalar ve benchmarking gibi teknikler kullanılmıştır.

Sağlık insan gücünün ekonomik bir değişken olarak görüldüğü dönem (1970'ler ile 1990'lı yıllar): Özellikle hekim ve hemşire arzında ortaya çıkabilecek fazlalık ile sağlık harcamalarındaki aşırı artış sorunları bu dönemde dikkati çekmiş ve insan gücü dinamiklerini açıklamada mikro-ekonomik teorilerden yararlanılmaya başlanmıştır. Sağlık insan gücünün diplomaya ek olarak lisanslandırılması, bilgi asimetrisi sorunları, sunucu tarafından uyarılan talepler, çalışanların performans değerlendirmeleri gibi konular bu döneme ilişkin önemli kavramlardır.



Sağlık insan gücünün temel bir kaynak olarak görüldüğü dönem: 1990'ların sonunda başlayan bu dönemde insan gücü, sağlık hizmetlerinde temel bir kaynak olarak yeniden tanımlanmıştır. Bölgeler arası dağılım farklılıkları, kaynak ihtiyacını sağlamak için gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş olanlara göç bu dönemin en önemli özellikleridir.

Geçen zaman içerisinde sağlık insan gücü konusuna yaklaşım değişmiş, bu değişime paralel olarak değerlendirme ve planlama yöntemleri de farklılaşmıştır. Özellikle insan odaklı sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmaya başladığı iki binli yıllarda sağlık insan gücü araştırmaları konusunda bilimsel yöntem ve model arayışlarının arttığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün bu amaçla çok sayıda çalışma yürüttüğü dikkati çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir sınıflamaya göre sağlık insan gücü planlaması için kullanılan yöntemler 4 grupta toplanmaktadır (7):

Nüfusa düşen sağlık insan gücü oranı yöntemi: Gelişmiş ülkelerdeki nüfus başına düşen sağlık insan gücü sayısı hedef alınarak (örneğin, 10 bin nüfusa düşen hekim, hemşire sayısı gibi) yapılan bir hesaplama. Mevcut durumdan hedeflenen oranlara ulaşmak için yetiştirilmesi gereken sağlık insan gücü sayısının ne olacağı, nüfus artışı da dikkate alınarak tahmin edilmeye çalışılır. Oldukça kolay ve pratik bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin geçen zaman içerisinde sağlık ihtiyaçları ile sağlık insan gücü performansının hep aynı kalacağı

varsayımlarına dayanması, sağlık hizmeti kullanım hızlarını dikkate almaması, verimlilik ve hizmet çıktılarından bağımsız hesaplanması daha önce var olan yanlış dağılım oranlarının korunuyor olması gibi sakıncaları bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti ihtiyaçları yöntemi: Bu yöntemde toplumun demografik ve epidemiyolojik açıdan zaman içerisinde nasıl bir değişim göstereceğinden yola çıkılarak ileride söz konusu olabilecek hastalıklar, sakatlıklar, yaralanmalar gibi sağlık sorunları ile bunların gerektirdiği hizmet türü ihtiyaçları, bu hizmetlerin sunulması için gereken insan gücünün türü ve miktarı tahmin edilmeye çalışılır. Başka bir deyişle, toplumda halen var olan hizmet açığını da dikkate alarak ileride ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerinin tahmininden hareketle gereken insan gücünün hesaplanması şeklinde yapılan bir planlamadır. Yaşa ve cinsiyete özel morbidite istatistiklerinden ve hizmet standartlarından yararlanılarak hesaplamalar yapılır. Bütün ihtiyaçların saptanabileceği ve karşılanması gerektiği, ihtiyaçları karşılayabilecek maliyet-etkin yöntemlerin bulunabileceği ve kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılacağı varsayımlarına dayanır. Doğrudan ihtiyaçları dikkate alan bir planlama olması mevcut sağlık hizmet kullanımından bağımsız olması, mantıklı, iş ahlakı ile uyumlu ve kolay olması başlıca avantajlarıdır. Çok güvenilir ve ayrıntılı veri toplanmasını gerektirmesi teknolojik değişimlere göre güncelleme gerektirmesi, ulaşılması zor hedefler ve

Sağlık insan gücü planlamasının amacı sağlık örgütlerinin ve sisteminin, amaçları doğrultusunda yapılması gereken işleri doğru yapabilmesi için gerekli olan doğru sayı, çeşit ve yeterlilikteki kişilerin, doğru zamanda, doğru yerlerde bulunmasının sağlanmasıdır. Sağlık alanında iyi yapılmayan bir planlama sonucu ihtiyaç fazlası ya da yetersiz insan gücü ile karşı karşıya kalınması söz konusudur.

İhtiyaçlar ortaya çıkma riskinin yüksek olması, diğer sektörlerdeki kaynak kullanımını ve verimliliği dikkate almaması ise belli başlı sakıncalarıdır.

Hizmet kullanımı ve talepleri yöntemi: Hâlen var olan sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarını ve hızlarını dikkate alarak yapılan bir planlamadır. Gelecekte de aynı yaşa ve cinse özel hızların geçerli olacağından hareketle değişen toplum

profiline uygun hizmetlerin tahmini ve buna uygun sağlık insan gücünün belirlenmesi mantığına dayanır. Demografik değişimi belirleyen doğurganlık, ölümlülük ve göçler gibi değişkenler konusundaki eğilimlerin doğru olarak tahmin edilebileceğini varsayar. Zaten var olan taleplerden yola çıkılmış olması nedeniyle ekonomik açıdan gerçekçi, karşılanabilir hedefler belirlenmesi gibi bir avantajı vardır. Ayrıntılı ve güvenilir veri gerektirmesi, hâlen var olan bazı hataların ileriye taşınmasına neden olması ve mevcut kullanım hızlarının aynı kalacağı varsayımına dayanan projeksiyonların yapılması bu yöntemin başlıca zayıf yönleridir.

Hizmet hedefleri yöntemi: Toplum için doğru olan sağlık hizmeti çıktılarının ve hedeflerinin belirlenmesi, daha sonra bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak hizmet tür ve miktarlarının saptanması ve nihayet bunlar için gerekli olan insan gücünün hesaplanması mantığına dayanır. Temel varsayımı öngörülen standartlardaki hizmetlerin kapsayıcı olduğu ve planlanan süre içerisinde kolaylıkla ulaşılabilir olacağıdır. Anlaşılması ve uygulanması kolay bir yöntemdir. Ancak gerçekçi olmayan varsayım ve hesaplamalarla sonuçlanma olasılığı fazladır.

Her birisinin kendine göre güçlü ve zayıf yanları bulunan bu yöntemlerin herhangi birisine dayanarak iyi bir insan gücü planlaması ve değerlendirmesi yapmanın mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Çeşitli ülke deneyimlerinden elde edilen bulgulara göre tek bir yöntem yerine birkaçını birden kullanmak, yani "entegre" yöntemler uygulamak daha doğru sonuç vermektedir. Başarılı bir yöntem uygulayabilmek için gerekli olan bazı değişkenler ile dinamikler hakkında bilinmesi gereken önemli noktalar ise aşağıda özetlenmiştir.

Sağlık İnsan Gücünün Arz ve Talep Özellikleri

Sağlık insan gücü konusu ele alınırken sağlık hizmetlerinin ve hizmetleri sunan insanların özelliklerinin arz ve talep cephelerinden değerlendirilmesi gerekmektedir. Arz cephesindeki değişimleri etkileyen başlıca üç önemli etken yer almaktadır: Sağlık insan gücüne katılımlar, insan gücünün mevcut durumu, insan gücünden ayrılmalar (8). Bu konudaki önemli değişkenler Tablo 1'de özetlenmiştir. Talep cephesindeki

önemli değişkenler ise demografik ve epidemiyolojik değişimler, hizmet kullanım alışkanlıkları, hizmet sunum modelleri, ekonomide büyüme ve sağlık harcamalarında artış olarak ön plana çıkmaktadır (9). Bu konudaki önemli değişkenler de Tablo 2'de özetlenmiştir.

Arz cephesi:

Katılımlar: Sağlık meslek eğitimi tamamlayan yeni mezunlar, başka ülkelere gelenler, daha önce çalışmadığı halde çalışmaya başlayanlar bu grubu oluşturmaktadır. Yukarıda da değinildiği gibi başta hekimlik olmak üzere bazı sağlık mesleklerinin eğitim-öğretim süreçleri uzun olup 10 yıla kadar çıkabilmektedir. Meslek eğitimleri, uzunluklarına ek olarak maliyetleri de yüksek olan eğitimlerdir. Bu meslekler arasında çeşitlenme, yeni mesleklerin ortaya çıkışı ya da daha önce iş kategorisinde olanların mesleğe dönüşmesi başka sektörlerle kıyasla daha hızlı olmaktadır.

Mevcut durum: Bu durumu saptamak için genellikle her meslekte aktif olarak çalışmakta olan kişilerin istatistiklerine ulaşılabilmeyle birlikte, çalışma saati üzerinden hesaplamalar yapmak daha doğrudur. Sağlık hizmetlerinin özelliği nedeniyle tam süre çalışma, yarı-zamanlı çalışma, bağımsız çalışma, yevmiyeli çalışma, evden çalışma, tele-çalışma (tele-tıp), özel çalışma, çalışmayı bırakıp tekrar çalışmaya başlama gibi farklı çalışma şekilleri, istihdam türleri mevcuttur. Tüm bu çalışma şekilleri nedeniyle mevcut durumun değerlendirilmesi, ayrıntılı ve titiz veri toplanmasını gerektiren bir durumdur.

Ayrılmalar: Başta emekliler olmak üzere başka ülkelere göç edenler, hayatını kaybedenler, sağlık sektöründen ayrılıp başka sektöre geçenler bu grupta yer almaktadır. Bazı mesleklerde sağlık risklerinin yüksek olması (radyoloji, anestezi, gibi), hastalarla birebir ilişki gerektiren mesleklerde (hekimlik, hemşirelik gibi) görülen yoğun stres yıpranmalara, tükenmişliğe yol açmakta ve meslekten erken ayrılmalar ile sonuçlanabilmektedir. Hesaplamalarda bunların da dikkate alınması gerekmektedir.

Talep cephesi:

Epidemiyolojik ve demografik değişimler: Toplumlardaki yaşam beklentisinin artışına paralel olarak yaşlı nüfusun artması, doğurganlığın azalması, iç ve dış göçler sonucu demografik yapı değişmektedir. Yaşlanan nüfus nedeniyle ön plana çıkan kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, çoklu sağlık sorunları, yeni hizmet türlerini ve yeni meslekleri gerektirmektedir. Toplumlarda hastalık yükleri artmakta, hastanede tedavi yerine uzun süreli evde bakım hizmetleri önem kazanmaktadır. Ülkemizin demografik verileri ile toplumdaki doğurganlık, ölümlülük ve hastalanma hızlarından yararlanılarak ileriye yönelik nüfus projeksiyonları yapılabilmektedir. Ortaya çıkacak nüfus değişimlerine paralel olarak söz konusu olabilecek sağlık sorunları ve hastalık yükleri de projeksiyon yoluyla tahmin edilebilmektedir. Tüm bu projeksiyonlar toplumun gelecekte ne tür sağlık hizmeti ne ne kadar miktarda ihtiyaç duyacağına, dolayısıyla ihtiyaç duyulacak sağlık insan gücüne ilişkin tahminler yapılmasını sağlayabilecek araçlardır.

Tablo 1: Sağlık İnsan Gücü Arzı ile İlgili Değişkenler

Katılımlar	Mevcut durum-Stok	Ayrılmalar
Yeni mezunlar	Tam süre çalışanlar	Emekli olanlar
Başka ülkelere gelenler	Yarı zamanlı çalışanlar	Ölenler, hastalananlar
Yeniden işe dönenler	Yevmiyeli çalışanlar	Başka ülkelere göçenler
Emeklilik yaşını öteleyenler	Evden çalışanlar	İş değiştirenler
Çalışma saatlerini uzatanlar	Tele çalışanlar	Çalışma saatlerini azaltanlar

Tablo 2: Sağlık İnsan Gücü Talebini Etkileyen Değişkenler

Epidemiyolojik ve Demografik Değişim	Hizmet Kullanım Alışkanlıkları	Hizmet Sunum Modelleri	GSYİH ve Sağlık Harcamaları
Yaşlı nüfusun artışı	Başvuru sayısı artışı	Tele-tıp, sanal vizitler	GSYİH değişimi
Kronik hastalıklar	Uzun süreli bakım	Evde bakım hizmeti	Sağlık harcaması artışı
Çoklu sağlık sorunları	Kontrol başvuru artışı	Meslek çeşitlenmesi	Ücretlendirme
Hastalık yükü artışı		Mesleki geçişkenlik	Kamu-özel dağılımı



Hizmet kullanım alışkanlıkları:

Demografik ve epidemiyolojik yapının değişiminin doğal sonucu olarak hizmet kullanım alışkanlıkları değişmektedir. Hizmet kullanımını etkileyen değişkenler arasında yaş ve cinsiyet gibi klasik değişkenlere ek olarak hizmetlere erişim kolaylığı, sağlık güvencesine sahip nüfus yüzdesi, hizmetlerin örgütlenme biçimi ve yaygınlığı gibi etkenler rol oynamaktadır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte daha önce genç nüfusun ihtiyacı olan akut hastalık tanı-tedavisi ağırlıklı hizmet kullanımı yerine uzun süreli bakım hizmetlerinin kullanımı ön plana çıkmakta, hekime ve sağlık kuruluşuna başvuru sayıları artmakta, ancak bu başvurular arasında kontrol amaçlı olanların oranı daha fazla olmaktadır. Hizmet kullanımını ölçen başlıca göstergeler, hastane yataklarının kullanım hızları ile kişi başına düşen başvuru (hekime/sağlık kuruluşlarına) sayılarıdır. Bu göstergelerden hareketle hizmet ve insan gücü ihtiyaç belirlemesini etkileyen en önemli tehlikeler ise “sunucu tarafından uyarılan talep” ve Roemer yasası olarak bilinen “arza duyarlı talep” konularıdır. Bunlardan sakınmak için standart ölçütler kullanmaktan ya da başka ülke ölçütlerine ulaşmayı hedef almaktan kaçınmak, onun yerine kendi toplumumuzun hizmet kullanma alışkanlıklarını, sağlık ve sağlık hizmeti arama davranışlarını analiz ederek hedefler belirlemek gerekmektedir.

Hizmet sunum modelleri: Sağlık hizmetlerinin hastane ya da birinci basamak ağırlıklı sunuluyor olması, sevk zincirinin olup olmaması, evde bakım hizmetlerinin, tele-tıp hizmetlerinin yaygınlığı gibi özelliklere bağlı olarak ihtiyaç duyulacak sağlık insan gücü çeşitlilik

göstermektedir. Geleneksel olarak Temel Sağlık Hizmetleri felsefesini benimsemiş olan ülkelerde yaygın olan hizmet türleri kişiye yönelik sağlık hizmetleri ile birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleridir. Bunlara ek olarak ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici hizmet sunan hastaneler bulunmaktadır. Gelişen teknolojilere uygun olarak tedavi edici hizmet sunumunda değişimler gözlenmektedir. Günümüzde cerrahi uygulamaları, tele-cerrahi, tele-tıp hizmetleri, sanal vizitler, yaygınlaşmakta olan hizmet türlerinden bazılarıdır. Özellikle kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıkların ön plana çıkması ve bunların önemli kısmının tedavisinin olmaması yeni hizmet arayışlarını gündeme getirmektedir. Bu doğrultuda daha önce alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulaması grubunda görülen kiropraktik, osteopati, akupunktur gibi uygulamalar profesyonel hizmetlere dönüşmektedir. Bu anlamda uygun bulunan ve değeri olan uygulamaların neler olduğunun, kimler tarafından nasıl sunulabileceğinin bilimsel yöntemlerle belirlenmesi, buna yönelik yasal düzenlemelerin yapılması ve insan gücü ihtiyacının belirlenmesi gerekmektedir. Hizmet sunum modelleri incelenirken yatay ve/veya dikey mesleki entegrasyon imkanları da dikkate alınmalıdır. ABD başta olmak üzere bazı ülkelerde yaygınlaşmakta olan “hekim yardımcısı” ve “pratisyen hemşire”lerin birinci basamakta tedavi edici görev üstlenmeleri bu konudaki önemli örneklerdir.

GSYİH ve sağlık harcamalarındaki değişim: Genel olarak ekonomideki büyüme ve toplumsal refahın artması, sağlık için yapılan harcamaların miktarı, sağlık harcamaları içerisinde özel ve kamu sektörünün payı ve sağlık personeli ücretleri

Sağlık insan gücü planlaması bilimsel yöntemler kullanılmasını gerektirmekle birlikte hiçbir zaman gerçek bir bilim alanı olmamıştır ve olması da söz konusu değildir. Var olan modellemelerin, simülasyonların, yöntemlerin sürekli olarak güncellenmesi, değişen koşullara uygun olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu konudaki çalışmalarını bir kez yapıp tamamlanan bir iş olarak görmemek ve sürekli olarak daha iyisini yapma yollarının arayışı içinde olmak gerekir.

gibi değişkenler sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla sağlık insan gücüne olan talebi etkileyen diğer önemli değişkenlerdir. Bunlara ek olarak sağlık güvencesine sahip vatandaş oranı, güvence kapsamı gibi hizmetlerin finansmanına ilişkin daha başka özellikler de talep cephesini etkileyen etkenler olarak sayılabilir.

Arz-talep ilişkisini Araştırma ve Değerlendirme Sorunları

Arz ve talep cephesindeki mevcut durumun saptanması ile geleceğe ilişkin tahminler yapılabilmesi her şeyden önce güvenilir bir sağlık enformasyon sistemi ve düzenli veri akışı olmasına bağlıdır. Mevcut duruma ilişkin istatistikler genellikle devletin ilgili kuruluşları ile meslek örgütlerinden sağlanabilmektedir. Geleceğe ilişkin öngörüler ve projeksiyonlar için ise karmaşık yöntemler gerekmektedir.

Demografik değişim hızları, sağlık insan gücünün mevcut durumuna ilişkin istatistikler, hizmet kullanım istatistikleri ile mortalite ve morbidite hızları gibi bilgilerden hareketle modellemeler ve simülasyonlar hazırlanarak ileriye yönelik projeksiyonlar ve tahminler yapılabilmektedir. Ancak arzın modellenmesi simülasyon yoluyla mümkün iken talep için bu geçerli olmamaktadır. Bunun nedeni sağlık alanındaki talebin türev bir talep olmasıdır. Yani insanların sağlık hizmeti talepleri, hizmetin kendisinin bir tüketim ürünü olması nedeniyle değil de sağlıklı olmalarına aracılık etmeleri, iyilik hallerine katkı sağlamaları nedeniyle ortaya çıkmaktadır (10). Bu noktada sağlık alanındaki ihtiyaçların her zaman talep şekline dönüşmeyebileceğini, her talebin de ihtiyaç anlamına gelmediğini hatırlamakta yarar vardır. Talep cephesindeki değişkenler zaman içerisinde hızlı değişmekte ve talebi modelleyebilmek için üç-beş yıllık aralarla taramalar yaparak hizmet kullanım hızlarının saptanması ve çeşitli değişkenlerin etkisinin incelenmesi gerekmektedir (11).

Arz ve talep cephesindeki değişimlerin gerektirdiği süreler kıyaslandığında bu anlamda sağlıklı bir dengeyi tutturabilmenin çok zor olduğu ortadadır. Arz cephesinde bir sağlık personelinin eğitimi yedi-sekiz yıl, hekim eğitimi ortalama 10 yıl süre gerektirmekte iken talep cephesinde üç-beş yıllık bir sürede köklü değişiklikler olabilmektedir. Hatta hekim ihtiyacı için yapılacak projeksiyonlarda bu sürenin bile uzun olduğu ve hekime olan talebin her yıl yeniden belirlenmesinin daha sağlıklı olacağı anlaşılmaktadır (12). Sağlık işgücü planlamasında arz-talep dengesi açısından genellikle incelenen değişkenler, bir mesleğe yeni giren kişi sayıları ile meslekten ayrılanların sayıları olmaktadır. Ancak bunlara ilişkin varsayımlar veya öngörüler her zaman geçerli olmayabilmektedir.

Örneğin, hekimler beklenenden daha geç emekli olabilmekte, hemşirelerin çalışma süreleri öngörülenden daha uzun sürebilmektedir.

İhtiyaç odaklı planlama yaklaşımlarının kullanım odaklı yaklaşımlara göre daha gerçekçi olduğu bilinmekle birlikte ihtiyaç konusunda geleceğe yönelik doğru tahmin ve değerlendirmelerin her zaman mümkün olmadığı da bir gerçektir. Sağlık mesleklerinin özzerkliliği nedeniyle planlama sırasındaki genel yaklaşım her mesleğin bağımsız şekilde ele alınmasıdır ve bu doğru bir yaklaşım değildir. Sağlık hizmetlerinin ekip halinde, çok meslekli sunulması, bazı meslekler arasında rol paylaşımlarının düşünülmesi gerekmektedir (örneğin, pratisyen hekimlik ile hekim yardımcılığı, hemşireliğin benzer roller üstlenmesi, birinci basamakta aile hekimi olarak bazı uzmanların da yer alması gibi). Bu şekilde yapılacak dikey ve yatay yer değiştirmeler mesleki açıdan bazı hassasiyetlere dokunacak olmakla birlikte akılcı bir çözüm yolu olarak görülmelidir.

OECD ülkelerinden 18'inde Sağlık İnsan Gücü planlaması için halen kullanılmakta olan 26 projeksiyon modelinin incelenmesi sonucunda varılan sonuç şudur: (9) "Sağlık insan gücü planlaması bilimsel yöntemler kullanılmasıyla gerektirmekle birlikte hiçbir zaman gerçek bir bilim alanı olmamıştır ve olması da söz konusu değildir. Var olan modellemelerin, simülasyonların, yöntemlerin sürekli olarak güncellenmesi, değişen koşullara uygun olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu konudaki çalışmaları bir kez yapıp tamamlanan bir iş olarak görmemek ve sürekli olarak daha iyisini yapma yollarının arayışı içinde olmak gerekir." Kısacası bu işin mükemmel hatta iyi denilebilecek bir araştırma yöntemi veya formülü bulunmamaktadır.

Öneriler

Sağlık insan gücü ile ilgili olarak ihtiyaç değerlendirme, araştırma ve planlama konusunda her zaman her ülke için geçerli olabilecek tek bir yöntemin olmadığı akıldan tutularak atılması gereken adımları bir tür stratejik plan mantığıyla belirlemek gerekir (13, 14). Yani, ilk adım olarak mevcut insan gücü durumunun analizi yapılmalı, ikinci adım olarak gelecekte duyulacak ihtiyaç tahmin edilmeli, üçüncü adım olarak istihdam plan ve programları hazırlanmalı, dördüncü ve son adım olarak eğitim programları hazırlanmalıdır. Bu süreç sürekli olmalı ve

her yıl gözden geçirilmelidir. Bu adımlar atılırken dikkate alınması gereken özel bazı durumlar şu şekildedir:

- İyi bir sağlık insan gücü planlaması için ilk ve en önemli koşul mevcut duruma ilişkin güvenilir verilere sahip olmaktır. Nerede olduğunu bilmeden nereye gidileceğini planlamak mümkün değildir.

- Sağlık hizmetinin soyut, heterojen olması ve bir bütün olarak anlam taşıması ölçülmesini ve yeterliliğinin değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Aynı nedenler, hizmetleri sunan insan yeterliliğini değerlendirme konusunda da geçerli olup bu konularda kaliteli veri toplanmasına ve yetkin araştırmacılara ihtiyaç vardır.

- Geleceğe yönelik tahminler yapılması diğer sektörlerle kıyasla daha zordur. Bunun önemli bir nedeni demografik ve epidemiyolojik değişimlerin her zaman öngörüldüğü şekilde gerçekleşmemesidir.

- Sağlık meslekleri eğitiminin uzun zaman alması gelecek projeksiyonlarını zorlaştıran bir başka nedendir. Örneğin, hekim eğitimi ortalama on yıl sürmektedir. Bu sürenin başlangıcında geçerli olan hasta profili, demografik yapı, tıp teknolojisi, sağlık hizmeti talepleri ile sonundakiler çok farklı olabilmektedir.

- Tıp bilgilerinin yarılanma ömrü çok kısa, bilgi artış hızı çok yüksek, tıp teknolojilerindeki değişimler çok hızlı gerçekleşmektedir. Bunlara bağlı olarak yeni hizmet türleri, yeni meslekler ortaya çıkmakta ya da eski mesleklerin şekil değiştirmesi gerekmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin özelliği nedeniyle insan gücü istihdamı özel, kamusal, kurumsal ya da bireysel olabilmektedir. Yarı-zamanlı çalışma, tele-tıp, tele-çalışma imkanlarının da giderek artıyor olması geleceğe yönelik gelişmelerin ön görülmesini, istihdam programlarının hazırlanmasını zorlaştırmaktadır.

- İnsan gücü planlaması, sağlık sistemlerinin özellikleri ile yakından ilişkilidir. Sistemin pazar ya da kamu ağırlıklı olması, başka ülkelerden insan gücü giriş-çıkışına açık ya da kapalı olması, medikal turizmin durumu, genel olarak ekonomik yapı, özel olarak sağlık insan gücü istihdam imkanları, ücretlendirme politikaları sağlık insan gücü ihtiyacını önemli şekilde etkilemektedir.

- Ülke düzeyinde tam bir arz-talep dengesi oluşturulsa bile dağılım dengesizliği nedeniyle bölgesel düzeyde insan gücü eksiklikleri ve fazlalıkları olabileceği, bu nedenle planlamadan beklenen başarının elde edilemeyeceği olasılığı akılda tutulmalıdır. Dağılımı dengelemek amaçlı düzenlemeler insan gücü planlamasının mutlaka önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

- Tek meslekli hizmetten çok meslekli hizmete doğru bir yöneliş olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak buna uygun hizmet modelleri ve insan gücü planları geliştirilmelidir. Evde bakım, tele-tıp gibi hizmetlerin yaygınlaşmasına ek olarak birinci basamak hizmetlerin sunumunda hekim dışındaki diğer mesleklerin yetki, sorumluluk ve rolleri yeniden gözden geçirilmelidir. Pek çok ülkede birinci basamak tedavi hizmetleri sunumunda pratisyen hemşire, hekim yardımcısı, kiropraktör gibi mesleklerden de yararlanıldığı göz önünde tutulmalıdır.

Ülkemizdeki Durum

Türkiye 1980'li yılların ortasında başladığı sağlık reformu çalışmalarını 2002 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hızlandırmış ve benzeri ülkeler arasında başarı açısından açık ara öne geçmiştir. Özellikle 2002-2012 yılları arasında yapılan işler sağlık hizmetleri sisteminde gerçekleştirilen dönüşümler, gelişmiş ülkelere bile örnek olacak niteliktedir. Ancak, uzunca bir süredir durgunluğa giren sektör yeni hikayeler yazmak için arayışlar içerisinde. Bu hikayelerin hedefi, geçerlilik tarihi olarak cumhuriyetin kuruluşunun 100. Yılı olan 2023 belirlenmiştir. Yazılacak hikayelerin konusu ne olursa olsun başrolünde insan gücünün olması vazgeçilmez bir gerçektir.

Sağlık insan gücü konusunda yakın zamanda yapılan çalışmalara bakıldığında özellikle üç çalışma ön plana çıkmaktadır: YÖK, Sağlık Bakanlığı, DPT tarafından hazırlanan "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu", Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi" isimli rapor ve gene Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" isimli belge (15, 16, 17).

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporunda, DSÖ'nün önerdiği yöntem ve yaklaşımlardan söz edilmekle birlikte ülkemizde bunlardan

hangilerinin kullanılarak planlama yapıldığına ilişkin bir bilgi bulunmamakta, sağlık insan gücünün mevcut durumu bazı ülkelerle kıyaslamalı olarak verilmektedir. Adından da anlaşılacağı gibi raporun amacı mevcut durum tespittir. 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi isimli raporda DSÖ tarafından geliştirilen makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yönteminin kullanıldığı, 2023 yılı hedeflerinin bu yöntemle belirlendiği, sektörün tüm paydaşlarının yapılan çalıştaylar sırasında görüşlerinin alındığı vurgulanmaktadır. Sonuçların daha önce "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" adı altında yayın haline getirildiği ve belirlenen hedeflerin zaman zaman gözden geçirilerek güncellendiği belirtilmektedir. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu başlıklı dokümanda yer alan insan gücü projeksiyonlarının da DSÖ tarafından geliştirilmiş (DSÖ SAİK Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı) kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek, bilgisayar tabanlı bir simülasyon modeli kullanılarak hazırlandığı belirtilmektedir. Ancak ne bu dokümanda ne de bir öncekinde emeklilik, yıpranma, yarı-zamanlı çalışma, ölümler gibi işgücünden çıkışlara ilişkin güvenilir verilere dayanan istatistikler bulunmamaktadır. Gene her iki dokümanda da projeksiyonlar yapılırken başka ülkelerin nüfus/sağlık insan gücü oranları referans değerler olarak alınmış ve ihtiyaç tahminleri bu doğrultuda yapılmıştır. Her iki dokümanda da demografik dönüşüme ek olarak söz konusu olacak epidemiyolojik dönüşümün projeksiyonları, hastalık yükü tahminleri yapılmamıştır. Ortaya çıkmaya başlayan ve yaygınlaşmakta olan yeni teknolojiler, yeni sağlık meslekleri ile meslekler arası rol paylaşımı konularına da değinilmemiştir.

Tüm bu dokümanlar nitelikli ve yol gösterici belgelerdir. Ancak, çeşitli eksiklikleri olduğu da bir gerçektir. Örneğin, sağlık insan gücü ihtiyacı tahmininde OECD ülkelerinin nüfus başına düşen sağlık insan gücü oranları temel alınmakla birlikte bölgesel dağılım konusu genel ifadelerle geçiştirilmiştir. Benzer şekilde, sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim konularında bu kavramların özüne uygun yaklaşımlar ve öneriler yer almamaktadır. Bakanlığın hizmet içi eğitim verdiğinden söz edilmekte, hekimler için sürekli eğitimden söz edilmekte, ancak bunların insan gücü planlaması açısından önemine ve gerekliliğine değinilmemektedir.

Kaynaklar

- 1) Bratton J., Gold J., *Human Resource Management, Sixth edition, Theory and Practice*, 2017, Palgrave.
- 2) Lafortune G., *Health Workforce Policies in OECD Countries Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Division EU Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting Closure Event, Belçika, Mons, 3-4 Mayıs 2016.
- 3) Roberfroid D., Leonard C., Stordeur S., *Physician Supply Forecast: Better than Peering in a Crystal Ball? Human Resources for Health*. 2009; 7-10.
- 4) Meyer S. *Dispensing Physicians, Asymmetric Information Supplier-induced Demand: Evidence from the Swiss Health Survey*, *Int J Health Econ Manag*. 2016;16 (3): 215-245.
- 5) WHO. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Cenevre: WHO; 2006.
- 6) Amorim Lopes M., Almeida AS., Almada-Lobo B., *Handling Healthcare Workforce Planning with Care: Where do We Stand? Human Resources for Health*, 2015; 13:38.
- 7) WHO. *Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections*. Human Resources for Health Observer, No: 3, WHO, Cenevre, 2010.
- 8) Kinsella S., Kiersey RA., *Health Workforce Planning Models, Tools and Processes in Five Countries: An Evidence Review*, Health Research Board, Dublin, 2016.
- 9) Ono T., Lafortune G., Schoenstein M., *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD, 2013.
- 10) Grossman M., *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, *J Pol Econ*. 1972; 80(2): 223-55.
- 11) Malgieri A., Michelutti P., Van Hoegaerden M., *Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU countries*. Slovakia: Joint Action Health Workforce Planning & Forecasting, Funded by the Health Programme of the European Union, 2015. http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf (Erişim Tarihi: 17.12.2018).
- 12) Dall T., West T., Chakrabarti R., Reynolds R., Iacobucci W., *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030 Final Report*. Association of American Medical Colleges, Washington, 2018.
- 13) EU Level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, *Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study*. Revised Final Report by Matrix Insight, Center for Workforce Intelligence, 2012.
- 14) Dussault G., Buchan J., Sermeus W., Padaiga Z. *Assessing Future Health Workforce Needs: Policy Summary 2*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Copenhagen.
- 15) YÖK, Sağlık Bakanlığı, DPT, *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu: Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu*. YÖK Yayın No:2010/1, 2010, Ankara.
- 16) Sağlık Bakanlığı. *2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi*, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 958, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014, Ankara.
- 17) *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu*, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011, Ankara.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlaması: Geçmiş ve gelecek

Dr. Mustafa Kosdak



1974 yılında Afyonkarahisar’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini burada tamamladıktan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1998 yılında mezun oldu. 1998-1999 yıllarında Konya Doğanhisar Merkez Sağlık Ocağında, 2000-2006 yılları arasında İzmir Foça Sağlık Grup Başkanlığında çalıştı. 2006 yılında göreve başladığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcılığı görevini 2011 yılına kadar yürüttü. Bu dönem içinde Bakanlığın sağlık istatistik yıllıklarının yayımlanması, sağlık insan gücü planlama çalışmalarının yürütülmesi, sağlık personeli ve hasta memnuniyet araştırmalarının yürütülmesi başta olmak üzere pek çok konuda çalışma fırsatı buldu. 2012-2015 yılları arasında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde tabip kadrosunda çalışan Kosdak, halen aynı genel müdürlükte Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlama süreci, 1920’li yıllara ve Refik Saydam dönemine dek uzanır. Bu dönemde planlamanın nüfus ve yatak sayılarına odaklandığı görülmektedir (1). Sağlık insan gücü planlamaları 1960’lı yıllardan itibaren kalkınma planlarında çeşitli hedefler şeklinde yer almaya başlamıştır (2). Mart 1992’de sağlıkla ilgili tüm paydaşların katılımıyla düzenlenen “Birinci Ulusal Sağlık Kongresinde” sağlık insan gücü planlamasıyla ilgili bazı kararlar alınmıştır (3). Bu kararlar doğrultusunda 1992 yılından itibaren Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde bir dizi çalışma yürütülmüş, sağlık insan gücü mevcut durumu analizi yapılmış, arz ve ihtiyaç projeksiyon modelleri geliştirilmiş ve çalışmaların sonuçları 1996 yılında “Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu” adıyla yayımlanmıştır (3).

Sağlık insan gücü planlaması konusundaki çalışmalar bu temeller üzerine kurulmuştur. Türkiye genelinde tüm sağlık mesleklerini içeren makro planlama çalışmalarının temeli ise Mayıs 2006 tarihine dayanmaktadır. O zamanki adıyla Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından koordine edilen çalışmalarda bakanlığımız, Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Halk Sağlığı Okulunun ortak

çalışması ile 2006 yılının sonuna kadar sağlıkta insan kaynakları hızlı değerlendirme analizi yapılmıştır. Bu analizin sonucunda “Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi” adlı rapor hazırlanarak 2007 yılında kitap halinde Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanmıştır (4). Sağlık insan gücü planlaması çalışmaları, Nisan 2007’de düzenlenen Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı ile devam etmiştir. Sektörün tüm paydaşlarından 100’den fazla üst düzey katılımcı ile yapılan bu çalıştay, sağlıkta insan kaynakları stratejik planına temel oluşturmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalıştaydan elde edilen sonuçlar “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı” ismiyle 2007 yılında Türkçe ve İngilizce kitap halinde yayımlanmıştır (5). Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi ve Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı’ndan elde edilen sonuçlar daha küçük bir grupta Kasım 2007’de “Sağlıkta İnsan Kaynakları Stratejik Planlama Çalıştayı” tartışılmıştır. 2023 yılına kadarki süreçte ihtiyaçlarda oluşabilecek değişikliklerle ilgili görüşler ortaya konulmuş, arz, ihtiyaç ve ekonomik fizibilite projeksiyonları gerçekleştirilmiş ve sağlıkta insan kaynakları stratejik planına temel oluşturacak kararlar alınmıştır. Sağlıkta İnsan Kaynakları Stratejik Planlama Çalıştayı sonucunda oluşturulan temel varsayımlar, hedefler,

arz-ihtiyaç ve ekonomik fizibilite projeksiyonları 2008-2010 yıllarında yapılan bir dizi üst düzey toplantıda tartışmaya açılmıştır. Değerlendirme ve karar verme amacı taşıyan bu toplantılar Nisan 2008, Kasım 2008, Temmuz 2009, Kasım 2009 ve Şubat 2010 tarihlerinde beş defa tekrarlanmış, biri hariç tüm toplantılar bizzat dönemin Sağlık Bakanının başkanlığında yapılmıştır (6).

Sağlıkta İnsan Kaynakları Stratejik Planlama Çalıştayı ve sonrasında yapılan beş ayrı değerlendirme ve karar verme toplantısının ardından bakanlığımızın sağlık insan gücü konusundaki 2023 Vizyonu netleşmiştir. Son olarak, karar verilen temel varsayımlar ile ihtiyaç ve arz projeksiyonları üzerinde çalışılarak “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” adlı rapor tamamlanmış, 2011 yılında kitap olarak yayınlanmıştır (6). Burada 12 sağlık mesleği dışında kalan sağlık meslekleri, diğer sağlık hizmetleri sınıfı personeli olarak planlandığından 12 meslek haricindeki detayları içermemektedir. Bakanlığımız tarafından yürütülen sağlık insan gücü planlama çalışmalarının 2004-2011 arasındaki kısmı, o zamanki adıyla Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından yürütülürken, 663 Sayılı KHK’nin yürürlüğe girmesinden itibaren Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından devam

ettirilmiştir. Bundan sonra sağlık insan gücü planlaması çalışmaları, tüm sağlık mesleklerini içerecek şekilde genişletilerek sürdürülmüş, yapılan çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi” adıyla Aralık 2014’de kitap olarak yayımlanmıştır (7). 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi raporunda yer alan 2023 yılına yönelik hedefler belirlenirken şu esaslara bağlı kalınmıştır:

- Bazı meslekler için Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonunda yer alan hedefler aynen alınmıştır (hekim, hemşire, ebe, vb.).
- Bazı meslekler için Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonunda yer alan hedefler, yeni gelişmeler ışığında revize edilmiştir (ör: 6308 Sayılı Kanun’un çıkmasından sonra eczacı ihtiyacı yeniden hesaplanmıştır).
- Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonunda yer almayan meslekler için de hedef belirleme çalışmaları en baştan yapılmıştır.

- Her meslek için ilgili meslek çalışanları, öğretim üyeleri, ilgili meslek örgütleri ve Sağlık Bakanlığı temsilcilerinden oluşan bir çalışma grubu kurulmuştur.

- Her meslekte ihtiyacı belirlemek için kendine özgü esaslar ilgili çalışma grubu tarafından oluşturulmuştur.

2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi raporunda sağlık meslekleri ve sağlık sektöründe çalışan diğer meslekler 36 başlık altında incelenmiştir. Raporda bu meslekler için 2023 yılı ihtiyacı, arz ve ihtiyaç projeksiyonlarının karşılaştırılması, eğitimdeki mevcut durumun devamında oluşacak arz ve ihtiyaca uygun sayıda iş gücü yetiştirilmesi için okullara alınacak öğrenci sayılarına ilişkin öneriler yer almaktadır. Raporda tüm bu meslekler için 2023 yılındaki arz ve ihtiyacın karşılaştırması yapılmış olup, yayınlandığı dönem olan 2014 yılı itibarıyla bazı mesleklerde arz-ihtiyaç dengesi varken bazı mesleklerde arzın, bazı mesleklerde de ihtiyacın daha fazla olduğu görülmektedir (7). Bununla birlikte aradan geçen dört yıllık dönemde ilgili okulların kontenjanlarında oluşan değişiklikler de düşünüldüğünde, 2018 yılı sonu itibarıyla hemen tüm mesleklerde (hekimlik ve hemşirelik hariç olup

konu aşağıda özetlenmektedir) ihtiyacın üzerinde öğrencinin yetiştirilmekte olduğu söylenebilir. Bu sebeple ilgili çalışmanın yeni verilerle hazırlanmakta olan güncel hâlinin 2019 yılı şubat ayında tamamlanması hedeflenmektedir. Söz konusu çalışmanın hekimlik ve hemşirelik ile ilgili kısmı 2018 Yılı Kasım ayı içinde yeni verilerle güncellenmiştir. Hekim ve hemşire sayımıza ilişkin hedeflerimizle ilgili olarak sağlık hizmetleri planlaması kapsamında ulaşılmaması beklenen yatak sayılarındaki değişiklikler ve birinci basamakta aile hekimi başına düşen nüfusu temel alan bazı düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları “Revize Edilmiş 2023 Yılı Hekim, Hemşire ve Ebe İhtiyaç Planlaması” adıyla e-bülten olarak yayımlanmıştır. Buna göre 2023 yılı için daha önceki yayınlarda 200.000 olan hekim ihtiyacı 258.000, 315.000 olan hemşire ihtiyacı da 426.000 olmaktadır. Bu durumda, 2018 yılı sonu itibarıyla 1,9 olan 1.000 kişiye düşen hekim sayımız 2023 Yılında 2,9’a (OECD ortalaması 3,4’dür), 2,3 olan 1.000 kişiye düşen hemşire sayımız da 4,9’a (OECD ortalaması 9’dur) yükselecektir.

Sağlık insan gücü planlaması kapsamında gelecekte üzerinde durulması gereken konuların başında tıp fakültesi kontenjanlarının düzenlenmesi, hemşire istihdamına önem verilmesi ve branş bazında uzman hekim ihtiyacı belirleme çalışmalarının yapılması gelmektedir. Hekim ihtiyacı planlaması kapsamında yapılan arz ve ihtiyaç projeksiyonlarına göre 2018 itibarıyla hekim açığımız devam etmektedir ancak, 2029 yılında arz ve ihtiyaç dengesi sağlanmış olacaktır. Bununla birlikte tıp fakültelerine aynı sayıda öğrenci almaya devam etmemiz durumunda, ihtiyacımıza göre, 2035 yılında 50.000, 2040 yılında da 90.000 hekim fazlamız oluşacaktır. Yapılan hesaplamalar, ileride hekim fazlamız olmaması için, tıp fakültesi kontenjanlarının 2021 yılından sonraki bir tarihten itibaren tedricen azaltılması gerektiğini göstermektedir. Beceri karışımının çok önemli olduğu sağlık sektöründe hemşire/hekim oranı Türkiye’de 1,22 iken OECD ülkelerinde ortalama 2,8’dir. Toplam istihdam içinde sağlığın payı ise Türkiye’de 4,95 iken, OECD ülkelerinde ortalama 10,4’dür. 2016 Yılı Kamu Personeli Seçme Sınavına yaklaşık 150.000 hemşirenin girdiği ve okullarda hâlen lisans seviyesinde 67.000 hemşirelik öğrencisinin olduğu da hatırlanırsa önümüzdeki yıllarda

hemşire istihdamında artışa gidilmesi kaçınılmaz görünmektedir. Hem daha önce 2011 yılında yayımlanan Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, hem de Aralık 2014’de yayınlanan 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi raporlarında branş bazında uzman hekim ihtiyacına ilişkin çalışmalar yer almamaktadır. Söz konusu çalışmalar 2014-2017 Yılları arasında 13 uzmanlık dalında (toplam uzman hekim sayısının yaklaşık %45’i) yürütülmüş, raporlama aşamasında getirilmiş fakat çeşitli sebeplerle tamamlanamamıştır. Branş bazlı planlama için (43 tıpta uzmanlık ana dalı, 45 tıpta uzmanlık yan dalı, dokuz dış hekimliğinde uzmanlık dalı ve iki eczacılıkta uzmanlık dalı olmak üzere toplam 99 uzmanlık dalı) yeni bir çalışma takvimi oluşturulmuştur. Bununla ilgili ön hazırlıklar tamamlanmış olup 2019 yılında önemli bir yol alınması hedeflenmektedir.

Kaynaklar

1) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına, Ankara, 1982.

2) Şantaş F, Özer Ö, Çıraklı Ü. Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; 2: 45-59.

3) Türkay F, Özcan S, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1996. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/90>

4) Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Gümrükçüoğlu O F, Ünüvar N, Aydın S, Sur H. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Ankara, 2007. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/170>

5) Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Gümrükçüoğlu O F, Ünüvar N, Aydın S, Sur H. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı, Ankara, 2007. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/172>

6) Akdağ R. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Ankara, 2011. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglikta_insan_kaynaklari_2023_vizyonu.pdf

7) Şencan İ. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, Ankara, 2014. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibaski-webpdf.pdf?0&tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85> maalesef bir iç doküman o sebeple kaynak olarak gösterilmeyebilir.

Sağlık insan kaynağını neden planlayamıyoruz?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Ülkemizde sağlık insan kaynakları planlaması ve hedef belirlemeye yönelik ilk çalışmalar Cumhuriyetin ilanı sonrası Dr. Refik Saydam (1923-1937) dönemine rastlamaktadır. O yıllarda sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik okulların kurulması ve bu okulların cazibesinin artırılması öncelikli konu olmuş ve bu durum 1960'lı yıllarda planlı kalkınma dönemine geçilmesinden bu yana önemini korumuştur. Bu doğrultuda Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) sağlık insan kaynaklarına yönelik "15 yıl içinde sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır" hedefi belirlenmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik eğitim kurumlarının kurulması, bu kurumların kapasitelerinin artırılması, yurt çapında sağlık insan kaynaklarının dengeli dağılımını sağlayacak bir personel ve ücret politikasının uygulanması yönünde hedefler belirlenmiştir. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) tüm yüksek öğretim yapanlara uygulanan "yurt kalkınması hizmetinin" hekimlere de yurt içinde dengeli dağılımı sağlamaya yönelik uygulanması, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde, her kademede ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının yeterli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamının

sağlanması, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) da sağlık personeli sayısının artırılması hedeflenmiş ve aynı zamanda eğitim ve sürekli gelişimin önemi vurgulanmıştır. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) insan kaynaklarının kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki dağılımının düzensiz olduğuna işaret edilmiş, iş yüküne dayalı planlama ve çalışanların rol ve sorumluluklarının tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) sağlık insan kaynaklarının sayı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılmasının önemini koruduğu vurgulanmıştır. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu için sağlık insan kaynaklarında iyileştirme ihtiyacının devam ettiği vurgulanmıştır (1).

Görüldüğü gibi Cumhuriyet tarihimiz, âdeta sağlıkta insan gücü planlaması uğraşlarının da bir tarihi gibidir. Bitmek tükenmek bilmeyen bir uğraş ve bir türlü ulaşamayan bir hedeften söz etmekteyiz. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlıkta insan kaynaklarının değerlendirilmesi konusunda veriye dayalı detaylı bir süreç başlatmıştır. Öncelikle mevcut durumun değerlendirilmesi için kapsamlı bir çalıştay düzenlenmiştir. Mevcut durumun analizini müteakiben, politika ve stratejilerin belirlenmesini kapsayacak şekilde çalışmalar yapılmıştır (2, 3). Böylece

sağlıkta ihtiyaç duyulan insan kaynakları yeni uygulamalara paralel olarak masaya yatırılmış ve bu çerçevede ulusal politika belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmalara katılmak üzere davet edilen uzmanların arasında Harvard Halk Sağlığı Okulu akademisyenlerinden Prof. Dr. Thomas Bossert de bulunuyordu. Ön görüşmede dönemin Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ'ın Türkiye'de doktor sayısının azlığından şikayet etmesi üzerine Bossert'in verdiği tepkiyi hâlâ hatırlıyorum. Şimdiye kadar doktor sayısını yeterli bulan bir sağlık bakanı ile karşılaşmadığımı söylemişti. Yani konunun o cepheden görünümü hep aynı oluyor. Hâlbuki aynı günlerde meslek örgütümüz bizleri 80'li yıllardan beri artan sayı nedeniyle ülkemizde doktor enflasyonu olduğuna inandırıyor. Bu kapsamda yapılan bir diğer çalışma, Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı ile birlikte oluşturulan bir heyet tarafından ilki 2008, ikincisi 2010, üçüncüsü de 2014 yılında yayımlanan "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu"dur (4). Ancak adından da anlaşılacağı gibi bu raporlar bir analiz ve politika metni olmaktan çok, mevcut durumun belirlenmesinden ibarettir.

Elimizde ileriye yönelik projeksiyonlar içeren en güncel kaynak, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonu adlı çalışmadır (5) ve "2023 yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi" adıyla 2014'te güncel-

lenerek yayımlanmıştır (6). 2011 yılında yapılan bu çalışmada iş gücü planlama projeksiyonu olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek ve bilgisayar tabanlı bir simülasyon modelidir. Bu belgede, çok yönlü olarak 2008 yılındaki sağlık insan kaynağı durumu ortaya konmuş, TÜİK nüfus projeksiyonları kullanılarak 2023 yılında olabilecek ihtiyacı ortaya çıkarmaya ve buna göre işgücü planlaması yapmaya çalışılmıştır.



Bildiğim kadarıyla bundan sonra yapılmış bu denli kapsamlı bir çalışma henüz mevcut değildir; en azından yayınlanmış bir belge elimizde yoktur. Nitekim 8 Haziran 2018 tarihli gazetelerde bir önceki Sağlık Bakanımızın şu açıklaması yer almaktaydı: “Yaptığımız insan kaynağı çalışmalarına göre 2023 yılında pratisyen hekim açığımız tamamlanmış oluyor, açığımız kalmayacak. O nedenle pratisyen hekim arkadaşlarımızdan mecburi hizmeti kaldıracamız 2023’de” (7). Görülüyor ki, sayın Bakan da bu çalışmalara atıf yaparak beyanda bulunmuştur. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığının insan kaynağı planlamalarını güncellemekte olduğu fakat henüz kamuoyuyla paylaşma aşamasında olmadığı haberini aldım.

İşgücü planlaması, ya da bir diğer ismiyle insan kaynakları planlaması, organizasyonlarda gerekli sayı ve nitelikteki personelin gerekli zamanda istihdam edilmesini sağlamak için yapılan planlama olarak tanımlanmaktadır. Burada gerekli sayı ve nitelikten kastedilen, örgütün hedeflediği işi üretme kapasitesine sahip olacak kişilerin nitelik ve niceliğidir (8). Daha öz bir ifade ile insan gücü planlaması, kurumun genel amaçları çerçevesinde uygun sayıda ve uygun nitelikteki personeli, işletme için en uygun zamanda ve becerilerine göre en uygun birimlerde çalıştırmak üzere işlerini etkili biçimde yapmalarını sağlayan bir süreçtir (9). Bu tanımlı sağlık insan gücü planlamasına teşmil ettiğimizde, gelecekte ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerini tahmin ederek mevcut duruma göre oluşabilecek insan kaynağı durumunun analiz edilmesini anlarız. Yani bu yolla, ortaya çıkacak sağlık hizmet talebi ile bu hizmeti karşılayacak sağlık insan gücünün arzını dengelemeye çalışırız. Bu dengelemenin basit bir durum olmadığı ortadadır. Her iki durum da teknolojik gelişmeler, sisteme yeni çalışanların girmesi ve işten

ayrılmalar, insan kaynağının beceri ve birikimleri, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, demografi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet kültürü gibi birçok faktörden etkilenmektedir (10).

Bilindiği gibi sağlık insan gücü planlamasında kullanılan birçok farklı yöntem mevcuttur. Bu yöntemler arasında; işgücü-nüfus oranı, sağlık ihtiyaçları yöntemi, kullanıma dayalı yaklaşım, hedef hizmet tabanlı yöntem ve iş yükü analizi yöntemi gibi yöntemler yer almaktadır. Görüleceği gibi bunlar farklı değişkenleri dikkate alan yöntemlerdir. Ne kadar çok değişken bir arada kullanılırsa muhtemelen o oranda doğru analize yaklaşılmış oluruz. Ne var ki, basit bir organizasyonun hedeflerine uygun insan kaynağı planlaması ile bir toplumun kaderine etki eden sağlık sisteminin hedeflerine uygun uzun vadeli insan kaynağı planlaması arasında çok büyük farklar vardır. Sistemin hedeflerinin berraklığı bir yana, zaman içinde değişimi, sistemde rol alan kaynakların nitelik bakımından değişkenliği, bunların eğitim, zaman, fırsat, alışkanlık ve kültüre göre farklılıklar göstermesi, toplumcu veya profesyonel davranış modelleri ve tüm bunlara etki eden kamu politikaları, karşımıza sandığımızdan daha fazla etkili değişkenler çıkarmaktadır.

İnsan kaynağı planlaması yapmada öncelikli adım, her halde sistemin hedeflerini belirlemek ve buna göre hizmet ihtiyacını ortaya koymaktır. Sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda aslında ihtiyaç olmayan bazı isteklerin talep olarak ortaya çıkması mümkün olabildiği gibi, talebe dönüşmesi gerektiği halde çoğu kez fark edilmeyen ya da ifade edilemeyen ihtiyaçlar da bulunabilmektedir. Başka bir deyişle sağlık ve sağlık hizmetleri konusundaki ihtiyaçlar, bireysel algılarla ortaya çıkan “hissedilen ihtiyaçlar”, uzmanlar tarafından saptanan “normatif

Meslekî şovenizm ile hekimliğimizi ne kadar korumayı başarırırsak başaralım, uğradığımız görev kaymaları, erozyonları, gittikçe artan orandaki profesyonelleşme ve gelişen teknoloji ile birlikte sürekli değişen beklenti ve ihtiyaçlar karşısında durmadan mutasyona uğrayan bir mesleğin mensuplarıyız.

İhtiyaçlar” ve sağlık hizmeti alma amacıyla başvuru şeklinde eyleme dönüşmesiyle var olan “ifade edilen ihtiyaçlar” olarak sınıflanmaktadır (11, 12).

Bu ihtiyaçlar belirlenirken, anahtar kişi görüşmeleri, toplum taramaları, demografik analizler, çıkarımsal yöntemler, program verileri analizi gibi bilinen yöntemlerin hangisi kullanılırsa kullanılsın, ihtiyacın zaman çizelgesine yerleştirilmesinde ayrıca zorluklar mevcuttur (12, 13). Gelecek projeksiyonları, gelecekteki değişimleri de bilmeyi gerektirmektedir. Kaldı ki, bazen epidemiyolojik verilerden hareketle hesaplanan ihtiyaçlar ile gerçek hayatın uygulamaları arasında ciddi farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin, ülkemizde gebe kadınlar için doğum öncesi bakım hizmetleri yıllardır ücretsiz ve yaygın olarak verilmesine rağmen yapılan sekonder veri analizlerinde kırsal kesimden bir grup gebe kadının ihtiyaçları olan bu hizmetleri

Sağlık hizmetini sunan hekimlerin aldıkları eğitim ve kazandıkları beceriyle uygun olmayan görev ve sorumluluklarla meşgul edilmesi çok önemli bir iş gücü kaybı ve ciddi oranda da israftır. Sağlık sistemimizde bağımsız bir analiz, sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğunun uzmanlık hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşgul olduğunu meydana çıkaracaktır.

hiç kullanmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu durumun nedenleri araştırıldığında kadınların bu hizmetlerden yararlanmaları halinde birinci basamakta hizmet sunan ebeler tarafından rutin bir uygulama olarak ultrasonografi için kadın-doğum uzmanlarına sevk edildikleri, gebelik sonunda doğum için hastaneye davet edildikleri ve doğumların da genellikle sezaryenle sonuçlanması nedeniyle bunu duyan pek çok kadının bir daha doğum öncesi bakım için bu birimlere gitmemeye başladıkları görülmüştür (12, 14, 15).

İnsan kaynağı planlamasında belirlenen ihtiyacı karşılayacak en önemli unsur, ihtiyaca uygun nitelikteki sağlık meslek mensubudur. Yukarıdaki tanımlamalarda sözü edilen sayı yanında vurgu yapılan husus, nitelik ve beceridir. Bu nitelik ve beceriler, düzey, kapsam ve derinliğine göre sistemde rol alan farklı sağlık mesleklerinin vasıflarıdır. Yeterince bilgi ve beceri kazandırılması, yani yetkinliklere dayalı kaliteli meslek eğitimi konusu bu yazının kapsamı dışında olup ayrıca tartışılması gereken bir husustur. Burada değinmek istediğim konu, ihtiyaç duyulan niteliklerin iyi tanımlanması ve bunların sağlık meslekleri arasında paylaşımıdır.

Sağlık hizmet sunum karakterindeki değişimler ve sağlıkla ilgi genel kabul değişiklikleri, doğal olarak yeni mesleklerin ortaya çıkması, eskilerin güç ve yetki alanlarının yeni bir şekle bürünmesiyle sonuçlanmaktadır. İmkânların, öncelikle-

rin ve beklentilerin bugüne göre çok daha az olduğu dönemlerde ve gelişmekte olan ülkelerde bugün aşına olduğumuzdan çok farklı çözümler üretilmekteydi. Bu hususta başarılı çözümlerde rol alan sağlık mesleklerini bugün bir çoğumuzun tahayyül etmesi bile zordur. Eski Sovyetler Birliği'ndeki Feldsherler, Hindistan'daki Kırsal Tıp Yardımcıları (RMA), ayurvedik tıp eğitimi almış olan AYUSH sağlık memurları, Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yaygın biçimde hizmet veren sağlık memurları, Çin'de Mao dönemindeki çıplak ayaklı doktorlar bu örneklerden bazılarıdır (16).

Geleceği öngörmek için çaba harcadığımızda ise, bugün hâlen dünyanın pek çok yöresinde sorunlu olan ilk basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda bütüncül yaklaşımını önemseydiğimiz aile hekimlerinin ve genel pratisyenlerin işlevinin azalması, bunun yerine hekim yardımcısı, pratisyen hemşire, kiropraktör, sağlık memuru, optometrist, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog gibi mesleklerin, birinci basamak hizmetlerinde daha fazla rol almasını beklemek kehanet değildir (15). Nitekim hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde bunların örnekleri şimdiden hızla artmaya başlamıştır. Örneğin ABD'deki hekim yardımcısı ve pratisyen hemşireler dört yıllık üniversite eğitimi almış ve birinci basamakta pek çok tanı ve tedavi işlemini başarı ile yapabilen sağlık personeli. Yapılan araştırmalar, hekim yardımcılarının, pratisyen hekimlerin yaptıkları işlerin %85'ini başarılı şekilde yapabildiklerini göstermektedir (16, 17).

Amerika'nın pek çok eyaletinde pratisyen hemşirelerin tanı koyma ve tedavi yapma, hatta reçete yazma yetkisi bulunmaktadır. Ülke çapında 500'den fazla pratisyen hemşirelik kliniği bulunmaktadır ve 2013 yılında buralara başvuru sayısı 900 milyondan fazla olmuştur. Pratisyen hemşirelerin kendilerine başvuran aile hekimliği vakalarının %90'ını başarı ile tedavi edebildiği bildirilmektedir (16, 18). Hekimden daha kısa süreli eğitim almış bazı sağlık mesleklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin yerini doldurabileceğine ilişkin çok sayıda örnek bulunmaktadır (19, 20). Bu türde meslek görev kaymalarının hekimlerin üzerindeki yükü alması ile hekimlerin kendilerine gerçekten ihtiyacı olan hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini ön görebiliriz.

Birinci basamakta verdiğimiz örnekleri çoğaltmak ve bütün bir sağlık sistemi

içine yaymak mümkündür. Tetkik ve tanı araçlarının gelişmesi, tanıya götüren parametrelerin çokluğu ve gittikçe daralan alanlarda derinlemesine bilginin çoğalması, gittikçe artan oranda tıp dalları ortaya çıkarmaktadır. Diğer bir deyişle tababet parçalanarak alt dallara ayrılmaktadır. Bu da geçmişte bir hekimle varılan yargıya ulaşmak için farklı hekimlerin görüşlerine ihtiyaç duyulduğu anlamına gelmektedir. Hele doğumda beklenen ömrün uzadığı yaşlı nüfusun gittikçe arttığı dünyamızda, kronik ve çoklu sağlık sorununa sahip hastaların sorununu çözmek için hekimden hekime dolaşması gibi bir garabetle bizi yüz yüze bırakmaktadır. Bu sağlık sorunlarının tanı ve tedavisi artık tek bir sağlık mesleğinin yapabileceği kadar basit olmayıp farklı mesleklerin çok iyi bir eşgüdüm ile çalışmasını gerektirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hospitalist uzmanlığının ortaya çıkışı muhtemelen böyle bir gerekçeyle dayanmaktadır. Bu meslek, birden çok sağlık sorunu ile hastaneye başvuran ve birbirinden çok farklı uzmanların ilgi alanına giren bir hastanın, hastanede bulunduğu sürece aslında kimin hastası olacağı sorusuna cevap olarak ortaya çıkmıştır (21). Benzer bir gerekçe ile ortaya çıkan ve ülkemizde de gittikçe sayısı artan başka meslek de acil tıp uzmanlığıdır. Bu uzmanlıkların ilgi alanları tıptaki geleneksel uzmanlık alanları gibi organ, sistem ya da hastalıklar değil, kurumların belirli mekânlarına gelen tüm hastalardır. Bu tür gelişmeler sadece hekimlik mesleğinde değil, diğer sağlık mesleklerinde de görülmektedir (21).

Konuya hasta ve hastalık açısından baktığımızda, farklı mesleklerin önemini yitirmesi, ortaya çıkması, önem kazanması ya da görev kapsamının değişmesinin ardındaki dinamikleri anlamamız zor olmasa gerektir. Bir de olaya ihtiyaç duyulan hizmetin karakteri açısından bakmakta yarar vardır. Sağlık hizmetini sunan hekimlerin aldıkları eğitim ve kazandıkları beceriyle uygun olmayan görev ve sorumluluklarla meşgul edilmesi çok önemli bir iş gücü kaybı ve ciddi oranda da israftır. Sağlık sistemimizde bağımsız bir analiz, sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğunun uzmanlık hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşgul olduğunu meydana çıkaracaktır. Gözlük reçetesi için göz hastalıkları uzmanına, gebe takibi ve doğum için kadın hastalıkları ve doğum uzmanına, sağlam çocuk takibi ve aşılama için çocuk hastalıkları uzmanına, saç ekimi ve diğer estetik

işlemler için dermatologlara ve plastik cerrahlara, bel ve sırt ağrıları için beyin ve sinir cerrahisi ile ortopedi veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına başvurmamızı öngören bir sağlık sisteminde yaşıyoruz. Oysa demografik dönüşümünü bizden önce gerçekleştiren ülkelerde bu işler çok uzun zaman önce optisyenlik, optimetristlik, kiropraktörlük, osteopatlık, estetisyenlik gibi başka mesleklere terk edilmiştir (16).

Doksanlı yıllarda ABD vatandaşlarının tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları için bir yılda yaptıkları harcamanın 20 milyar dolardan daha fazla olduğunun anlaşılması ile birlikte bu uygulamalar okullarda öğretilmeye, sağlık kuruluşlarında uygulanmaya ve sigortalar tarafından kapsanmaya başlamıştır (22, 23). Bunun doğal sonucu olarak da bu tür faaliyetleri yapanlar artık sağlık mesleği olarak kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, geleneksel tıp uygulamalarını önemli bir sağlık politika alanı olarak ele almasının ardında da bu tür dinamiklerin olduğunu sanıyorum. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları Sağlık Bakanlığının nüfuz alanına girdikten sonra ülkemizde de bu alanda yoğun bir hareketlenme olmuş ve üniversitelerce farklı geleneksel terapist eğitimleri başlatılmıştır. Bu tür uygulamaların toplumda benimsenme derecesi, modern tıp mesleklerine olan ihtiyacı çok değiştirecektir.

Meslekî şovenizm ile hekimliğimizi ne kadar korumayı başarısak başarılıyız, uğradığımız görev kaymaları, erozyonları, gittikçe artan orandaki profesyonelleşme ve gelişen teknoloji ile birlikte sürekli değişen beklenti ve ihtiyaçlar karşısında durmadan mutasyona uğrayan bir mesleğin mensuplarıyız. Profesyonelleşme dinamik bir süreç olduğundan herhangi bir yer ve dönemde bir mesleğin baskınlığını o günün koşullarına uygun bir sözleşme gibi görmek ve bu sözleşmenin her fırsatta değişime, yenilenmeye açık olduğunu unutmamak gerekir (22).

Sağlık hizmetlerinde profesyonelleşmenin günümüz koşullarında nasıl olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar, bir hastalık ya da hastadan tek bir mesleğin sorumlu olmasından (unidisipliner), çok sayıda mesleğin birbirinden bağımsız olarak çalışmasına (multidisipliner), çok sayıda mesleğin ortak bir amaç doğrultusunda çalışmasına (interdisipliner),

ortak bir model çerçevesinde bir araya gelmiş çok sayıda mesleğin ortak bir dil kullanarak çalışmasına (transdisipliner) kadar değişebilmektedir (24). Artık sağlık mesleklerinin bireysel özerkliklerini koruyucu taassuptan kurtularak iş birliğine dayanan karşılıklı bağımlılık anlayışına uygun çalışmaları zorunlu hale gelmektedir. Sağlık mesleklerindeki eski kabile benzeri yapılar yerine disiplinler arası yapılanmalar ön plana çıkmakta, bir tür network toplumu oluşmaktadır (22).

Sağlık sisteminde farklı güç ve mesafedeki bağlantıların, farklı iletişim yollarının, farklı yetki ve güç odaklarının, durmadan değişen kapsama alanlarının ve çekim noktalarının olduğu bir meslekler ağına sahibiz. Diğer taraftan hastalık anlayışı, vatandaş beklentileri ve algı düzeyinin biteviye değişmesi ile gelişen teknoloji ve refah düzeyinden kaynaklanan yeni sorunların ortaya çıkardığı dinamik değişken bir ihtiyaçlar havuzu mevcuttur. Biri arza diğeri talebe kaynaklık eden bu çoklu değişkenler kümelerini, tam kestiremediğimiz gelecek çizgisinde dengelemek için yapacağımız öngörünün adıdır, insan kaynakları projeksiyonu. Sahi sizce bu mümkün mü? Ya da ne kadar mümkün?

Kaynaklar

- 1) Avcı K, Ağaoğlu S., Türkiye'de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 7 (1), 83-94. 2014.
- 2) Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Gümrükçüoğlu O., Ünüvar N., Aydın S., (ed.), Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, Ankara.
- 3) Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Gümrükçüoğlu O., Ünüvar N., Aydın S. (ed.), Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, Ankara.
- 4) Solak M. (ed.), Türkiye'de Sağlık Eğitimi Ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, 2014, Eskişehir.
- 5) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011, Ankara.
- 6) https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimbaski-webpdf.pdf?0&_tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85. (Erişim Tarihi: 15.12.2018)
- 7) <https://www.mynet.com/saglik-bakani-ahmet-demircan-yaptigimiz-insan-kaynagi-calismalarin-a-gore-2023-yilinda-pratisyen-hekim-acigimiz-tam-amlanmis-oluyor-acigimiz-kalmayacak-o-nedenle-pratisyen-hekim-arkadaslarimizdan-mecburi-hizmeti-kaldiracagiz-2023te-110104180632> (Erişim tarihi: 1.11.2018).
- 8) Sur, H., İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve

İşlevler İçinde, Sur, H., Palteki, T.(Editör). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitapevi, 2013, İstanbul.

9) Öztekin, Z., Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlkeleri ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Materyali No: 5, 1995, Ankara.

10) Ono T., Lafortune G., Schoenstein M., Health Workforce Planning in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 62, 2013.

11) Wright, J., Assessing Health Needs, içn. Pencheon D., Guest C., Melzer D., Muir Gray JA (eds), Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. Oxford, 2001 syf. 38-46.

12) Hayran, O., Sağlık Yönetiminde İhtiyaç Analizi. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/478/Saglik-yonetiminde-ihciyac-analizi.aspx> (Erişim tarihi: 1.11.2018).

13) Spiegel AD., Hyman HH., Strategic Health Planning: Methods and Techniques Applied to Marketing and Management. Norwood, NJ, Ablex, 1991.

14) Sağlık Arama Davranışı Araştırması: Ana Rapor. Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, 2007.

15) Ay, P., Hayran, O., Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Coşkun, A., Save, D., Nalbant, H., Özdemir, E., Eker, L., The Influence of Gender Roles on Health Seeking Behaviour During Pregnancy in Turkey. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2009, 14 (4) syf. 290-300.

16) Hayran, O., Yeni Bir Sağlık ve Hizmet Anlayışına Doğru, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 34, syf. 32-33, 2015

17) Bangalore and Framingham: The Future of Medicine Squeezing out the Doctor: The Role of Physicians at the Centre of Health Care is Under Pressure. The Economist, 2012, <http://www.economist.com/node/21556227/print> (Erişim tarihi: 14.11.2018).

18) Kreimer S. Building Better Care Teams with Nonphysician Providers, Medical Economics, 19 Kasım 2014. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/building-better-care-teams-non-physician-providers?page=full> (Erişim tarihi: 14.11.2018).

19) Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B., Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care, Cochrane Database Syst Rev. 2005, (2).

20) Abegunde DO., Shengelia B., Luyten A., Cameron A., Celletti F., Nishtar S., vd. Can Non-physician Health-care Workers Assess and Manage Cardiovascular Risk in Primary Care? Bull World Health Organ. 2007, 85 (6) syf. 432-440.

21) Palabindala V., Salim SA., Era of Hospitalists, J Community Hosp Intern Med Perspect. 2018, 8 (1), syf. 16-20.

22) Hayran, O., Sağlık Hizmetlerinde Yeni Meslekler, Profesyonelleşme ve Profesyonelizm, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 47, 2018, syf. 84-90.

23) Eisenberg DM., Davis RB., Etnner SL., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler RC., Trends in Alternative Medicine Use in The United States, 1990-1997: Results Of A Follow-Up National Survey, Journal of the American Medical Association 1998, 280 (18), syf. 1569-1575.

24) IOM (Institute of Medicine), Establishing Transdisciplinary Professionalism for Improving Health Outcomes: Workshop Summary, Washington, DC, The National Academies Press, 2013.

Sağlık meslekleri ve profesyonellerinin geldiği nokta

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Bütün ileri teknoloji ürünü yoğunluğuna ve karmaşık bilişim vb. sistemlerine rağmen sağlık hizmetleri yine de emek-yoğun hizmet türü olarak nitelendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılı Dünya Sağlık Raporunda "sağlık sistemlerinin karşı karşıya oldukları en büyük sıkıntı sistemi işletecek kişilerin kıtlığıdır" denmektedir (1). 2006'daki raporda da konu olarak sağlık profesyonelleri seçilmiş ve sağlık profesyoneli "asıl işi ve uğraşısı sağlığın geliştirilmesi olan herkeştir," diye tanımlanmıştır (2). Bu raporda sağlık profesyonellerinin meslek hayatı 3 ana evrede anlatılmaktadır. Birincisi, kişilerin sağlık insan gücü ordusuna yeni katıldığı dönem, ikincisi bu gücün bir parçası olarak çalışmayı sürdürdüğü olgunluk dönemi ve üçüncüsü de iş yaşamından kopuş ve emeklilik dönemidir. Sağlık profesyonellerinin her evresi için kendine özgü politika ve müdahaleler ortaya konulmalıdır. Var olan insan kaynağının çalışma şekline göre yola çıkılarak aksaklıkların düzeltilmesi ve yeni yüzyıl içinde ortaya çıkacak ihtiyaçların da öngörülmesi için çaba sarf edilmelidir.

Dünyanın her yerinde önümüzdeki on yıllar için gereken sağlık insan gücü sayısı ve nitelik yelpazesini karşılayabilmek kritik bir önem taşımaktadır. Öncelikle 21. yüzyılda insanlığın sağlık sorunlarını, buna çözüm olacak hizmet ve müdahalelere ilişkin ihtiyacını ve yapılması gerekenleri ayrıntılı biçimde ele almak ve buna göre

hazırlıklara girişmek gerekmektedir. Bugünün ihtiyaçlarına bile karşılık gelecek sağlık insan gücünü hemen hiçbir ülke elde edememişken, gelecekte ihtiyaçlar giderek artacaktır. Sağlık insan gücünde sayısal açık yanında birçok ülkenin sağlık profesyonelinin nitelik sorunları da bulunmaktadır. Bunlara ek olarak, giderek karmaşılaşan bir teknolojik ağırlık kazanan sektörümüzde ihtiyaç duyulana göre yetersiz çeşitlilikteki bu insan kaynağının ülkeler arasında ve her ülkenin kendi içinde dağılımı açısından hakkaniyetsizlikler vardır. Sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde de çözülmesi çok zor sorunlar bulunmaktadır.

Öte yandan, toplumlar yaşlanmakta, sağlık teknolojileri hızla gelişmekte, iletişim ve ulaşım olanaklarının artışıyla birlikte talepte büyük artışlar yaşanmaktadır. Ulusların hastalık örüntüsü değişmiş ve baskın olarak kronik hastalıklar ön plana geçmiştir. Bu da önlemesi ve tedavisi zor ve pahalı hizmetler anlamına gelmektedir.

Teknolojinin Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Hizmeti Üzerine Etkileri

Yeni teknolojiler inovasyon, kalitenin sürekli geliştirilmesi ve verimlilik açısından çok yarar sağlamaktadır. İnternet üzerinden yaşanan gelişmeler arasında e-öğrenme, e-sağlık, m-sağlık (mobil sağlık) ve sosyal medya, sağlık profesyonellerine kaldiraç niteliğinde gelişme kazandırmıştır. Bu olanakları amacına uygun ve yeterli miktarda kullanmak basiretini gösterme

sorumluluğu bizdedir. Bu olanakların bize sağlayacağı faydalar dört grupta toplanabilir:

- Yeni eğitim modellerinin oluşturulması ve daha kısa sürede, daha yetkin profesyonellerin yetiştirilmesi
- Sağlık hizmeti sistemi ve örgütleri içinde çalışırken görevlilerin akranlarıyla, astlarıyla ve üstleriyle daha iyi bir performans düzeyinde takım oluşturması
- Hizmet alanların sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ve daha uyumlu bir süreç yaşama yoluyla hizmetin sonuçlarının maksimize edilmesi
- Sağlık sistemlerinin bizi kendini daha iyi kontrol etmesi ve iyileştirmesi, bunun için gereken veri ve sinyalleri üretebilme yeteneğinin artırılması.

Sağlık teknolojileri geliştikçe yeni uzmanlık alanları açılmakta ve bu durum insan gücünün daha da pahalı olmasına yol açmaktadır. Yıllar içinde bütün dünyada sağlık hizmetlerinin örgütlenişi, işleyişi ve sonuçları açısından bir gelişmenin olduğu söylenebilir. Ancak, ulusal ve uluslararası sağlık politikalarına bakıldığında belirlenen hedeflere ulaşmaktan çok uzak olduğumuz görülmektedir.

Sağlık insan gücü yaşadığımız bu büyük değişim dönemlerinden ne şekilde etkileniyor olabilir?

- Var olan mesleklerin uygulama tekniklerinin değişmesi, yeni bilgi-beceri alanlarının mesleki uygulamanın içine girmesi

- Yeni mesleklerin ortaya çıkması
- Eski veya yeni sağlık mesleklerinde uzmanlaşma ve alt bölümlere ayrışmanın hızla sürmesi
- Araştırma ve deney olanaklarının da artmasıyla var olan meslekî bilginin hızla eskimesi ve yarılanma ömrünün kısılması, yeni bilgi üretiminin çok hızlanması ve öğrenilmesi gereken şeylerin çok fazla olması
- Sağlık sistemlerinin ve örgütlerinin yapısının değişmesiyle yeni rollerin üstlenilmesi
- Sağlıkta ödeme mekanizmalarının ve pazarların etkisiyle mesleki ve kişisel çıkarların denge noktalarının değişmesi, bilgi bazlı üretimin kazançlı çıkmaya başlaması
- Bilişim ve ulaşım olanaklarının artmasıyla iyice umutsuz hastalar da dâhil olmak üzere hizmetlere talebin gittikçe artması
- Tüketici hakları eğilimlerinin sağlık hizmetlerine etkisiyle artık profesyonel odaklı olmaktan çok hasta ve aile odaklı olması ve buna bağlı olarak da sağlık hizmetlerine geçiş ile birlikte büyük bir rol değişiminin yaşanması
- Gittikçe yaşlanan nüfus ile birlikte kronik hastalıkları taşıyan kişilerin sayısında büyük bir artış görülmesi
- Birçok nedene bağlı olarak çoğu bulaşıcı olmak üzere yeni hastalıkların ortaya çıkması (son 36 yılda tam 40 tane yeni hastalık ortaya çıkmıştır)
- Küreselleşmenin sağlığa etkileriyle ve sağlık turizminin büyük bir trend haline gelmesiyle hastaların profillerinin de uluslararası hâle gelmesi, farklı dil konuşan insanlara hizmet etmenin de yaygınlaşması
- Uzaktan hizmet anlayışının gittikçe yaygınlaşması

Her ülke için geçerli olduğu gibi küresel olarak da geçerli olacak bir çözüm, yönetişimin güçlendirilmesi ve hesap verebilirliğin tam olarak sağlanması olacaktır. Bunun için sağlık insan gücünün ihtiyaç analizi ve yetiştirilmesi için planlama aşamalarında kanıta dayalı karar vermek bir zorunluluktur. Güvenilir ve güncellenmiş sağlık insan



gücü ve dağılımı verileri, pazar analizleri, geleceğe ilişkin senaryoların hazırlanıp buna göre kurgu yapılması insan gücü stratejilerimizin oluşturulmasındaki dayanaklarımızdır. Bunun için önce siyasetçilerin buna isteği olmalı, sonra da hükümet yetkilileri hesap verebilir bir pozisyonu kabul etmiş olmalılardır (3).

DSÖ “dünyanın her yerinde, herkes güçlü bir sağlık sistemi içinde, yeterli beceriyle donanmış, motive olmuş ve desteklenmiş bir sağlık profesyoneline kolayca erişebilmelidir,” görüşünde ısrarla durmaktadır. Bunu sağlayabilmek adına yapılacak çalışmalar için, hükümetlere ve sağlık yöneticilerine etkili ve sürdürülebilir sağlık insan gücü kadrosu oluşturmada yardımcı olmak üzere Sağlık İnsangücü Faaliyet Çerçevesi diye çevirebileceğimiz dokümanlar hazırlanmaktadır. Kapsamlı bir yaklaşımla bakılırsa, işgücü eksiklikleri, dağılım bozuklukları, istenilen yetkinlikler ile profesyonellerin becerileri arasındaki mesafe, istihdam oranlarındaki düşük düzeyler ve motivasyon azalmaları buradan tespit edilerek çözümler üretilebilir.

Ülkeler sağlık insan gücü açısından anlayışlarını temelden değiştirmekle işe başlamalıdır. Bunu kontrol altına alınacak bir maliyet unsuru yerine özellikle kadın istihdamı nedeniyle sosyoekonomik bir kalkınma alanı ve yarınlara yatırım olarak görmelidir. Sağlık hizmetlerini parçalanmış ve bölük pörçük şekilde uzmanlık alanları içinde ele alıp bütün içinde görmemek doğru değildir. Sektörler arası bir yapılanma ile etkili bir müdahale ve hizmet alanı şekline çevirmelidir. Ülkeler çapında güçlü bir yapılanma sonucu oluşmuş etkili kuruluşlar eliyle sağlık

hizmetlerinde verimlilik çok artırılabilir, böylece sağlığa ayrılan kaynaklardan daha fazla yarar elde edilecektir

Sağlık Meslekleri

Mesleklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Standard Classification of Occupations -ISCO, 2008 revision) isimli kaynakta 22 kodu sağlık profesyonellerine verilmiştir. 32 kodu da sağlıkla ilişkili meslekler denilen bölüme ayrılmıştır. Birden yediye kadar sağlık meslekleri kodları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Mesleklerin Uluslararası Sınıflandırılmasında Sağlık Mesleklerinin Kodları (International Standard Classification of Occupations -ISCO, 2008 revision)

ISCO Kodu	Meslek
22-Sağlık Meslekleri	
221	Tıp doktorları
222	Hemşirelik ve Ebelik mensupları
223	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Meslekleri mensupları
224	Paramedikal Pratisyenler (paramediklerle karıştırılmaması notuyla)
225	Veterinerler
226	Diğer sağlık profesyonelleri
227	Medikal asistansla ilgili profesyoneller

Sağlık profesyonellerinin kabaca sınıflaması böylece yapıldıktan sonra ayrıntılı bir sınıflama tablosu ile 4 basamaklı kodlaması yapılmaktadır. Sağlık insan gücü demekle neyi kastettiğimizin tam anlaşılması için gerekli olan bu ayrıntı Tablo 2’de gösterilmektedir:

Tablo 2: Sağlık Profesyonellerinin Uluslararası Sınıflandırılması (International Standard Classification of Occupations -ISCO, 2008 revision)

ISCO Kodu	Meslek
Sağlık Meslekleri	
2211	Genel Pratisyenlik
2212	Uzman hekimlik
	Uzmanlık Dallarına Göre Ana Gruplar
	Obstetrik ve Jinekolojik Uzmanlıklar
	Pediyatri ve İlişkili Uzmanlıklar
	Psikiyatrik Uzmanlıklar ve İlişkili Dallar
	Cerrahi Uzmanlık Grubu
	Dahili Uzmanlık Dallar
	Diğer Sınıflara Girmemiş Olan Uzmanlıklar
2221	Hemşirelik
2222	Ebelik
2230	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Meslekleri
2240	Paramedikal Pratisyenlik (paramediklerle karıştırılmaması notuyla)
2261	Dişhekimliği
2262	Eczacılık
2263	Çevre ve İş Sağlığı Meslekleri
2264	Fizyoterapistlik
2265	Beslenme ve Diyetisyenlik
2266	Odyolojistik ve Konuşma Terapistliği
2267	Optometristlik ve Optisyenlik
2269	Bu sınıflardan birine girmeyen sağlık meslekleri
Sağlıkla İlişkili Meslekler	
3211	Tıbbi Görüntüleme ve Terapatik Donanım Teknisyenliği
3212	Tıbbi ve Patoloji Laboratuvar Teknisyenliği
3213	İl Farmasötik Teknisyenliği ve Asistanlığı
3214	Tıbbi ve Diş Protez Teknisyenliği
3221	Hemşirelik ile ilişkili Uzmanlıklar
3222	Ebelik ile ilişkili Uzmanlıklar
3230	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile ilişkili Uzmanlıklar
3251	Diş Sağlığı Asistanlığı ve Terapistliği
3252	Tıbbi Kayıt ve Sağlık Bilgileri Teknisyenliği
3253	Toplum Sağlık Görevliliği
3254	Optik lenslerle ilgili yapım teknisyenliği
3255	Fizyoterapi Teknisyenliği ve Asistanlığı
3256	Tıbbi Asistanlık
3257	Çevre ve İş Sağlığı Gözlemciliği
3258	Ambülansla İlgili Meslekler
3259	Burada Olmayan Diğer İlişkili Meslekler

Gelecekte sağlık hizmeti ihtiyacına tam cevap verebilmek için sağlık profesyonellerinin yetkinlik alanı içinde ne gibi bilgi ve becerilerin olması gerektiğini çok iyi tahmin etmemiz gerekiyor. Bu bilgi ve becerilere niçin ihtiyaç duyduğumuzu da tam olarak açıklayabilmeliyiz. Sözcüleri;

- Hizmetlerin hastanelerden ev hizmetlerine veya eve olabildiğince yakın yerlerde verilecek şekilde dönüştürülmesi, birden çok hastalığı olanların ve yaşlıların daha iyi bakım ve tedavi alabilmesinin böylece sağlanması,

- Sağlık profesyonellerinin klinik bilgi ve becerilerinin yanında yeni teknolojilerin ürünü cihazlara ve sarf malzemelerine adaptasyonu için gereken ilave beceriler,

- E-sağlık uygulamalarının gittikçe genişlemesiyle uzaktan teşhis ve tedavi olanaklarının çoğalması ve böylece yeni çalışma ortamları ve koşullarının ortaya çıkması.

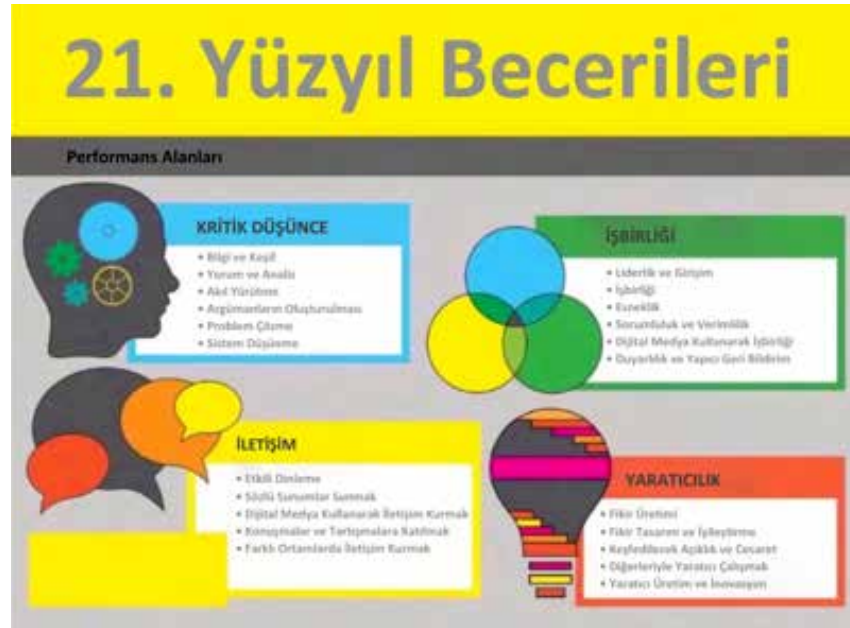
Bizim bu tahminlerimizde mutlaka göz önünde bulundurmanız gereken bazı dinamikler olmalıdır.

Sağlık profesyonellerine olan ihtiyaç gelecekte şüphesiz sayıca bugünkünden fazla olacaktır. Bazı uzmanlar robotların ve makinelerin sağlık profesyonellerinin yerine önemli ölçüde geçeceğini vurguluyor ve olanca teknolojik gelişim yaşanıyor olmasına karşın, sağlık profesyonellerine ihtiyaç azalmayıp artmaktadır, ancak yetkinlik alanları (bilgi ve becerileri) ve rolleri

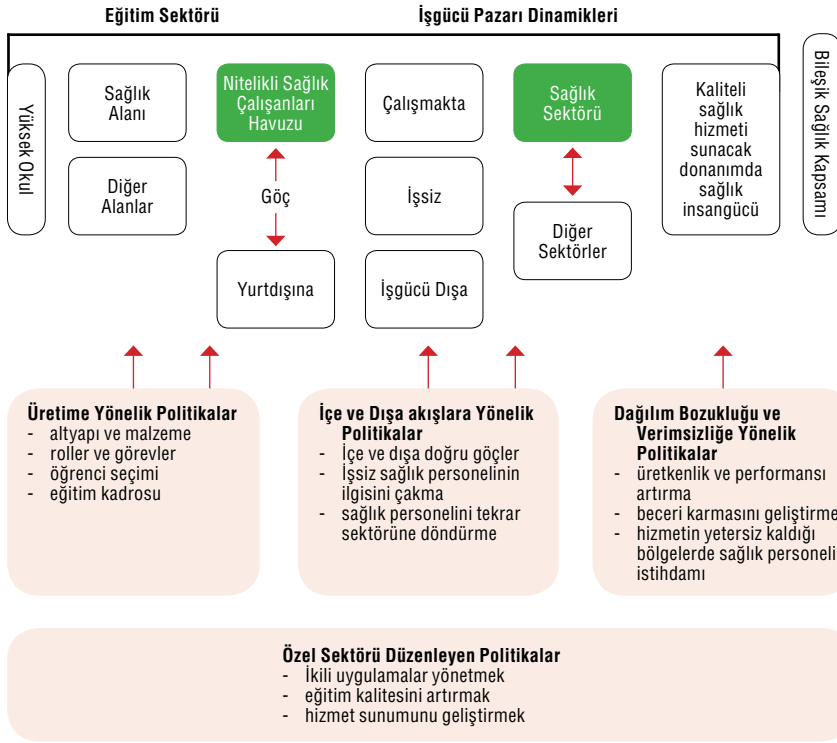
değişim geçirmektedir. Böylelikle sayıca ihtiyaç artarken profesyonellerin nitelik geliştirmesine ihtiyaç da artmaktadır. Lancet Dergisi'nin 27 Ocak 2011 tarihli sayısında dünyanın değişik ülkelerinden 20 bilim insanının 21. yüzyılda sağlık mesleklerinin durumuna ilişkin incelemesine ilişkin bir komisyon raporu yayımlandı. Bu raporda şu ifadeler yer verilmektedir: "Ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde sağlık alanında eşitsizlikler apaçık ortadadır. Sağlıkla ilgili gelişmelerden herkesi eşit şekilde yararlandıramadığımız için hepimiz başarısız oluyoruz. Aynı zamanda yeni sorumluluklarımız ortaya çıkıyor. Yeni enfeksiyon hastalıkları, çevresel ve davranışsal sorunlar, hızlı bir demografik ve epidemiyolojik dönüşüm hepimizin sağlığını tehdit ediyor. Tıp ve hemşirelik eğitimi bu yeni durumu kapsayamıyor. Parçalı, eskimiş, statik müfredatımız kötü donanımlı mezunlar üretiyor," (5).

Şekil 1'de 21. yüzyılda diğer profesyoneller gibi sağlık profesyonellerinin de güçlendirmesi gereken yetkinlik alanları gösterilmiştir. Kritik düşünce bunlardan birisidir. Pasif bir öğrenci olmaktan uzak, aktif şekilde hem bilgiyi edinen hem de bunlara yeni bilgiyi kendiliğinden eklemesini bilen kişiler öne çıkacaktır. Tek başına bir başarı öyküsü yazmak artık neredeyse mümkün olmadığından, takım oyununu en iyi oynayanlar, yani iş birliği yetenekleri gelişmiş olanlar başarı öyküleri yazacaktır. İletişim ve yaratıcılık da yine bu tabloyu tamamlamak üzere resmin bütününün ana parçaları olmaktadır.

Şekil 1: 21. Yüzyıl Profesyonellerinin Geliştirmesi Gereken Yetkinlik Alanları. (Jolio Frenk).



Şekil 2: Sağlık Sektörü ve Sağlık İşgücü Pazarının Politika Kaldıraçları (Julio Frenk).



Ülkelerin ihtiyacını karşılayacak profesyonelleri yetiştirmede yeniliklere gitmek ve açığı kapatmak zorunluluğu vardır. Bunu yerine getirirken yetişmiş insan gücünün başka ülkelere kaptırılması tehlikesi de büyüktür. Sağlık profesyonelleri bütün dünyada eğer yetkinliği tamsa arzu edilen insan cinsindendir ve gelişmiş ülkelerin daha güvenli ve rahat yaşamı onları davet etmektedir. Savaşlar, yoksulluklar, çocuklarının eğitiminde yaşanan güçlükler bu profesyonelleri başka ülkelere yerleşmeye yöneltmektedir. Ülkelerin kendi içinde her meslekten sağlık profesyonellerini ayrı ayrı ele alarak sayıca, nitelikçe yeterli bir şekilde yetiştirip ülke sathına dengeli dağıtabilmek zorunluluğu vardır ve bunların hepsinde güçlükler yaşanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin eğitim macerası pahalıdır, uzun sürer ve açık yaşanmaya başlarsa on yıllarca bu açık kapatılamaz. İhtiyaç analizi ve eğitimin istenilen şekilde örgütlenebilmesine ilişkin teknikler ayrı bir yazının konusu olarak ele alınmalıdır. Ancak bu dinamikleri özetleyebilmek üzere Şekil 2'ye yer verilmiştir. Sağlık insan gücünün de arz ve talebinden bahsedebildiğimiz bir pazarı vardır. Bu pazarı, bahsedilen güçlüklerin önüne geçecek şekilde kurmak ve yönetmek devletlerin görevleri arasında kalır. Bu dinamiklere bakıldığında, sağlık sektörünün dışına çıkışlar, yılgınlıklar, erkenden emekliye ayrılımlar, başka ülkelere göçler hepsi sağlık insan gücünü aşındıran unsurlar

haline gelmektedir. Bunların önüne geçecek ve sektörü profesyonellere çekici halde tutacak politikalara ihtiyaç her zamankinden fazladır.

Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi

Geçen yüzyılda eğitim reformları üç değişik evre geçirmiştir. Birinci kuşak 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmış ve bilimi temel alan bir müfredata odaklanmıştır. Yüzyılın ortalarına doğru gelen kuşak, probleme dayalı öğretme yeniliğini gerçekleştirmiştir. Üçüncü kuşak ise yüzyılın sonlarında ortaya çıkarak sistem tabanlı değişimi önermiştir. Bu üçüncü kuşağın hedefini gerçekleştirebilmek için ortaya konulan vizyon şudur: Dünyanın bütün ülkelerindeki bütün sağlık profesyonelleri bilgiyi seferber etmek ve eleştirel düşünceyi ve etik yaklaşımı esas almak üzere eğitilmelidir. Böylelikle, hasta ve toplum odaklı sağlık hizmetinin bir parçası olabilecek, yerel sorumluluk taşıyarak küresel bağlantılarla çalışacaklardır. Nihai amaç, evrensel kapsayıcılığı sağlayabilmek ve hem ülkeler arasında hem de her ülkenin kendi içinde hakkaniyeti yakalayabilmektir.

Dünya çapında konuşursak, yaklaşık 2500 tıp okulundan her yıl yaklaşık 400.000 doktor mezun edilmektedir. Yaklaşık 500 halk sağlığı okulu ve sayısını tam bilemediğimiz hemşirelik ve ebelik

okulundan ise her yıl 1 milyonu aşkın sağlık profesyoneli mezun edilmektedir. Bu eğitimler için dünyada her yıl yaklaşık 100 milyar \$ harcanmaktadır. Bu miktar dünyada her yıl sağlığa harcanan meblağın %2'si civarındadır ve hâlen emek-yoğun olarak kabul edilen bir sektör için yetersiz sayılmalıdır. ABD'de bir tıp okulu mezununun eğitim maliyeti toplam yaklaşık 115.000 \$ olarak, hemşirelik mezununun ise 46.000 \$ olarak hesaplanmıştır.

Sonsöz

Sağlık meslekleri gittikçe çoğalmaktadır, sağlık profesyonellerinin sayısı da çoğalmaktadır. Makinelerin ve robotların işgücü dünyasında gittikçe yerini genişletmesine rağmen sağlık profesyonellerine olan ihtiyaç azalmamaktadır. Bunun sebepleri, toplumların gittikçe yaşlanması, yaşlıların çok hastalanması ama ölmekten uzun süre yaşayabilecek olanaklara kavuşmasıdır. Ayrıca yeni teknolojiler insanların yerine geçmemekte, insanlara yeni rol ve uzmanlık kazandırmaya sebebiyet vermektedirler. Sağlık profesyonelleri ülkelerinin milli serveti değerindedir. Onların kıymeti bilinmelidir.

“Ülkemizde, bir yandan gelişmiş batı ülkelerinde var olan yeni mesleklerin gelişmesine fırsat verilmezken diğer yandan da geleneksel sağlık uygulamaları bilimsellik adına tamamen dışlanmaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan iki yönlü muhafazakâr tutum sonucu sağlık mesleklerinde olması gereken evrim ve çeşitlenme gerçekleşmemekte, her anlamdaki yetersizlik sürmektedir (7).

Kaynaklar

- 1) World Health Report 2003, *Shaping the Future*, WHO, Cenevre, 2003.
- 2) World Health Report 2006, *Working Together for Health*, WHO, Cenevre, 2003.
- 3) Health Workforce 2030 Towards a Global Strategy on Human Resources for Health, WHO Cenevre, 2015.
- 4) International Standard Classification of Occupations -ISCO, 2008 revision, ILO.
- 5) Independent Commission, *Health Professionals for a New Century: Transforming Education for Health Systems in an Interdependent World*, The Lancet, 376:1923-58; 4th December 2010.
- 6) Shiv, C. M., *Health Professionals for Twenty-First Century, Health and Population - Perspectives and Issues* 34 (4), 215-222, 2011.
- 7) Hayran, O., *Sağlık Meslekleri ve Sorunları*, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/405/Saglik-meslekleri-ve-sorunlar.aspx> (Erişim Tarihi: 10.12.2018)

Hekim insan gücü planlaması

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpinar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliğinden 2016'da emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı ile yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'te Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'te Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, Hastane Enfeksiyonları, Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir. Dr. Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması, sağlık hizmet kalitesinde vatandaşın beklentisinin giderek yükselmesi, ülke genelinde dengeli bir sağlık hizmeti sunulmasının sosyal devletin önemli görevleri arasında yer alması nedeniyle sağlık insan iş gücünde hem nicelik hem de nitelik yönünden sürekli gelişim zorunlu

olmaktadır. Ülkemizde son yıllarda yapılan yeni düzenlemelerle birlikte sağlıkta 40 kadar meslek belirlenmiş durumdadır. Her bir meslek alanında ciddi bir planlama yapmak insan gücünün ve mali kaynakların verimli kullanımı için zorunludur. Sağlık insan gücünden etkili ve verimli bir şekilde yararlanmak için de akılcı bir planlama gereklidir. Planlamada, istihdamda ihtiyaç duyulan iş gücü hedeflerinin belirlenmesi

ve hedeflerin niteliğinin sağlanması için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin kalitesinin temini mutlaka sağlanmalıdır. Bu bağlamda sağlık iş gücünün kadim mesleklerinin ilki olan hekimlik ve diğer sağlık meslekleri konusunda iş gücü planlaması uzun yıllardır dünyanın ve ülkemizin gündemindedir. Bu yazıda ülkemizde hekim iş gücü konusu ele alınacaktır.



Ülkemizde hekim iş gücünü belirlemede konunun taraflarınca değişik tartışmalar yapılmaktadır. Her şeyden önce insan gücü planlamasında değişik, güncel ve güvenilir verilerin ileri analizi gerekir. Sağlık sisteminin yapısı, sağlık politikaları, gelecekteki nüfus, nüfusun demografik özellikleri (kaba doğum hızı, nüfus artış hızı, yaşlı oranı vd), hastalık yükü, hekime başvuru sayısı, sağlık kurumlarındaki yatak sayısının mevcut durumu ve hedefler (10.000 kişiye düşecek yatak sayısı vd.) ile gayri safi milli hasıladaki büyüme planlamada önemli hususlardır. Hâliyle ülke sağlık politikaları (birinci basamak sağlık hizmetinin fonksiyonları, etkili sevk sistemi, uzmanlık ve yan dal uzmanlık hedefleri vd.) hekim iş gücü planlama-

sını etkiler. Eğitim ve mesleki süreçteki değişik nedenlerle olacak kayıplar da planlamada dikkate alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları model ve yöntemi bu amaçla sık kullanılan ölçütlerden olmakla birlikte bu kapsamda değişik ölçütlerin eş zamanlı kullanılması gerektiği alanın uzmanları tarafından belirtilmektedir.

Türkiye'de 2018 yılındaki mevcut hekim sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi toplam hekim sayısı 154.217'e ulaşmış olup bunlardan 105.848'i uzman hekimdir. Ekim 2018 itibarıyla aile hekimi sayısı (pratisyen ve uzman aile hekimi) toplam 23.686 olup aile hekimi başına

düşen nüfus 3.412'dir. "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonuna Göre Hekim İhtiyacı" Tablo 2'de gösterilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı bu konuda yeni bir güncellemeye ihtiyaç duymuş, daha önce 2023 hedefi olan 200.071 olan toplam hekim sayısını 258.580'e yükseltmiştir. Güncellemede özellikle uzman hekim ihtiyacı artırılmış olup 137.766'dan 191.525'e yükseltmiştir. Güncellenen 2023 hedeflerinde aile hekimliği için yaklaşık 50.000 hedefi belirlenmiş, özel sektör için de 45.000 kadar hekim planlanması yapılmıştır. Planlamada mevcut hekim sayısının 20-25 bin kadarının uzmanlık eğitimi sürecinde olduğu / olacağı da dikkate alınmaktadır. Güncellemede OECD ve AB ortalamaları, giderek artan hasta yatağı sayısı, yaşlı nüfusun artması ve uzmanlık alanlarında artan ihtiyaç öncelikle dikkate alınmaktadır. 2018 yılı sonu itibarıyla 1,9 olan 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 2023 yılı hedefinde 2,9 (OECD ortalaması 3,4) olacak şekilde planlama yapılmıştır. İlgili hesaplamalar yapılırken 1.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı ülkemiz için 2018'de 2,84 iken 2023 için 3,29 olarak hesaplanmış olup bu 2016 OECD (3,72) ve AB (3,77) ortalamalarından daha düşüktür.

Tablo 1: Mevcut Hekim Sayısı *, **

Branş	Sağlık Bakanlığı (Hastane)	Sağlık Bakanlığı (1. Basamak)	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	47.712	1.570	31.641	24.925	105.848
Pratisyen Hekim	11.000	32.656	381	4.332	48.369
Toplam Hekim	58.712	34.226	32.022	29.257	154.217

*15.10.2018 tarihli Sağlık Personeli Takip Sistemi (SPTS) verileri kullanılmıştır.

**T.C. Sağlık Bakanlığı, E-Bülten 2018'den kısmen değiştirilerek alıntılanmıştır.

Tablo 2: Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonuna Göre Hekim İhtiyacı*

Branş	Sağlık Bakanlığı (Hastane)	Sağlık Bakanlığı (1.Basamak)	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman hekim	62.711 (95.445)**	1.572	41.596 (52.680)	31.887 (41.828)	137.766 (191.525)
Pratisyen hekim	6.155 (6.027)	52.434 (57.216)	522 (607)	3.194 (3.205)	62.305 (67.055)
Toplam Hekim	68.866 (101472)	54.006 (58.788)	42.118 (53287)	35.081 (45.033)	200.071 (258.580)

*T.C. Sağlık Bakanlığı, E-Bülten 2018'den değiştirilerek alıntılanmıştır.

**Parantez içi rakamlar güncellenmiş değerlerdir.

Tablo 3: Ülkemizdeki eğitim yapılan tıp fakültelerinin öğretim üyesi sayılarına göre durumu

Öğretim üyesi sayısı	Fakülte sayısı
>400	2
350-399	4
300-349	3
250-299	7
200-249	12
150-199	6
121-149	12
100-120	13 (12*)
50-99	20 (11*)
30-49	6
<30	5

*Mezun vermiş tıp fakültesi sayısı

Arz ve talep dikkate alınarak yapılan planlamada dikkate alınması gereken en önemli konulardan biri de tıp eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası süreçteki

Gerek aile hekimi gerekse uzman hekimlerin yüksek kaliteli bir şekilde yetiştirilmesi, en az planlama kadar önemlidir. İyi yetiştirilmiş, sağlık hizmeti yetkinliği (iyi hekimlik) ile birlikte diğer yetkinliklerin (profesyonel, ekip üyesi, lider ve yönetici, iletişimci, sağlık savunucusu, bilim insanı) kazandırılması hekimlerin sorunları çözebilme, etkin ve yüksek verimle çalışma kapasitesi açısından çok önemlidir.

kalitesi olmalıdır. Ülkemizde bugün itibariyle 94 tıp fakültesi eğitim yetkisi almış durumdadır. Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından kurulmasına izin verilmiş ama henüz eğitime başlamamış 16 tıp fakültesi daha vardır ki bu durumda toplam sayı 110'a ulaşmış olmaktadır. Tıp fakültelerine 2017-2018'de kabul edilen öğrenci sayısı 14.555 olup toplamda 82.865 öğrenci günümüzde tıp eğitimi görmektedir. Mevcut tıp fakültelerinde 6.954 profesör, 2.540 doçent, 4.639 doktor öğretim üyesi olmak üzere toplam 14.133 öğretim üyesi mevcuttur. Öğretim üyesi iş gücünde piramit yapının ileri düzeyde bozulduğu hatta ters dönmüş olduğu görülmektedir. Öğretim görevlisi sayısı 811, araştırma görevlisi sayısı 14.440'tır. Bu sayılara Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde yer alan Eğitim Araştırma Hastanelerindeki insan gücü dahil edilmemiştir. Öğretim üyelerinin büyük bir kısmının İstanbul, Ankara, İzmir vd. büyük illerdeki tıp fakültelerinde yığılmış olduğu bilinmektedir (Tablo 3).

Tablo 3'te görüldüğü gibi yılda 100 öğrenci alan fakülteler için genel olarak kabul edilen asgari 120-130 öğretim üyesi sayısına Fakültelerin % 30-35 kadarı ulaşmamaktadır. Mezun vermiş tıp fakültelerinden 12'sinin öğretim üyesi sayısı 120 veya altında, 11'i 100'ün altında öğretim üyesine sahiptir. Ayrıca büyük şehir tıp fakülteleri hariç, temel bilim öğretim üyeleri açısından durum daha da rahatsızlık vericidir.

Bir diğer önemli konu 30 tıp fakültesinde doktor öğretim üyesi sayısının toplam profesör ve doçent öğretim üyesinden çok fazla oluşudur (doktor öğretim üyesi profesör ve doçent toplamının 1,07-6 (ortalama 2) katı kadar daha yüksektir). Buradaki sorun piramit yapı gereği doktor öğretim üyesi sayısının fazla olması değil, profesör ve doçent kadrosunda çok az (< 20) öğretim üyesi olması nedeniyle ihtiyacın doktor öğretim üyeleriyle karşılanmak zorunda kalınmasıdır.

Yukarıda değinildiği gibi, 100 öğrenci yıl alan bir tıp fakültesinin en az 120-130 öğretim üyesine sahip olması, öğrenci sayısı arttıkça bu sayının da belirli düzeyde artması gerektiği konunun uzmanlarınca yapılan değişik çalışmalarda ve mevcut standartlar çerçevesinde kabul edilen bir husustur. Hâliyle tıp fakültesindeki öğretim üye ve elemanlarının eğitim-öğretim, araştırma ve sağlık hizmeti dengesi ilgili

faaliyetlerin verimli yapılması için uygun şekilde ayarlanmalıdır. Tam gün çalışma sorununu ne yazık ki hâlen çözememiş olan ülkemizde öğretim üyelerinin verimli ve etkin bir eğitime ne kadar zaman ayırdıkları konusu da tartışmalıdır. Ayrıca öğretim üyelerinin çok önemli kısmının büyük illerdeki tıp fakültelerinde olduğu gerçeği dikkate alındığında özellikle son 10-20 yılda açılmış tıp fakültelerinde başta temel bilimler olmak üzere çok ciddi bir eğitici yetersizliği olduğu YÖK verileri incelendiğinde açıkça görülmektedir (Tablo 3).

Öğretim üyesi ve elemanı yetersizliği dışında pratik tıp eğitimi amacıyla kullanılacak hasta sayısı ve çeşitliliğinde de büyük sıkıntılar vardır. Bir stajyer veya intörn öğrencinin çalışma birimlerinde 3-5 hasta izlemesi gerekirken, 2-3 hatta daha fazla öğrenciye bir hastanın düştüğü tıp fakültelerimiz çoğunluktadır. Başta büyük maliyetlerle uzun zamanda yetişen hekimler olmak üzere insan kaynağının nitelikli yetiştirilmemesi büyük bir stratejik hata olup ileride tamiri neredeyse imkânsız olmaktadır.

Mevcut tıp fakültesi öğrenci kontenjanlarının aynı şekilde devam etmesi hâlinde 2023 yılında toplam hekim arzı 205.000, 2040 yılında ise yaklaşık 387.000 olacaktır. Mevcut arzın devamı hâlinde (eğitim süreci ve meslekten kayıplar dikkate alınarak) önümüzdeki 4-5 yılda hedeflere ulaşılacak ve hekim arzı fazlası söz konusu olacak, 2035 yılında 50.000, 2040 yılında da 90.000 hekim fazlası oluşacaktır. Bu tehlikeli ve stratejik olarak hatalı durumu düşmemek için, 2020'li yılların başından itibaren tıp fakültesi kontenjanlarında akılcı bir azalma yapılmalı, yıllık kontenjan 6.000-8.000 olacak şekilde düzenlenmelidir. Doğrusu mevcut öğretim üyesi ve ele-

manı ile hasta sayısı, hasta çeşitliliği ve fakültelerin fiziki alt yapı imkânları 14.000 tıp öğrencisini bu koşullarda nitelikli bir şekilde eğitmeye uygun değildir.

Yetersiz öğretim üyesine sahip fakültelerde sadece mezuniyet öncesi tıp eğitimi değil, tıpta uzmanlık eğitiminin de verildiğini dikkate almak lazımdır. Tıpta uzmanlık eğitiminin azımsanmayacak sayıda birimde tıp fakültelerinin sağlık hizmet yükünü karşılama aracı olarak görülmesi de eğitim açısından üzüntü veren bir durumdur. Mezuniyet öncesi eğitimde olduğu gibi tıpta uzmanlık eğitim kalitesinin de acilen yükseltilmesi gerekmektedir.

Planlama arz-talep, teknolojik gelişmeler, sisteme yeni çalışanların girmesi ve işten ayrılmalar, insan kaynağının beceri ve birikimleri, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, demografi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet kültürü gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Sağlık insan gücünün planlamasında arza duyarlı talebin ve "taleplerin ağırlıklı olarak sunucular tarafından oluşturulduğu hatta kısıktıldığı" bir ortamın varlığı dikkate alınmalı, bu hususların oluşturduğu yanıltıcı hekim insan gücü konusunda dikkatli davranılmalıdır. Planlama iyi yapılamazsa ihtiyaç fazlası ya da yetersiz insan gücü söz konusu olacaktır. Hele hatalı planlama işsizliğe neden olursa hekimliğe giderek azalan gönüllü ilgi daha da azalacak, aidiyet duygusu azalan verimsiz bir hekim kitlesi oluşacaktır.

Ülke olarak kendi geleneklerimize, verilerimize, ekonomik durumumuza, beklenti ve stratejilerimize dayalı hedefler belirlemeli, hekim vd. sağlık personeli konusunda nüfus başına düşen sayıları yegâne ölçüt almamalıyız. Sağlık mesleklerinin giderek artması, hekimlerin





şu anda yürüttüğü değişik görevlerin bazılarının devredilecek olması, teknolojideki büyük gelişmeler ve yapay zekâ alanında büyük ilerlemelerin her meslek alanında oluşturacağı zorunlu değişimler de planlamada dikkate alınmalıdır. Planlamalar sektörün tüm paydaşlarının katılımı, uzman görüşleri, arz ve ihtiyaç projeksiyonlarının yapılmasıyla devam ettirilmeli ve belli aralıklarla güncellenmelidir. Hekim eğitiminin hâli hazırda maliyeti en yüksek ve en uzun eğitim olduğu hatırlanmalıdır. Bu nedenle hekim insan gücü planlaması her yıl gözden geçirilmelidir. İnsan kaynağı israfının önüne geçmek amacıyla yapılan planlamalar kontenjanları belirleyen YÖK ile paylaşılmalıdır. YÖK bu hedeflere uygun bir öğrenci kontenjanı belirlemelidir.

Gerek aile hekimi gerekse uzman hekimlerin yüksek kaliteli bir şekilde yetiştirilmesi, en az planlama kadar önemlidir. İyi yetiştirilmiş, sağlık hizmeti yetkinliği (iyi hekimlik) ile birlikte diğer yetkinliklerin (profesyonel, ekip üyesi, lider ve yönetici, iletişimci, sağlık savunucusu, bilim insanı) kazandırılması hekimlerin sorunları çözebilme, etkin ve yüksek verimle çalışma kapasitesi açısından çok önemlidir. Gerekli yeterlilikleri sağlama- dan mezun olan/edilen hekimlerin sorun çözme kapasitesi hâliyle beklenenden daha düşük olacak ayrıca değişik yeni sorunların nedeni olacaktır. Hekimlerin verimli çalışmasını sağlayacak mekanizmalar acilen kurulmalı, diğer sağlık mesleklerinden kişilerin yapabileceği işler ilgili alanlara devredilmeli, hekim kaynağının etkin ve verimli kullanımı sağlanmalıdır. Önerilen konularda gerekli iyileştirmeler hayata geçirilmeden yapılacak planlamalar, ileride telafisi zor sorunlara neden olacak, nitelikli hekim yetiştirilmesi sürecine sekte vuracaktır.

Kaynaklar

Boelen C., Boyer MH., A View of the World's Medical Schools Defining New Roles, 2001 <http://www.iaomc.org/WHOReptMedSchools.pdf> (Erişim Tarihi: 10 Aralık 2018).

Court S., An Analysis of Student: Staff Ratios and Academics' Use of Time, and Potential Links with Student Satisfaction, https://www.ucu.org.uk/media/5566/An-analysis-of-studentstaff-ratios-and-academics-use-of-time-and-potential-links-with-student-satisfaction-Dec-12/pdf/ucu_ssranalysis_dec12.pdf

(Erişim Tarihi: 15 Aralık 2018).

Dandar VM., Sacks H. Medical School Professional Staff: Findings from Three Pilot Studies, AAMC, 2015;15 <https://www.aamc.org/download/450504/data/december2015medicalschoolprofessionalstafffindingsfromthreepilot.pdf> (Erişim Tarihi: 12 Aralık 2018).

Hayran O., Sunucular Tarafından Uyarılan Talebin Kontrolü, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 2015; 35: 14-17. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/409/Sunucular-tarafindan-uyarilan-talebin-kontrolu.aspx> (Erişim Tarihi: 27 Aralık 2018).

Medical Council of India. Minimum Standard Requirements For The Medical College For 100 Admissions Annually Regulations, 1999; <https://www.mciindia.org/CMS/wp-content/uploads/2017/10/Minimum-Standard-Requirements-for-100-Admissions.pdf> (Erişim Tarihi: 3 Ocak 2019)

Ono T., Lafortune G., Schoenstein M., Health Workforce Planning in OECD Countries, OECD Health Working Paper No. 62, 2013.

Öztürk R. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde "İstikrar", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD), 2018; 47: 58-61. http://www.sdplatform.com/Document/DocumentGalery/SD_48.pdf (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2018).

Öztürk R. Tıp ve Diğer Sağlık Mesleklerinde Eğitim, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD), 2018; 48: 60-63. http://www.sdplatform.com/Document/DocumentGalery/SD_48.pdf (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2018).

Solak M. Türkiye'de 2023 Yılı Sağlık İnsan Gücü Hedefleri ve Tıp - Sağlık Eğitimine Genel Bir Bakış, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD), 2015; 34: 24-27. <http://medipol.edu.tr/Document/Galeri/Dokuman/yayinlar/saglik-dusuncesi-ve-tip-kulturu-platfomu-sayi-34.pdf> (Erişim Tarihi: 3 Ocak 2019).

Hekimlerin verimli çalışmasını sağlayacak mekanizmalar acilen kurulmalı, diğer sağlık mesleklerinden kişilerin yapabileceği işler ilgili alanlara devredilmeli, hekim kaynağının etkin ve verimli kullanımı sağlanmalıdır. Önerilen konularda gerekli iyileştirmeler hayata geçirilmeden yapılacak planlamalar, ileride telafisi zor sorunlara neden olacak, nitelikli hekim yetiştirilmesi sürecine sekte vuracaktır.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (ed: Solak M.), 2014, Eskişehir <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf> (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi", 2014, s. 81-84 https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibas-ki-webpdf.pdf?0&_tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85 (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Revize Edilmiş 2023 Yılı Hekim, Hemşire ve Ebe İhtiyaç Planlaması, (Hazırlayanlar: Tekin A., Ulusoy Kaymak S., Kosdak M., Zaku A.), E-Bülten, 2018.

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 22 Aralık 2018).

Aile hekimliğinde sayı, sistem, nitelik ve eğitim

Prof. Dr. Mehmet Ugan



1962 yılında İstanbul'da doğdu. Fen Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1987). 1987-1989 yılları arasında Silvan'da ve Diyarbakır Merkezinde çalıştı. Aile Hekimliği Uzmanlığını Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı (1992). İngiltere Exeter University Mezuniyet Sonrası Tıp Okulu'nda "aile hekimliği eğitici eğitimi"ni tamamladı. Almanya Essen'de iç hastalıkları-gastroenteroloji kliniğinde görev yaptı. Kurucularından olduğu Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğinin 2 kez başkanlığını yaptı. Aile hekimliği alanında doçent (2002) ve profesör (2011) oldu. 2016'dan bu yana European General Practice Research Network (EGRPN) Başkanlığını yapmaktadır. World Organization of National Colleges and Academies (WONCA) Avrupa 2019-2021 Dönem Başkanlığına seçilen Prof. Ugan halen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD'da görev yapmaktadır.

Aile hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin, birinci basamak yönelimli klinik bir tıpta uzmanlık dalıdır. Avrupa'da kişi merkezli sağlıkla ilgili insan gücü planlanması noktasında yapılan önemli çalışmalar yenilenmektedir. Bu konudaki yayınlar birçok ülkeyi, birçok sağlık hizmeti yerini, birçok ilgili meslek ve disiplini kapsamakta, mukayeseli tartışmalar ortaya koymaktadırlar. Araştırma alanlarından bazıları; birinci basamakta insan gücünün geliştirilmesi, meslekler arası eğitim ve kültürlerle ilişkisi, aile hekimlerinin toplum yönelimi, yeni roller ve hasta bakış açısı arasındaki ilişkiler şeklindedir.

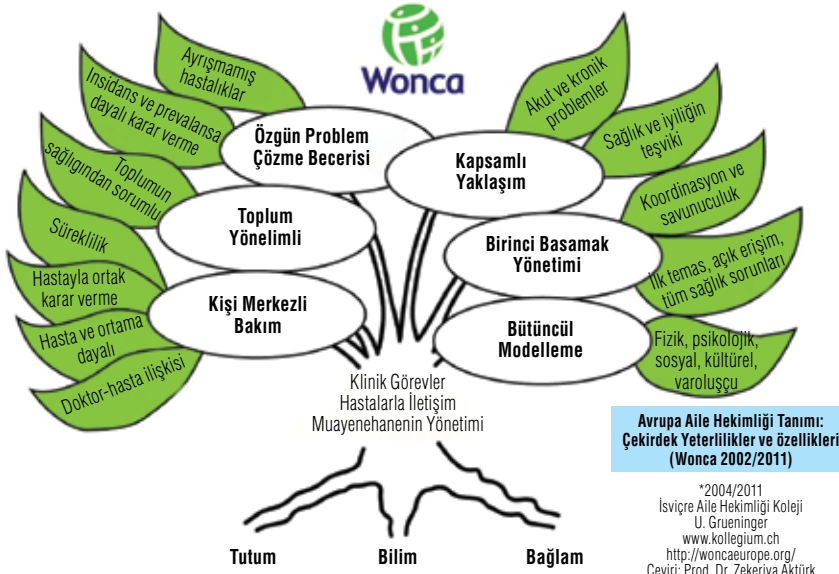
Ömrün hemen tamamının hastane dışında geçtiğini biliyoruz. Sadece ihtiyaç hâlinde toplum tabanlı sağlık yaklaşımından hastane tabanlı bir hizmete geçiş söz konusudur. Çoğunlukla da tekrar toplum tabanına dönüş yaşanmaktadır. Doğum öncesindeki sağlıklı yaşam, sağlık okuryazarlığı, hastalıktan korunma, gebelik planlama, tarama, rahatsızlıklar ve hastalıkları tanıma, erken tanı, tedavi, ikincil koruma, üçüncül koruma, dördüncül koruma, hayatın dönemleri ve sonu, palyatif bakım şeklinde düşündüğümüzde dahi birinci basamakta, yani toplum içerisinde çalışmak için eski genel tababetten yeni bir tıp uzmanlığına dönüşüme ihtiyaç duyulmuştur. Bu alanda uzmanlık dendiğinde ne kadar

geniş bir kapsam kastedildiğini tahmin edebilirsiniz. Bir aile hekiminin günlük polikliniğinde karşılaştığı ilk 60 tanı, aynı aile hekiminin eğitimini aldığı konuların ancak %25'ini kapsamaktayken, diğer hastane uzmanlıklarında değişmekle birlikte genelde ilk beş tanı o uzmanlık dalının eğitimindeki konuların %90'ını kapsamaktadır (1, 2). O zaman sağlıklı bir toplum yaratmak için Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "herkes için sağlık" sloganını, her ülkede, "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" olarak dilimize tercüme edilmiş olan "Universal Health Coverage"ın gerçekleşmesi yani herkes için her yerde sağlık hizmetinin sağlanabilmesi, DSÖ sağlık hedeflerinin her ülkede gerçekleşmesi için bir aile hekimliği uzmanında hangi becerilere ihtiyaç duyulmaktadır diye düşünmek gerekir. Bunların başında iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık insan gücü ve birinci basamaktaki sağlık mesleklerinin bir araya geldiği EFPC gibi uluslararası Forumlarda aile hekiminin birinci basamak takımının doğal lideri olması gerekliliği tartışılmaya başlanmış olsa da bizim şu andaki kanaatimizce takım lideri olarak çok iyi eğitim almış, kaynaklar ile desteklenen, prestiji yeniden artırılan verilen, her anlamda desteklenen "aile hekimliği uzmanı" ve onun bilgi, beceri eğitimi ile kalite izlemleri elzemdir.

O hâlde şu anda yürürlükte olan işgücünün hangi yetenekleri ve tüm takım için hangi beceri karışımı gerekiyor ve bunun için mevcut hekimlere hangi eğitim,

altyapı, yönetmelik vb düzenlemelerin yapılması gerekiyor soruları sorulmalıdır. İnsan gücü planlamasında sayılar, kalite, kaynaklar ve hedefler önemlidir ancak ana sorumluluk aile hekiminin beceri eğitiminin hassas karışımının (skills-mix) nasıl iyi ayarlanabileceğidir. Bu konuda her bilim dalı kendine ait yeterlilik kurulları oluşturarak eğitim içeriğini planlamakta, denetlemekte ve düzenli olarak ihtiyaçlara göre değiştirmektedir. Aile hekimliğinde de tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de TAHYK (Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu) faaliyet göstererek yoğun çabaları ile Tıpta Uzmanlık Kurulu'nu (TUK) desteklemektedir. TAHYK Avrupa Birliğinin yönetmelikleri (EU Directive 2005/36/CE) doğrultusunda ve ülkemizde bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarını gözeterek uzmanlık eğitimi sürekli düzenlenmektedir (3).

Çeşitli kaynaklarda değişiklik göstermek ile birlikte yaklaşık 4000 aile hekimliği uzmanı aile sağlığı merkezlerinde çalışan en az 24 bin aile hekimi dahil toplam 41 bin genel pratisyen hekim sayısı ile 144 bin hekim içinde ülkemizdeki en büyük tıp disiplini olarak aile hekimliği tanımlanabilir (4,5,6). Bu kadar büyük bir camia birinci basamak sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra akademik alanda 80'e yakın anabilim dalı/klinik, 65'i profesör olmak üzere 300'ü aşkın öğretim üyeleri ve asistanları ile akademik alanda önemli bir yerdedir. Ülkemizde hükümetlerimizin ciddi ve başarılı uygulamalarının yanında akademik katkı ve yayınlarla artan insan



Şekil 1: Bir Aile Hekiminin Sahip Olması Gereken Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri (WONCA 2002)

iş gücü açısından inanılmaz güçlü bir akademik gelişim yaşanmıştır. Böylelikle yükselen Türkiye'yi 2016 yılında Avrupa ve dünya takdiriyle karşılayarak 2019-2022 dönem başkanlığını bizlere teslim etmişlerdir. Türkiye Aile Hekimliği akademik alanda Avrupa'nın yükselen yıldızı ve lider ülkelerindendir. Bu ülkemiz için bir şanstır, Sağlık Bakanlığı ve aile hekimliği alanındaki kurumlar yanında birinci basamaktaki meslek kuruluşlarının birlikte bu dönemde mutlaka çok yakın ve iyi

çalışması gereklidir. Bu çalışma Avrupa için de umarız ki iyi bir örnek olacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sık olarak gündeme getirilen "birinci basamakta uzman sayısının artırılması" konusu oldukça doğru bir yaklaşımdır. Aile hekimleri ile Sağlık Bakanlığı arasında bu konuşulmuş ve derneklerce öneriler sunulmuştur. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi, eğitici ve öğrenci beklentilerinin değişmesi farklı eğitim model-

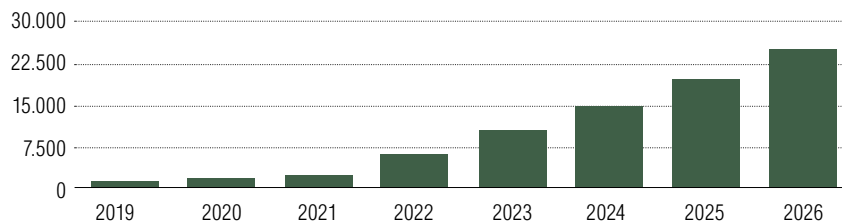
lerini gündeme getirebilir (örn; karma yöntem). Bilimsel, kanıta dayalı ve adil yapılandırılmış her türlü uzmanlık eğitimi önerilerine açık olmamız gerekir. Her tıp disiplini için tanımlanmış olan bir uzmanlık eğitimi vardır. Bu eğitimin bütünlüğü ve kalitesi eğitimde eşitlik ve bilimsel bakıştan ayrılmama yolu ile korunabilir. Avrupa ve dünyada genel kabul "birinci basamakta çalışan hekimlerin uzman olması" yönündedir ve uzmanlık kriterleri de Avrupa Topluluğu'nun yukarıda vurgulanan yönetmeliklerinde açıkça belirtilmektedir. Bunun yanında WONCA-EURACT (Dünya Aile Doktorları Birliği Avrupa Bölgesinin Eğitim Ağı) uzmanlık eğitim içeriği için 2018 yılında yeni bir kılavuz yayınlayarak tüm Avrupa ülkeleri açısından "asgari müşterek" olan bir görüş bildirirken, başlıktaki sorulardan eğitimle ilgili olanlarına kesin yanıtlar verilmekte, "bu eğitimin kimlere, nasıl ve kimler tarafından verileceği" konusuna da açıklık getirilmektedir (7). WONCA 2002 yılında bir aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliliklerini ve özelliklerini zaten tanımlamıştır (Şekil 1). Her ne yol ile verilirse verilsin bir aile hekimliği uzmanına bu vasıflar kazandırılarak, bilen ve iyi uygulama yapabilen hekimler yetiştirilmelidir.

İdeali birinci basamakta çalışan "herkesin uzman olması" şeklindedir. Ancak bu ideal durum halen ASM'de çalışan tecrübeli aile hekimlerinin, farklı yollar ile uzmana dönüştürülmesi, bir sertifika verilmesi ile yapılmamalıdır. Gelir ya da emeklilik gibi farklılıklar başka yollar ile sabitlenmelidir. Aynı görevi yapan herkes eşit haklara sahip olabilmelidir. Avrupa'da bazı iyi uygulamaların geçiş döneminde gördüğümüz gibi, aile hekimliği uzman sayısının artırılması ilk olarak belirli bir "son tarih" ilan edilerek ve o tarihe sadık kalınarak basamaklı gerçekleştirilmelidir. Yeni mezunların belirli bir tarihten sonra mutlaka uzmanlık eğitimi yapmış olması şartı getirilmelidir. Bir öğrenci daha tıp fakültesine girmeden önce, mezun olduğunda birinci basamakta çalışacak ise aile hekimliği uzmanı olması, hastanede çalışacak ise diğer dallardan birinin uzmanı olması gerektiğini bilmelidir. Bu şekilde halen aile hekimliği yapan tecrübeli hekimlerin de hakları meslekten herhangi bir nedenle ayrılana, emekli olana kadar güven içerisinde devam etmiş ve motivasyonları korunmuş olacaktır.

TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre 2024 yılında beklenen Türkiye nüfusu

Tablo 1: Taslak Genel Projeksiyon (2019-2026)

Yıl	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Eğitici Kadro	200	210	221	243	287	316	347	381
Alınan Asistan Sayısı	4.000	4.200	4.420	4.860	5.740	500	500	500
Mevcut Asistan Sayısı	1.000	650	300					
Toplam Asistan Sayısı	5.000	8.850	12.970	13.480	15.020	11.100	6.740	1.500
Her Yıl İçin Yeni Uzman Sayısı		350	300	4.350	4.200	4.420	4.860	5.740
Sadece Birinci Basamaktaki AH Uzmanı Sayısı	1.500	1.850	2.150	6.500	10.700	15.120	19.980	25.720



84.936.010'dur. Bir aile hekimi başına düşen hedeflenen nüfus 2500'dür. 2024'te hedeflenen sahadaki aile hekimi sayısı (uzman + pratisyen) 84.936.010/2500 = 33974'tür. Uzmanlığını alanların beşte biri sağlık, göç, emeklilik vs gib insanı nedenler ile sisteme girmekten vazgeçtiği varsayımı ile 19-20 bin civarında bir net için yaklaşık 25 bin rakamına ulaşmak gerekebilir. Türkiye'de şu an 24 bin civarında aile hekimi olduğu için ve 4000 civarı uzman olduğu için, en az 19-21 bin daha aile hekimliği uzmanı sisteme gelmeli diye düşünmeli. Basit bir hesaplama yaptığımda, önümüzdeki 5 yıldan sonra 2026'da birinci basamakta 25720 ve $\frac{1}{5}$ kayıpla 19-21 bin aile hekimliği uzmanı bandına ulaşılabilceğini tahmin etmekteyim. Tabii ki bu devlet planlamasında çok daha farklı ele alınacak ve kaynaklar da dahil edilerek geleceğe yönelik doğru projeksiyonlar yapılacaktır. Buradaki kaba bir egzersiz, bir taslak olarak görülmelidir.

Eğitici başına her TUS'da beş (yılda 10, üç yıl için toplam 30) asistan alınabileceği şekilde TUS da Aile Hekimliği asistan kadrosu ilan edilebilir. Bu projeksiyona göre hizmetin aksamaması için, uzmanlık eğitimi almak üzere birinci basamaktan (ASM lerden) çekilen hekimlerin yerine dönüşümlü olarak diğer asistanlar gidecektir. Asistanların 18 ay hastane rotasyonu sırasında boşalan ASM'lerinde kimin ve nasıl görevlendirileceği konusunda bir egzersiz yapmak açısından Tablo 1'deki projeksiyon yol gösterici olabilir.

TUS asistan kadroları kadar eğitici kadrolarının da bakanlıkça desteklenmesi ve Tablo 1'de yer alan projeksiyon çerçevesinde asistan kadrolarına paralel olarak, eğer kaynaklar imkân veriyor ise, akademisyen kadrolarının da geçici olarak artırılması hedefe daha sağlıklı varılabilmesi açısından destekleyici olacaktır.



İleride kesin AH Uzman ihtiyacı hesaplanırken, WONCA Dünya Başkanı'nın konuşmalarında vurguladığı gibi İngiltere'de ve Avrupa'da geçiş dönemlerinde sık yapılmış bir hataya düşmemek gerekir. Uzman olarak eğitilen her "beş hekimden birinin" insani nedenlerden dolayı göreve başlayamayacağı veya işi bırakabileceği düşünülmeli ve ihtiyaç olarak hesaplanan sayının %20 üzerindeki sayıda kadronun aile hekimliği uzmanlık eğitimine tahsis edilmesi ile ileride bu alandaki eksik uzman gücüne bağlı oluşabilecek sorunlardan kaçınılmalıdır. Aşırı hesaplarında zayıf payı eklenmekte olduğu gibi kaba bir tabir ile insan gücü planlamasında da en az beşte bir hata payının hesapların üzerine eklenmesi normaldir.

Önerilerin Özeti

- Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı içerik ve yapılandırılmasında Avrupa'da 47 ülke, 120 bin aile hekiminin, dünya da ise 600 binin üzerinde aile hekiminin üye olduğu akademik ve organizasyonel birlik Dünya Aile Hekimliği Kolejlere ve Akademileri Birliği'nin (WONCA) belirlediği eğitim standartlarına bağlı kalınmalıdır.

- Uzmanlık Eğitimi Asgari Standartları WONCA Avrupa'ya bağlı EURACT tarafından 2018'de tekrar yayınlanmıştır, EU Directive 2005/36/CE ile Avrupa Birliği ülkeleri için yönetmelikler ile tanımlanmıştır. Tekrarlağı yeniden keşfetmeye gerek yoktur. Daha fazla

* Tablo 3: Kayseri İli İçin Bir Projeksiyon Taslağı (2019-2028)

Yıl	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Eğitici Kadro	3	10	11	12	13	15	15	15
Alınan Asistan Sayısı	30	100	110	120	130	30	30	30
Mevcut Asistan Sayısı	7	37	137	240	330	360	280	190
Toplam Asistan Sayısı	37	137	247	360	460	390	310	220
Her Yıl İçin Yeni Uzman Sayısı	-	-	7	30	100	110	120	130
Birinci Basamakta AH Uzman Sayısı	40	40	47	77	177	287	407	537
Oluşabilecek Yüzde 20 Kayıp Sonrası AH Uzman Sayısı	-	-	-	62	142	230	326	430

zaman kaybetmeden, mevcut aile hekimliği hizmet kalitesi düşmeden yeterli sayıda sürdürülebilir insan gücü ve standartlarından ödün vermeyen kaliteli bir uzmanlık eğitimi ile birinci basamak uzmanları yetiştirebilecektir.

- TAHYK uzmanlık eğitimi gereksinim, içerik ve standartları yanında ölçme ve değerlendirmeyi en iyi şekilde tanımlayarak TUK iş birliği ile Avrupa Topluluğu yönetmeliklerine, WONCA Avrupa Kriterlerine uygun eğitimin ülkemizde garantisi olarak kabul edilmelidir.

- Aile Hekimliği Uzmanlığının tercih edilebilmesi için öncelikle Sağlık Bakanlığı tarafından en kısa zamanda makul bir “son tarih” ilan edilmelidir. Bu diğer ülkelerdeki tüm geçişlerde yapılmıştır.

- “Son tarih” sonrasında sözleşmelerin sadece “aile hekimliği uzmanları” ile olacağı ilan edilirse üniversite sınavına girecekler, yeni mezun olduklarında birinci basamakta çalışabilmeleri için aile hekimliği uzmanı olmaları gerektiğini bileceklerdir. Eski sözleşmeli tüm aile hekimleri görevlerine devam etmeli tüm hakları korunmalı, ücretleri eşitlenmeli ve sürekli eğitimler dışında bir uzmanlık eğitimi için artık zorlanmamalıdır.

İlerideki planlama çalışmalarına yönelik bir taslak olması açısından, 2023 yılında toplam nüfus 84 milyon 247 bin 90 olarak düşünülürse, 19 bin uzman daha yetiştirebilmek için illere göre kaba asistan sayısı dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Kaynaklar

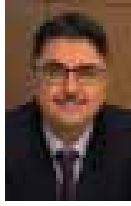
- 1) Stange KC, J Fam Pract 1998;46:377-389
- 2) Fiscella K, Journal of Family Practice. 47.2 (Aug. 1998): p105.
- 3) Directive 2005/36/EC of The European Parliament and of The Council of 7 September 2005 on The Recognition of Professional Qualifications. Official Journal Of The European Union L 2005;255/22.
- 4) <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2016-faaliyet-raporu.pdf> (Erişim Tarihi: 02.12.2018)
- 5) SB, YÖK, DPT (2010) Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, YÖK Yayın No:2010/1 ISBN 978-975-7912- 37-8, Ankara.
- 6) SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No.1010, Ankara
- 7) European Training Requirements for FM Specialist Training (<http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf>) Erişim Tarihi: 02.12.2018.
- 8) <http://equip.woncaeurope.org/tools/europep> (Erişim Tarihi: 02.12.2018)

Tablo 2: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin 2023 Yılında İllere Göre Taslak Dağılımı

	2023'te Nüfus	Nüfus Yüzdesi	Sağlıklı Yaşam Merkezi Sayısı	Klinik Sayısı	Asistan Sayısı	Nüfus Dağılımına Göre Olmalı Alınması Gereken Asistan Sayısı	Gereken Asistan Sayısı (19 bin uzman için)
Adana	2.286.790	0,027	23	2	48	41	513
Adıyaman	599.291	0,007	6	1	2	11	133
Afyon	706.957	0,008	7	1	3	12	152
Ağrı	596.640	0,007	6			11	133
Amasya	308.348	0,003	3			5	57
Ankara	5.927.209	0,07	60	8	293	105	1.330
Antalya	2.626.299	0,031	26	2	38	46	589
Artvin	161.922	0,001	2			2	19
Aydın	1.062.288	0,012	10	1	35	18	228
Balıkesir	1.184.375	0,014	12			21	266
Bilecik	222.962	0,002	2			3	38
Bingöl	268.636	0,003	3			5	57
Bitlis	362.168	0,004	4			6	76
Bolu	318.158	0,003	3			5	57
Burdur	266.914	0,003	3			5	57
Bursa	3.073.486	0,036	30	2	25	54	684
Çanakkale	535.358	0,006	5	1	18	9	114
Çankırı	206.231	0,002	2			3	38
Çorum	459.082	0,005	4			8	95
Denizli	1.001.981	0,011	10	1	22	17	209
Diyarbakır	1.842.923	0,021	18	1	55	32	399
Edirne	415.873	0,004	4	1	51	6	76
Elâzığ	581.749	0,006	6			9	114
Erzincan	239.010	0,002	2	1	1	3	38
Erzurum	797.241	0,009	8	1	33	14	171
Eskişehir	908.347	0,01	9	1	5	15	190
Gaziantep	2.257.278	0,026	22			39	494
Giresun	388.546	0,004	4			6	76
Gümüşhane	139.969	0,001	2			2	19
Hakkâri	300.793	0,003	3			5	57
Hatay	1.590.824	0,018	16	1	8	27	342
Isparta	426.348	0,005	4	1	3	8	95
Mersin	1.809.508	0,021	18	1	2	32	399
İstanbul	16.568.500	0,196	170	16	369	294	3.724
İzmir	4.405.279	0,052	44	4	168	78	988
Kars	283.063	0,003	3	1	6	5	57
Kastamonu	350.731	0,004	3			6	76
* Kayseri	1.488.752	0,017	15	1	7	26	323
Kırklareli	350.757	0,004	3	0	0	6	76
Kırşehir	206.574	0,002	2			3	38
Kocaeli	1.983.591	0,023	20	1	17	35	437
Konya	2.175.214	0,025	22	3	42	38	475
Kütahya	565.664	0,006	5	1	7	9	114
Malatya	811.341	0,009	8	1	5	14	171
Manisa	1.370.823	0,016	14	1	9	24	304
K.Maraş	1.104.876	0,013	11	1	19	20	247
Mardin	820.856	0,009	8			14	171
Muğla	964.591	0,011	10	1	2	17	209
Muş	429.714	0,005	4			9	95
Nevşehir	279.774	0,003	3			5	57
Niğde	333.416	0,003	3			5	57
Ordu	753.396	0,008	7	1	4	12	152
Rize	324.889	0,003	3			5	57
Sakarya	1.025.905	0,012	10	1	15	18	228
Samsun	1.242.365	0,014	12	2	39	21	266
Siiirt	343.231	0,004	3			6	76
Sinop	191.604	0,002	2			3	38
Sivas	582.283	0,006	6	1	14	9	114
Tekirdağ	1.073.331	0,012	11	1	1	18	228
Tokat	561.419	0,006	5	1	12	9	114
Trabzon	758.130	0,008	8	1	17	12	152
Tunceli	78.851	0,001	1			2	19
Şanlıurfa	2.339.322	0,027	23	1	6	41	513
Uşak	353.234	0,004	3			6	76
Van	1.183.062	0,014	12	1	15	21	266
Yozgat	305.907	0,003	3			5	57
Zonguldak	539.515	0,006	5	1	22	9	114
Aksaray	379.050	0,004	4			6	76
Bayburt	73.041	0,001	1			2	19
Karaman	242.350	0,002	2			3	38
Kırıkkale	258.241	0,003	3			5	57
Batman	667.742	0,007	7			11	133
Şırnak	583.968	0,006	6			9	114
Bartın	188.529	0,002	2			3	38
Ardahan	89.951	0,001	1			2	19
Iğdır	204.082	0,002	2			3	38
Yalova	241.081	0,002	2			3	38
Karabük	240.987	0,002	2	1	2	3	38
Kilis	130.239	0,001	2			2	19
Osmaniye	534.459	0,006	5			9	114
Düzce	389.906	0,004	4	1	17	6	76
TOPLAM	84.247.090		842	71	1.457	1.457	18.221

İç hastalıkları uzmanlığında değişen fonksiyon ve artan ihtiyaç

Prof. Dr. Tufan Tükek



1968 yılında Sivas'ta doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. İç Hastalıkları uzmanlığını İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde tamamladı (1996). 1996-2002 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Kalp Damar Araştırma ve Uygulama Merkezinde hekimlik yaptı. 2002 yılında İç Hastalıkları alanında doçent oldu. 2004-2010 yılları arasında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2010-2012 arasında ise Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye Klinik Şefliği görevini yürüttü. 2012 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalına profesör doktor olarak atandı. Halen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Üyeliği, İstanbul Üniversitesi Mükemmeliyet Merkezi (İÜKAMM) Yönetim Kurulu Üyeliği, Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyeliği ve Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Üyeliği görevlerini sürdürmektedir.

İç hastalıkları eskiden olduğu gibi tıbbın önemli bir parçası olmaya devam etmektedir. Modern tıbbın ilerlemesi, yeni cihazların kullanıma girmesi, tanı ve tedavi alanındaki yeniliklere rağmen iç hastalıkları ana dal uzmanlık alanı tüm dünyada yeniden ilgi odağı olmayı başarmıştır. Özellikle yaşlanan nüfusa beraber kronik hastalıkların artması, çoklu organ sistemlerini etkileyen hastalıkların çağımız tıbbında daha fazla görülmeye başlaması, bir dönem yan dalların artması ve gelişmesi ile önemi kaybedecek zannedilen dahiliye uzmanlığını yeniden yükselişe geçirmiştir. Sağlık finansman politikalarında iç hastalıkları ana dal uzmanları bütüncül yaklaşımları nedeni ile kendine önemli bir yer bulmuş gözükmektedir. Bu nedenle ülkemizde tıpta uzmanlık sınavı kadrolarının önemli bir kısmı iç hastalıkları uzmanlık alanına ayrılmaktadır.

Ülkemizde altı yıllık tıp eğitimi sonrası yapılan dört yıllık iç hastalıkları uzmanlık eğitimi ile iç hastalıkları uzmanı olunmaktadır. Yan dal uzmanı olabilmek için üç yıllık eğitim daha yapılmalıdır. Sonuç olarak iç hastalıklarının yan dal uzmanı olabilmek için 13 yıllık bir mesleki eğitim alınması gerekmektedir. Bu durum iç hastalıklarında insan gücünün ne kadar zor yetiştirildiğinin bir nevi ispatı gibidir.

Kanada ve diğer birçok ülkede ana dal eğitimi üç yıl yapılmakta, ana dal eğitimi sonrası iki yıl da yan dal eğitimi yapılarak yan dal uzmanı olunmaktadır. Altı yıllık tıp fakültesini bitiren hekimler üç yıllık iç hastalıkları eğitimi sonrası genel iç hastalıkları uzmanı ünvanını almaktadır. Kanada da bu unvana sahip uzmanlar birinci basamakta aile hekimleri tarafından bakılan hastalara danışman hekimlik hizmeti vermektedir. Ayrıca yine bu gruptan hekimler dilerse hastanelerde yatan hastaların takip ve tedavisini üstlenebilmektedir. Bu grup hekimler "hospitalist" olarak adlandırılmaktadır. Yine bu gruptan hekimler arzu ederlerse akademik olarak da kendilerini geliştirebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise durum biraz daha farklı gözükmektedir. Genel iç hastalıkları uzmanları, geratristler, dermatologlar, pediatristler ile beraber birinci basamakta görev almaktadır. Ayrıca hastanede yatan hastaların takip ve tedavilerini de üstlenmişlerdir. Kanada, İngiltere ve bazı Avrupa ülkelerindeki örnekler ülkemizdeki uygulamaya daha yakın gözükmektedir. İç hastalıkları uzmanlarının kronik hastalıkların yönetiminde etkin olarak görev alabilmeleri için birinci basamakta aile hekimleri tarafından değerlendirilen

hastalara bakmaları gerekmektedir. Yine bu hastaların takip ve tedavilerinin yapılabilirdiği ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde iç hastalıkları uzmanlarına ihtiyaç vardır. Bu durum, bu alandaki insan gücü kaynağını en etkin kullanmak için gerekli olan bir çalışma modelidir.

"Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu" 2010 yılı haziran ayında yayımlanmıştır. Bu raporda sağlık insan gücü planlaması; "toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek, coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel özellikler ile maliyet/etkin sağlık hizmeti sunumu arasındaki oran dikkate alınarak ifade edilmiştir. Bu bağlamda, en önemli hususlardan biri, doktor başına düşen hasta sayısıdır.

Kanada'da 2858 iç hastalıkları uzmanı vardır. Şu an için 100.000 kişiye sekiz iç hastalıkları uzmanı düşüyor. Son 20 yıl içerisinde bu oran genelde korunmuştur. İç hastalıkları ana dal uzmanlık eğitimine son yıllarda giderek artan bir ilgi vardır. Özellikle kompleks vakaların çözümü ve daha az maliyetle çözüme kavuşturulması nedeni ile genel dahiliye eğitimi özendirilmektedir.

ABD'de 100.000 nüfus için aktif çalışan

hekim sayısı 257'dir. Birinci basamakta ise bu oran 82'dir. Bunun üçte birinin genel iç hastalıkları uzmanı olduğunu tahmin ediyorum. Türkiye'de ve AB üyesi ülkelerde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı sırasıyla 153 ve 322'dir. Bu demek oluyor ki 100.000 kişiye düşen hekim sayısı AB üyesi ülkelerin ortalamasının yarısından daha azdır. Daha kötüsü ise iç hastalıkları dalında 100.000 kişiye düşen aktif çalışan sayısının 5,95 olmasıdır (4319 aktif çalışan uzman sayısı saptanmıştır. Bu sayıdan yan dal hekimleri çıkarıldığında 2988 hekim kalmaktadır). Bu oranın AB üyesi 21 ülkenin ortalamasında karşılığı ise 22,8'dir. Üç kattan daha fazla olduğunu görmekteyiz.

Dünya Sağlık Örgütünde belirtildiği üzere insan gücü/nüfus oranı yöntemi en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir ve nüfusa yönelik olarak insan gücü hesabı yapılır. Ancak yalnızca buna göre yapılan gelecek planlamasının hatalı olacağı aşikârdır. Bunun yanı sıra uzmanlık dalı bazında değerlendirme daha doğru olacaktır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan "Her Branşta İlk 100 Hastane – 2017 Yılı Ocak- Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri" başlıklı araştırma sonuçlarına göre 2017 yılının Ekim ayına kadar olan değerlendirmesinde toplamda 295.808.057 muayene yapılmış ve bu muayenelerin en fazla acil servislerde, ikinci olarak da iç hastalıkları branşında olduğu belirtilmiştir.

Ayrıca sadece bu veriler de yeterli olmayacaktır. Toplumun ihtiyaçları bu konuda esas alınmalıdır. Örnek verecek olursak Diabetes Mellitus'un 2010 yılındaki insidansı ile 2020'de beklenen insidansının aynı olmadığından bahsedilebilir. Daha fazla sayıda hasta olacağı düşünülmektedir ve dahiliye uzmanlık dalında insan kaynaklarının geçmişe kıyasla günümüzde ve hatta günümüze kıyasla gelecekte kapsamlı sayıya ihtiyaç olduğu aşikârdır. Yine günümüzde yaşam ömrünün uzadığı bilgisiyle hareket edecek olursak kronik hastalıkların ve geriatrik hastalıkların artacağını öngörebiliyoruz. Kronik hastalıklarla ilgilenen branşların başında iç hastalıkları gelmektedir. Tüm bu veriler ışığında dahiliyenin gelecekte daha da fazla aranan ve başvurulmuş bir branş olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu'na istinaden 2014'te 128.181 hekimin işbaşında olduğu saptanmış ve 2023'de hekim sayısı hedefi 200.000 olarak belirtilmiştir. Tıp eğitimindeki mevcut durumun devam etmesi, yeni kayıt yapılan öğrenci sayısının yaklaşık aynı kalması durumunda 2023 yılı sonunda tabip sayımızın yaklaşık 205.000 olması beklenmektedir. Bu durumda 2023 yılında 1000 kişiye düşen tabip sayısı 2,37 olacaktır. Bu rakam yine AB ortalamasından çok uzaktır.

Mevcut insan gücü varlığında biz ne yapabiliriz? Bin kişiye düşen nispeten düşük hekim sayısı bir anlamda ülkemiz doktorları için daha kısa sürede daha fazla sayıda hasta bakmayı gerektirmektedir. Fizikî muayene her branşta önemlidir. Fakat dahiliye hekiminin olmazsa olmazıdır. Hasta sayısı fazla olduğu için hekim çok hızlı hasta bakmak zorunda kalmaktadır. Üstelik bu duruma performans kaygısının da eklenmesi ile fizik muayenelerin iyice azaldığını, tetkiklerin ise çoğaldığını gözlemliyoruz. Tüm bu uygulamaların sonucu, hekimin hastayı defalarca görmesi ve sağlık harcamalarında artıştır. Günümüzde artan malpraktis davalarının ana kaynağı hasta ile yeterli iletişim kurulamaması ve yetersiz muayene süresidir.

Bunun yanı sıra dahiliye polikliniğine başvuran birçok hastanın başvuru sebebi aile hekimleri tarafından kolayca çözülebilecek sorunları içermektedir. 2023 için hedeflenen 200.000 tabibin yaklaşık 50.000 kadarının aile hekimliği uygulamasındaki aile hekimleri olacağı bilgisiyle hastaların başvuru yönlendirilmesinin doğru yapılması büyük önem taşımaktadır. Uygun bir sevk zinciri basamaklar arasında mutlaka oluşturulmalıdır. Biyokimya ve radyoloji takip sistemlerinin kurulması ve yaygınlaşması ile gereksiz tetkik yapılmasının önüne geçilmelidir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteninde birinci basamak hekimine toplam başvuru sayısının yılda 235.135.618 iken ikinci ve üçüncü basamak hekimlerine toplam başvuru sayısının yılda 483.789.191 olduğu belirtilmiştir. Neredeyse iki katlık bu fazlalık ikinci ve üçüncü basamak hastanelere gereğinden fazla başvurudan kaynaklanıyor olabilir.

İç hastalıkları uzmanı sayısının gelecek planlaması açısından gelişmiş ülkelerde

olduğu gibi 100.000 nüfusa için 15-20 olması gerekmektedir. Planlama bu şekilde yapılmalıdır. Özellikle yaşlanan nüfusun artacağı düşünüldüğünde geriatri yan dal uzmanlarının sayısının da artması hedeflenmelidir. Yaşlanma ile beraber kanser sıklığının artması, onkoloji ve hematoloji uzmanlarına duyulan ihtiyacı da arttıracaktır. Romatoloji uzmanı ihtiyacı ise şu an aktif çalışan hekimlerin en az beş katıdır. Gelecek yıllarda bu oranın daha da artırılması planlanmalıdır. Endokrinoloji uzman sayısı ise şu an için bile yeterli değildir. Birçok ilde ve ilçede endokrinoloji uzmanı bulunmamaktadır. Önümüzde ki yıllar için mutlaka planlanmalı ve en azından il ve ilçelerde yeterli endokrin uzmanı bulundurulmalıdır. Gastroenteroloji, nefroloji uzmanlık alanları şu an için nispeten iyi durumda olan uzmanlık alanlarıdır. Ancak önümüzdeki zaman diliminde yeterli sayıda uzman yetiştirilmez ise eksiklikleri olacağı aşikârdır.

Tüm bunlardan bahsederken, planlamada kullanılan verilerin sağlıklı toplanıldığına varsayılması gerekiyor. Ancak ülkemizde "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu"nun yayımlandığı yıl olan 2010 yılında pek çok alanda veri toplanmasında problemler yaşanıyordu. Son 10 yılda teknolojik gelişmeler ile bu problemin kısmen aşılabileceği düşünüldüğünde yeni bir sağlık insan gücü durum raporunun gerekli olduğu aşikârdır.

Kaynaklar

2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi

Canadian Institute for Health Information. Physicians in Canada, 2016: Summary Report. Ottawa, ON: CIHI; 2017

'Her Branşta İlk 100 Hastane', 2017 Yılı Ocak-Ekim Dönemi, Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu

Pediatride insan kaynakları ve çocuk hekimliğinin değişen yüzü

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı hâlen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre 0-18 yaş arası insanlar “çocuk” olarak tanımlanır. Bu yaş grubunun sağlık ve hastalık sorunlarıyla uğraşan hekimlere ise pediatrist veya “çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı” denilmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre Türkiye'nin toplam nüfusu 2017 yıl sonu itibarıyla 80 milyon 810 bin 525 iken, çocuk nüfusu 22 milyon 883 bin 288 olarak kayıtlara geçmiştir. Çocuk nüfus 1970 yılında toplam nüfusun yüzde 48,5'ini oluştururken, bu oran 1990'da yüzde 41,8'e, geçen yıl ise yüzde 28,3'e gerilemiştir. ABD'deki çocuk nüfus ise %24 civarındadır. Bu durumun nedeni, bir yandan doğum sayısının azalması, bir yandan da yaşlı nüfusun artması nedeniyle nispeten çocuk nüfusunun azalmasıdır. Yıllık doğum sayısı giderek azalmakla birlikte her yıl ülkemizde yaklaşık 1 milyon 200 bin çocuk dünyaya gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarında, çocuk nüfus oranının 2040 yılında yüzde 23,3'e, 2060'ta yüzde 20,4'e ve 2080'de yüzde 19'a gerileyeceği öngörülmektedir. Çocuk hekimlerinin temel görevleri, çocukların her bakımdan tam bir iyilik hâli içinde olmalarını sağlamak, fiziksel, mental ve psikolojik gelişmelerini ve sağlıklarını korumaktır. Çocuk hekimleri yalnızca bazı organ sistemleri veya biyolojik süreçlerle ilgilenmeyip aynı zamanda aileler başta olmak üzere çocukları etkileyen çevresel, sosyal ve politik olaylar ile de ilgilenmek zorundadırlar.

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli sağlık göstergelerinden ikisi, bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresidir. Ülkemizde özellikle son 10 yıldaki gayretler sonucunda bebek ölüm hızı (1 yaş altı ölüm hızı) ciddi oranda azalarak binde 9'lar düzeyine indirilebilmiş, doğumda beklenen yaşam süresi de artmıştır. Bu noktada artık hedef ölümleri önlemekten ziyade, hastalıkları önlemeye kaymış, yaşam kalitesi ön plana geçmiştir. Çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin azaltılması, zihinsel gelişimlerinin sağlanması, üretkenliklerinin artırılması ve ekonomiye daha fazla katkı sağlayabilmesi önem kazanmıştır.

Çocuklardaki hastalık yükleri, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve travmalar olarak üç ana grupta incelenebilir. Ülkemizde 2000 yılından bu yana 1.gruptaki hastalık yükleri yaklaşık %50 oranında azaltılmıştır. Bu bağlamda bebek ölüm hızı düşmüş, yenidoğan ölümleri dahil olmak üzere enfeksiyon hastalıkları ve ishal kaynaklı ölümler ile erken doğum komplikasyonları azaltılmış, buna karşılık bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar dahil) artış gözlenmiştir. Bu şekilde ülkemiz, sosyal gelişmişlik indeksi orta-yüksek ülkeler grubunda yer almakta olup bu ülkelerde en sık gözlenen çocuk sağlığı sorunları, konjenital anomalliler, prematüre doğumlara bağlı sorunlar, demir eksikliği anemisi, solunum yolu enfeksiyonları ve akıl ve ruh sağlığı sorunları olarak öne çıkmaktadır. Ülkemizde akraba evliliği

oranı hâlâ yüksektir ve yıllar içinde bir azalma gözlenmemektedir. Yeni ortaya çıkan sorunlar olarak şunlardan bahsedilebilir: İleri yaşlarda doğum yapan, diyabetik ve fenilketonürlü anne sayısının artması, yaşam süresinin artmasına paralel olarak erişkinlerde görülen kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, kanser, kronik böbrek yetersizliği, madde kullanımı ile akıl ve ruh sağlığı sorunlarının artış göstermesi. Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik dönemi, prenatal dönem, yenidoğan dönemi ve çocukluk dönemindeki uygulamaların gerek epigenetik etkilerle gerekse programlama yoluyla bu hastalıkların ortaya çıkışında etkili olduğunun gösterilmesi, “erişkin hastalıklarının pediatrik temelleri” konseptinin geliştirilmesine yol açmıştır. Çocukluk çağındaki istismar, ihmal, şiddet gibi olumsuz deneyimler hastalık yükünü artırırken, otizm gibi gelişimsel sorunlar ile erken çocukluk çağı depresyonu da artmaktadır. Alzheimer hastalığının ve şizofreninin prenatal temelleri bugün ortaya konmuştur. Erişkin yaşta ortaya çıkan bu hastalıklara yaşlılıkta girişim yapmak genellikle fayda vermemektedir. Erken erişkinlikte girişim yapmak bazı riskli gruplarda etkili olurken çocukluk ve ergenlik çağında girişim yapmak daha etkili olmakta, en büyük etki ise prekonsepsiyonel ve prenatal dönemde yapılan girişimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla maddi kaynak ve insan gücü planlamasının buna göre yapılması, bu planlamasının eğitim, hizmet ve araştırmaya yansıtılması önem kazanmaktadır.

Sağlıklı beslenme, sigaradan kaçınmak ve fiziksel aktivitenin artırılması yönündeki çalışmalar her zaman önemlidir ve çocuk hekimliğinin temelini oluşturmaktadır. Oysa yapılan araştırma ve çalışmaların bu önceliklere sahip olmadığı görülmektedir.

İnsan Gücü Planlaması

Çocuklarla ilgili misyonumuzu gerçekleştirebilmemiz ancak pediatrik insan gücü ile mümkün olabilir. Çocuk sağlığına yönelik insan gücü planlaması yapılırken her ülke için geçerli bir kural yoktur. Koruyucu tıp yaklaşımları burada da ön planda olmalıdır. Çocuk hastalıklarından korunmanın bir yöntemi olarak düşük gelir seviyesindeki halkın barınma, hijyen ve beslenme koşullarının düzeltilmesi hastalık yüklerini azaltacağı için pediatristlere ve hekimlere olan başvuru sayısını azaltabilir. Bu planlama kentlerde ve kırsal kesimde yaşayan nüfus, kronik sorunlara sahip çocukların sayısı, hekimlerin çalışma saatleri, merkezi politikaların aile merkezli bakıma verdikleri önem, hastaların psikososyal davranış paternleri, hekim dışı kişilerin sayısı ve görevleri, hekimlerin sevk paternleri ve yan dallara sevk davranışları, akademik merkezlerin varlığı, genel hekim sayısı, bayan hekimlerin sayısı ve hastalık yükleri ile orantılı olarak farklılık gösterebilir. Çocuklara bakan hekimler, pratisyenler, uzmanlar ve yan dal uzmanları olarak üç grupta incelenebilir. Bu üç grubun sorumlulukları arasında ciddi örtüşmeler olmakla beraber, yenidoğanların, hastaneye yatan çocukların ve adolesanların uzman veya yan dal uzmanları tarafından bakılmaları gerektiği konusunda konsensüs vardır. Avrupa ülkelerinin üçte ikisinde 5 yaş altındaki çocukların %70'ine aile hekimleri bakmaktadır. Aile hekimlerinin primer bakım yaptığı çocukların oranı, yaşla beraber artmaktadır. Bazı durumlarda 15 yaş üzerindeki çocuklara iç hastalıkları uzmanları bakarken, bazen de çocuk hekimleri 21 yaşına kadar olan hastaları takip edebilmektedir.

Çocuk hekimlerinin emeklilik yaşı her ülkede farklıdır. Ülkemizdeki resmi emeklilik yaşı 65-67 yaşdır. Ancak birçok hekim, emekli olduktan sonra da özel hastanelerde veya muayenahanelerde hasta kabulüne devam etmektedir. Diğer yandan yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması, uzun dönemde, aile hekimlerinin bu grupla daha fazla ilgilenmesini gerektirebileceği için pediatristlerin bakmak zorunda kalacağı çocuk sayısının artacağı hatta 25 yaşına

kadar çıkacağı düşünülebilir. Bu "büyük çocukların" büyük bir kısmı yüksek işsizlik oranları nedeniyle aileleriyle birlikte oturmakta ve maddi açıdan ailelerine bağımlı bulunmaktadır.

Genel bir görüş olarak, 1990 yılında ABD Graduate Medical Education National Advisory Committee raporuna göre çocuk nüfusu başına çocuk hekimleri oranı 2033:1 olarak belirlenmiş, daha sonra bu oran 2430:1 olarak revize edilmiştir. Ülkemizde yıllık ortalama hekime başvuru sayısı 8,1 olmasına rağmen çocukların başvuru sayısı konusunda bir bilgi mevcut değildir. Çocukların ortalama olarak yılda 3-4 kez hekime gittikleri kabul edilirse ve ülkemizde 23 milyon çocuk olduğu dikkate alındığında, basit bir hesap yapılarak yaklaşık 10.000 çocuk hekime ihtiyaç duyulduğu görülür. Başka bir hesaba göre de 1000 çocuk başına düşen pediatrist sayısı 0,38 ile 0,78 arasında değişmektedir. Bu durumda gereken çocuk hekimleri sayısı ise 8500 ile 17000 arasında değişecektir. Diğer yandan 2014 yılı verilerine göre, bazı Avrupa ülkelerinde ve ülkemizde 100.000 kişiye düşen çocuk hekimleri sayısı şu şekildedir: Yunanistan 29,1; Bulgaristan 19,4; İngiltere 15,2; İtalya 12,1; Fransa 12,0; Almanya 11,8; Romanya 10,6; Türkiye 5,6 ve İzlanda 4,3'tür. Avrupa ülkeleri ortalaması ise 12,5 olarak belirlenmiştir. ABD'de ise yaklaşık 75 milyon çocuğa karşılık 92000 civarında pediatrist bulunmaktadır. Ülkemizde 5000 civarında çocuk hekimleri olduğu dikkate alındığında ve mevcut durumun Avrupa ortalamasının yarısı olduğu göz önünde bulundurulduğunda hedeflenen çocuk hekimleri sayısının yine 10.000 civarında olduğu ortaya çıkmaktadır. Aslında bu durum genel hekim sayısı açısından da benzerdir. Zira 100.000 kişiye düşen hekim sayısı ülkemizde 2014 yılında 165 iken Avrupa ülkelerinde ortalama 346'dır. Bu sayının, mevcut tıp fakülteleri kontenjanlarına göre 2023 yılında 237'ye ineceği düşünülmektedir. 2017 yılı Tıpta Uzmanlık Sınavı verilerine göre, bir yılda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimine başlayan hekim sayısı yaklaşık 500'tür. Bu durumda eğer hedef sayıyı 10.000 olarak alacak olursak, aynı eğilimin devam etmesi halinde yıllık nüfus artışı ile insan gücü kayıplarını da dâhil etmek suretiyle hedefe ulaşmak için en az 12-15 yıllık bir süre geçeceğini tahmin etmek zor değildir. Diğer bir deyişle, çocuk hekimleri bakımından ülkemizin "rahatlayabilmesi" en erken ancak 2033 yılında mümkün olabilecektir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları dalı, en fazla yan dala sahip uzmanlık dalıdır. Yan dal sayısının fazla olması, bir yandan giderek karmaşılaşan ve detaylanan tıp dünyasında bir gereksinim olarak ortaya çıkarken bir yandan da ana branştaki uzman sayısının azalmasına, hastaların doğrudan yan dallara yönelmesinden dolayı görev tanımlarının değişmesine ve bunların sonucunda da planlamada zorluklara neden olmaktadır. Ayrıca yan dalların çocukların bakımında bir parçalanma yarattığı, pediatristlerin etki alanını daralttığı ve büyük merkezlerden uzakta yaşayanların bu yan dallara ulaşımını zorlaştırdığı da bir gerçektir. ABD'de 22 çocuk yan dalı varken, yirmi dört Avrupa ülkesinde toplam 38 yan dal ve 30 yan dal derneği bulunmaktadır. Altı Avrupa ülkesinde hiçbir yan dal bulunmazken dokuz ülkede 1-7 arası, dokuz ülkede ise 11-20 arası yan dal bulunmaktadır. Ülkemizde mevcut yan dallar, çocuk endokrinolojisi, gastroenterolojisi, nefrolojisi, nörolojisi, enfeksiyon hastalıkları, allerji ve immüno-loji, hematoloji ve onkoloji, genetik, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, romatoloji, çocuk yoğun bakım, çocuk acil tıp, neonatoloji, metabolizma, gelişimsel pediatri olmak üzere 16 adettir. Ayrıca çocuk cerrahisi, çocuk ürolojisi, çocuk kalp-damar cerrahisi, çocuk radyolojisi ve çocuk diş hekimliği gibi diğer branşlar içinde yer alan ancak doğrudan çocuklarla ilişkili yan dallar da bulunmaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ise yine çocuklarla ilişkili olan ancak ayrı bir anabilim dalı olarak düzenlenen bir branştır. Birçok Avrupa ülkesinde, yan dal uzmanı ihtiyacı ve yan dal uzmanlarının pediatristlere olan oranı bilinmemektedir. Bu nedenlerden dolayı, pediatrist ihtiyacını tahmin etmek daha da kompleks hale gelmektedir. Yan dalların fazla olması, pediatristlerin önemini azaltmamalı ve bakımın parçalanmasına yol açmamalı, aile merkezli entegre bakımı engellememelidir. Veya Vohra'nın dediği gibi "pediatrinin yeni bir yan dalı pediatrik integratif tıp olmalıdır".

Çocuk yan dallarındaki eğitim ülkemizde üç yıl sürmektedir. 2017 yılında tüm yan dallar için yaklaşık 250 kadro açılmıştır. Diğer bir deyişle, çocuk sağlığı ve uzmanlığı eğitimi için açılan kadroların yaklaşık yarısı kadar bir kadro tahsisi gerçekleşmiştir. Yan dal merkezlerinde multidisipliner ekiplerin yanı sıra, ileri düzey tanı ve tedavi olanakları ve uygun araştırma olanakları bulunmalıdır. Ancak bu yan dalların sağlık hizmet sunumundaki etkinliği ve ortak çalışma-

ları konusunda bilimsel veri yoktur. Yan dalların planlamasına ilişkin bir veri de bulunmamaktadır. (Salzburg semineri, 2014) Planlamada coğrafi özellikler, nüfus dağılımı, transport olanakları, merkezler arasındaki ilişkiler, politik kararlılık ve hekimlerin ilgisi önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır. Merkezler birbirleriyle iş birliği içinde çalışmalı ve yan dal merkezlerinde tedavisi tamamlanan çocuklar yerel merkezlere geri gönderilebilmelidir.

Tüm Avrupa ülkelerini kapsayan ortak bir rakam bulunmamakta ve belirlenememekle birlikte, Almanya ve İngiltere'nin ihtiyaçlarının ortalaması göz önüne alındığında bazı yan dallar için gereken uzman hekim sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir. ABD için aynı değerler, çoğu yan dalda çok daha fazladır. ABD'nin belirlediği ihtiyaçlara göre hesaplama yapılırsa birçok yan dalda daha fazla hekim ihtiyacı olduğu görülmektedir. Her iki tahmine göre ülkemiz için yapılan projeksiyon da aynı tabloda verilmiş, mevcut hekim sayısı da ilave edilmiştir. Ancak mevcut yan dal uzmanı hekim sayısı konusunda ilgili yan dal dernekleri ve Sağlık Bakanlığı'ndaki sayıların farklı olduğunu da ilave etmek gerekir.

Görüldüğü gibi bazı yan dallarda uzman hekim açığı varken bazı yan dallarda fazlalık bulunmakta, bazılarında ise kabul edilebilir sayıda uzman hekim bulunmaktadır. Ancak yazının başında belirtilen nedenlerden dolayı her ülkenin kendi özelliklerine göre bu rakamların değişebileceği unutulmamalıdır.

Yan dal eğitim kadrolarının dağılımı incelenirse ülkemizde birkaç yıl içinde bazı çocuk yan dallarının AB-ABD standartlarını geçeceği hatta geçtiği, bazılarının ise yerinde sayacağı görülecektir. Bu durumun nedeni, ülkemizde şimdiye kadar çocuk yan dal uzman ihtiyacı konusunda araştırma ve planlama yapılmaması ve özellikle tıp fakültelerinde tüm yan dalların "eşit" olduğu, dolayısıyla eğitim kadrolarının sırayla dağıtılması gerektiği şeklindeki zihniyettir. Oysa gelişmiş ülkelerde her yan dalın uzman ihtiyacının "eşit" olamayacağı açıkça ortaya konmuştur (Tablo 1). Bu nedenle her yan dalın insan gücü sayısı; iş yükü, çalışma şartları vb. faktörlere göre şekillenmektedir. Örneğin AB'de yenidoğan uzmanı sayısı 100.000 çocuk başına 4,23 iken alerji uzmanı sayısı sadece 0,14'dir. Ülkemizde ise süregelen uygulama ile yenidoğan uzmanı sayısı 100.000 çocuğa 0,17 iken alerji uzmanlarının sayısı 0,16 olabilmektedir. Ülkemizde yan dal uzmanlarının önemli bir kısmının üniversite hastanelerinde yetiştirildiği görülmektedir. Bu kurumlarda yan dal eğitimine kadro tahsisı genellikle iki şekilde yapılmaktadır ve ülke ihtiyaçları veya hizmet açığı çoğu zaman belirleyici bir rol oynamamaktadır. Birincisi tüm yan dalların her bakımdan "eşit" olduğu, dolayısıyla mevcut eğitim kadrolarının bilim dalları tarafından "sırayla" kullanılacağına ilişkin "demokratik" (!) bir karar alınmakta, ikinci olarak kıdemli öğretim üye sayısı fazla olan yan dallar mevcut pozisyonunun verdiği politik gücü kullanarak veya oyla ile daha çok eleman alabilmektedir.

Üniversitelerde yan dallara neredeyse eşit şekilde dağılan YDUS kadroları bu görüşleri desteklemektedir.

Tüm yan dallardaki toplam çocuk hekim sayısı, Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2.000'e yakındır. Ülkemizde bazı yan dallar hariç her yan dal için hedeflenen uzman sayısı tam olarak bilinmemektedir. Yan dalcıların çoğu akademik pozisyonlardadır. Yeni yan dalcıların yetişmesi için bu durum gereklidir ancak sahadaki hizmeti planlarken bu kişilerin diğer görevleri de göz önüne alınmalıdır. Çocuk hematolojisi ve onkolojisi gibi bazı yan dallar gerek eğitimin gerekse çalışma şartlarının zor olması nedeniyle giderek daha az tercih edilmektedir. Neonatolojide hedeflenen uzman sayısı Türk Neonatoloji Derneği tarafından belirtilen rakama göre 600 civarında iken mevcut yan dal asistanlarının uzman olmasıyla birlikte bu sayısının 400'e yaklaşacağı hesaplanmaktadır. Sayının az olması, birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesinde neonatolog çalışması gerekirken pediatristlerin bu görevleri üstlenmesine yol açmakta, bu durum ise zaman zaman sorunlara ve malpraktis davalarının açılmasına neden olmaktadır. Bir başka örnek olarak çocuk yoğun bakım ve acil yan dalından verilebilir. Çocukların yoğun bakıma ihtiyaç duyma insidansı yılda yaklaşık 1-3/1000 çocuk arasında değişir. Buradan yola çıkarak ülkemizde her yıl yaklaşık 60.000 çocuğun yoğun bakıma ihtiyacı olacağı tahmin edilebilir. Buna karşılık çocuk yoğun bakım uzmanı sayısı ülkemizde yaklaşık 60 olup Avrupa standartlarında hizmet verilebilmesi için toplam 300 civarında çocuk yoğun bakım uzmanına gereksinim vardır. Bu görevlerin de genellikle ana dal uzmanları tarafından yerine getirildiği görülmektedir. Çocuk acil polikliniklerine yılda başvuran her 5000 çocuğa karşılık 1 çocuk acil tıp uzmanı bulunması gerektiği hesaplanmaktadır. Buna göre Avrupa standartlarında hizmet verebilmek için gerekli olan çocuk acil tıp uzman sayısı da yaklaşık 450-600 civarında olmasına rağmen hâlen 40 civarındadır. Akraba evlilikleri oranının değişmemesi, önümüzdeki dönemde de genetik hastalıkların ve metabolizma hastalıklarının önemli sorunlar doğuracağını ve bu yan dallardaki uzman sayısının artırılması gerektiğini düşündürmektedir. Hâlen mevcut çocuk genetik uzmanı sayımız 22, çocuk metabolizma hastalıkları uzman sayımız ise 33 civarındadır.

Bazen gerek defansif tıp anlayışı gerekse hastanın ısrarlarına dayalı olarak çocuk

Tablo 1: Çocuk Yan Dal Uzman Hekim İhtiyacı (100.000 Çocuk Başına Gereken Rakam)

Yan dal	Avrupa projeksiyonu	Türkiye İhtiyacı	ABD projeksiyonu	Türkiye ihtiyacı	Mevcut
Neonatoloji	4,23	972	5,02	1154	350
Ç. Nörolojisi	1,42	326	1,48	340	168
Ç. Kardiyolojisi	1,34	308	1,81	416	212
Ç. Yoğun bakım	1,15	265	1,61	370	59
Ç. Hematoloji-Onkolojisi	0,85	196	1,92	442	156
Ç. Göğüs hastalıkları	0,39	90			24
Ç. Nefrolojisi	0,31	71	0,59	136	151
Ç. Endokrinolojisi	0,29	67	1,07	246	128
Ç. Enfeksiyon hast.	0,29	67	1,20	276	69
Ç. Gastroenterolojisi	0,24	55	1,06	244	123
Ç. İmmunolojisi ve alerjisi	0,14	32	0,22	51	100
Ç. Acil			1,62	373	35

Tablo 2: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yan Dal Eğitimi Verilen Merkez Sayıları

Ana dal ve yan dallar	Merkez Sayısı
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	93
Çocuk Acil	17
Çocuk endokrinolojisi	38
Çocuk enfeksiyon hastalıkları	22
Çocuk gastroenterolojisi	31
Çocuk genetik hastalıkları	3
Çocuk göğüs hastalıkları	2
Çocuk hematolojisi ve onkolojisi	39
Çocuk immünolojisi ve alerjisi	28
Çocuk kardiyojisi	37
Çocuk metabolizma hastalıkları	18
Çocuk nefrolojisi	33
Çocuk nörolojisi	36
Çocuk romatolojisi	20
Çocuk yoğun bakım	23
Neonatoloji	46
Gelişimsel pediatri	3
Çocuk cerrahisi	48
Çocuk kalp damar cerrahisi	15
Çocuk radyolojisi	15

Tablo 3: Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Yapılan Merkez Sayıları

Ana dal ile birlikte bulunan yan dal sayısı	Uzmanlık eğitimi veren merkez sayısı
16	1
15	4
14	4
13	3
12 – 10	5
9 – 5	18
4 – 1	24
Yalnızca ana dal eğitimi	39
Ana dal olmaksızın yan dal eğitimi	5

hekimleri hastalarını doğrudan ilgili yan dal uzmanına göndermeyi tercih etmektedir. Bu durum hastanın daha iyi hizmet alabilmesi gibi yorumlansa da aslında hem yan dal uzmanlarının iş yükünü artırmakta hem de çocuk hekimlerinin deneyimlerinin azalmasına yol açmaktadır. Diğer yandan ülkemizde giderek sayıları artan tıp fakülteleri ile eğitim araştırma hastanelerindeki çocuk klinikleri, uzmanlık

eğitimi verebilmenin bir koşulu olarak her yan dalda öğretim üyesi istihdam etme yoluna gitmekte, bu durum ise hem eğitimlerin yetersiz kalmasına hem de yeterli sayıda öğretim üyesi bulunamamasına yol açmaktadır. Üniversite klinikleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin klinikleri genellikle üçüncü düzey (en üst düzey) referans merkezi olarak kabul edildikleri için bu durum normal karşılanabilir. Tıpta Uzmanlık Kurulu verilerine göre, ülkemizde mevcut toplam 3493 uzmanlık eğitim programı içinde çocuk sağlığı ve eğitimi uzmanlık eğitimi veren 93 tane program bulunmaktadır. Yan dal uzmanlık eğitimi yapılan program sayıları ise Tablo 2’de görülmektedir.

Yan dal uzmanlık eğitimi yapılan dal sayısına göre merkezler Tablo 3’de görülmektedir. Yan dal eğitimi veren merkezler detaylı bir şekilde incelendiği zaman ana branş ile birlikte 16 yan dalın hepsinde uzmanlık eğitiminin yapıldığı yalnızca bir merkez bulunmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı hastanelerin yalnızca iki tanesinde 10 tane yan dal eğitimi verilmekte, daha fazla sayıda yan dal uzmanlık eğitimi verilen hastane bulunmamaktadır. Bu durum, birçok yan dalda uzmanlık eğitimi yapabilmek için birçok merkeze yeterli altyapı ile yeterli sayıda eğitim görevlisi bulunmadığını da göstermektedir. Bazı dal hastanelerinde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları ana branşında uzmanlık eğitimi verilmemesine rağmen herhangi bir yan dalda eğitim verilebilmektedir. Dolayısıyla, kapsamlı bir uzmanlık eğitimi vermek isteyen birçok eğitim kurumunun ortak programlar açması veya asistanların farklı hastanelerde farklı rotasyonlar yapması kaçınılmaz görünmektedir.

Ülkenin karşı karşıya bulunduğu durum dikkate alındığında, bazı yan dallarda belirli kliniklerin merkez olarak kalması şimdilik en optimal çözüm olarak gözükmektedir. Ancak bu hizmetin yürütülebilmesi için iyi planlanmış bir transport sistemine ihtiyaç vardır.

Sonuç

Çocukların ülke nüfusunun önemli bir kısmını oluşturduğu ve çocukların giderek değişen ihtiyaçları dikkate alınarak gerek çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı gerekse çocuk yan dal uzmanlarının sayısı ve nitelikleri konusunda acilen bir planlama yapılması gerekmektedir. Bu planlamada, çocuk hasta ile karşı karşıya gelen pratisyenler, aile hekimleri gibi diğer

hekim grupları da göz önüne alınmalıdır. Bu alanda yan dallara sevk zincirinin kurulması, diğer alanlarda olduğundan çok daha elzemdir ve belirli kriterlere ve endikasyonlara bağlanmalıdır. Bu konuda gerek pediatri dernekleri gerekse çocuk yan dal dernekleri planlama çalışmalarına katkıda bulunmalı ve kaynakların optimal kullanımı sağlanmalıdır. Gerekli planlamaların yapılabilmesi için başta Tıpta Uzmanlık Kurulu olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlara büyük görevler düşmektedir.

Kaynaklar

Balçık PY., Nangır ÖF., Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Hedefleri, Ankara Med J 2016; 16: 90.

Committee on Carriers and Opportunity, Committee Report: Population to Pediatrician Ratio Estimates: A Subject Review, Pediatrics 1996; 97: 597.

Ehrich J., Fruth J., Jansen D. vd. How to Calculate the Risk of Shortage and Surplus of Pediatric Workforce? J Pediatr 2018; 199: 286.

Ehrich J., Kerbl R., Pettoello-Mantovani M., Lenton S., Opening the Debate on Pediatric Subspecialties and Specialist Centers: Opportunities for Better Care or Risks of Care Fragmentation? J Pediatr 2015; 167: 1177.

Ehrich J., Pettoello-Mantovani P., Never Ending Stories, the Loop in Pediatrics: How Many Pediatricians Need to be Trained in European Countries to Keep the Pediatric Workforce Stable? J Pediatr 2018; 196: 332.

Goodman DC., Commission on Pediatric Workforce. The Pediatrician Workforce: Current Status and Future Prospects, Pediatrics, 2005; 116: 156.

<http://www.tuk.saglik.gov.tr/TR,30148/programlar.html> (Erişim: 27.11.2018).

Laufer M., Perry ZH., Reuveni H., Toker A., Pediatric Workforce Planning: the Israeli Experience and Projections of Pediatric Manpower, 1995-2015. J Hosp. Adm., 2014; 140: 8.

Pettoello-Mantovani M., Ehrich J., Romondia A., Nigri L. vd., Diversity and Differences of Postgraduate Training in General and Subspecialty Pediatrics in the European Union. J Pediatr, 2014; 165: 424.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, Ankara 2014.

T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Ankara, 2010.

T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Maliye Bakanlığı, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Eskişehir 2014.

Türkiye Çocuk Yoğun Bakım ve Çocuk Acil Tıp Hekim İnsan Gücü Raporu, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Demeği, İstanbul, Ekim 2008.

Vohra S., Surette S., Mitra D., vd., Pediatric Integrative Medicine: Pediatrics’ Newest Subspecialty? BMC Pediatr 2012; 12: 123.

Kadın doğum uzmanlık dalında insan kaynakları

Prof. Dr. Mehmet Zeki Taner



Midyat Lisesinde orta öğrenimini, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı (1986). Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasını yaptı (1992). 1994 yılından itibaren Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında akademik faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu süre içinde Gazi Hastanesi Başhekim Yardımcılığı (1999-2000), Avrupa Birliği projeleri Değerlendirme Komisyonu Üyeliği (2007-2008), Tüp Bebek Bilim Komisyonu Üyeliği (2004-2010), Özel Hastaneler Teknik Komisyonu Üyeliği (2004-2010), Sağlık Bakanlığı Etik Kurul Üyeliği (2004-2010), YÖK Tıp Sağlık Komisyonu Üyeliği (2008-2012), Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyeliği (2011-2013) ve Başkanvekilliği (2011) görevlerinde bulunmuştur.

İnsan gücü planlaması her sektörde olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunda da oldukça önemlidir. Konu, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye’de 1950’li yıllardan itibaren politika yapımcıların hep gündeminde olmuştur. Nüfus başına düşen hekim sayısı, planlamaların ana belirleyicilerinden biridir. Son yıllarda yapılan ülkelerin sağlık sistemleri kalitesi derecelendirmeleri ise sayısal oran ve dağılımın yanında uygulanan sağlık hizmeti sisteminin ve hizmetin kalitesinin de ana belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda günümüzün yükselen trendi “yüksek kalitede sağlık hizmeti” sunumudur. Bu makalede dünyada ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzman hekim dağılımı kısaca irdelenecek ve Türkiye için önerilerde bulunulacaktır.

Sağlık insan gücü planlaması: Topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere herkese ve ihtiyaç duyduğu anda, sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde ve zamanında ve doğru bir şekilde istihdam edilmesinin planlamasıdır.

Sağlık insan gücü: Kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına verilen bir addır.

Terminolojik değişim: Sağlık insan gücü/insan kaynakları terminolojisinden önce çok kısıtlı amaç ve hedef ifade eden personel yönetimi terminolojisi kullanılırdı.

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeni bir kavram geliştirdi: Sağlık İnsan Gücü Geliştirme. DSÖ bu kavramını şöyle tanımlamaktadır: Sağlık insan gücü geliştirme, insan gücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımların atılmasıdır. Bu şekilde yine milenyum hedefleri yerine önerilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine ulaşabilmek için daha kapsamlı bir tanım yapılmış oldu. Burada vurgulandığı gibi sağlık insan gücünü eğitimi ve maddi ve manevi tatmin için, yani çalışan memnuniyeti için kariyer geliştirme ve yeterli ücretlendirmeyi de bu modern planlama kavramının bir parçası olarak saymıştır.

Planlama süresi: Özellikle hekimlik gibi yetişmesi zor ve zaman isteyen alanda yapılacak planların uzun vadeli, en az 15-20 yıl ileriye yönelik yapılması gerekmektedir.

Sağlık insan gücü planlamasının zorluğu: Birbiriyle ilişkili, bağımlı ve birbirini tamamlayan, biri olmadığında diğerinin de fonksiyonunu icra edememesi gibi bir durumla karşı karşıya kalınan tanımlanmış 29 meslek grubu ve yüze yakın hekim ana ve yan dallarını bütüncül bakışla beraber planlamak, hizmet sektörleri arasında insan kaynaklarının en zor planlanabileceği bir alandır. Veri toplama, planlama süreci ve en önemlisi

de uygulama aşamasında birçok kurum ile iş birliği şarttır. Planlamanın işleyebilmesi ve başarılı olabilmesi için kararlı ve tutarlı politikalara ve politik-bürokratik güçlere ihtiyaç vardır. Siyasi iradenin istekli ve kararlı oluşu oldukça önemlidir. Uzun vadeli planlamaların başarısında planlamanın kendisinden daha çok siyasi istikrarın önemi vardır.

İnsan gücü planlamasından önce bazı cevaplanması gereken sorular:

Planlamanın hangi ülkede, ülkenin hangi bölgesinde, hangi hedefe yönelik olarak, hangi yöntemle, nasıl yapılacağı (finans kaynağı, fiziki altyapı, bilgi, zaman, insan gücü), ne kadar süre de gerçekleştirileceği, gerekçesi, iş takvimi ve kim tarafından uygulanacağı sorularına cevap bulunmalıdır. Bu soruları dikkate alan bir planlama daha gerçekçi ve başarılı olacaktır.

Sağlık insan gücü planlamasında uygulanan yöntemler şu ana başlıklar altında toplanabilirler:

- 1) İnsan gücü nüfus oranı
- 2) Hedef
- 3) İhtiyaç
- 4) Talep Başvuru

Bu klasik yöntemler dışında DSÖ, belli bölgeler için özel planlama programları da uygulamaktadır. Bütün kalkınma planlarında vurgulanan ortak noktalar hekim sayısı, dengeli dağıtım, adil-eşit hizmet ve sağlığın finansmanıdır. Bu konularda arzu edilen hedefe tam ulaşılmasa da

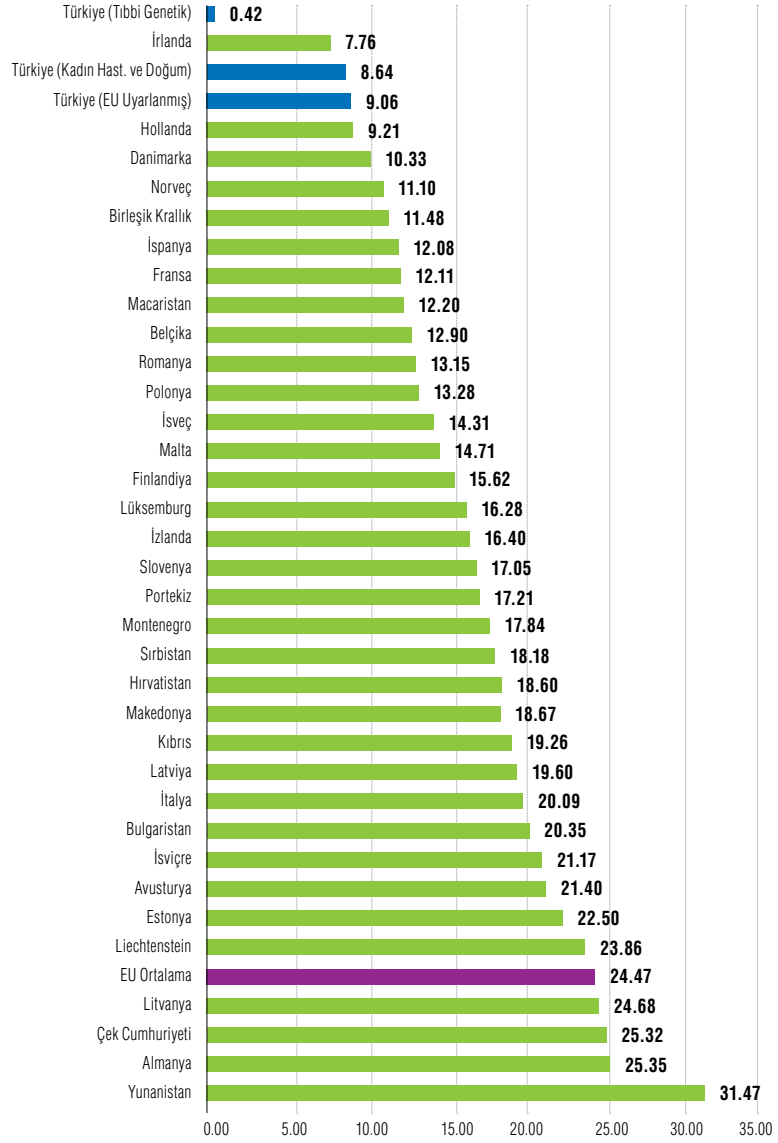
büyük mesafe kat edildiği inkâr edilemez bir gerçektir. Geçmişte sağlık hizmetine erişim temel hedef olarak kabul edilirken, günümüzdeyse hedef yüksek kalitede sağlık hizmetidir. Yapılan planlamanın sonuçlarını, başarısını, başarısızlığını ve sapmalarını görmek için sürekli izlem ve güncel istatistiki bilgiler, yani çok parametrelili sağlık verileri analizi ve bu analizler sonucu verilerden bilgi ve politika üretilmesi ve kararlaştırılan politikaların kontrolünün sağlanması şarttır. MENRİS ve e-devlet uygulamaları ile Sosyal Güvenlik Kurumu kayıtları bunu başarmak için önemli ve büyük bir avantajdır.

Planlamaya geçmeden önce birçok ölçüte ihtiyaç vardır. Bir anlamda toplumun beden ölçülerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir: 1) Sağlık insan gücü verileri 2) Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumu 3) Sağlık düzeyi göstergeleri 4) Demografik veriler 5) Ekonomik veriler 6) Gelecekte beklenen iş yükü değişiklikleridir. Bu ölçütler güncel ve sağlıklı olarak elde olmadan yapılacak planlama afaki olmaya mahkumdur.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasının büyüklüğü: Bunu anlamak için aşağıdaki bilgilerin yeteri kadar aydınlatıcı olacağı kanaatindeyim. Kamu sağlık çalışanlarının sayısı tüm kamu personeli arasında eğitim öğretim hizmetleri ve genel idari hizmetler sınıfından sonra 407.598 (kamu personelinin %16,77’si) sayısı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bu büyük sağlık ordusu 29 ayrı meslek grubu, sayısız alt iş alanları ve yüze yakın hekimlik dalları ile farklı özelliklere sahip ve farklı bölgelere dağılmış 81 milyon kişiye hizmet götürmek, sağlık kurumları arasında amaca uygun dağıtmak, sağlık turizmi etkisini göze almak, eğitim ve gelişmeyi hedeflemek, coğrafyamızın, tarihimizin ve kültürel birikimlerimizle Türkiye’nin üstlendiği bölgesel aktör misyonuna hizmet etmek, gerektiğinde dünyanın uzak bölgelerine sağlık hizmeti götürürebilmek için bütün değişkenleri ve sürekli değişimleri hesaba katarak planlama yapmak gerekmektedir.

Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlık Dalında İnsan Kaynakları

(KHD) hekimliği hizmeti toplumun her kesimini ve bütün hekimlik alanlarını ilgilendirmektedir. Fetal hayattan yaşamın

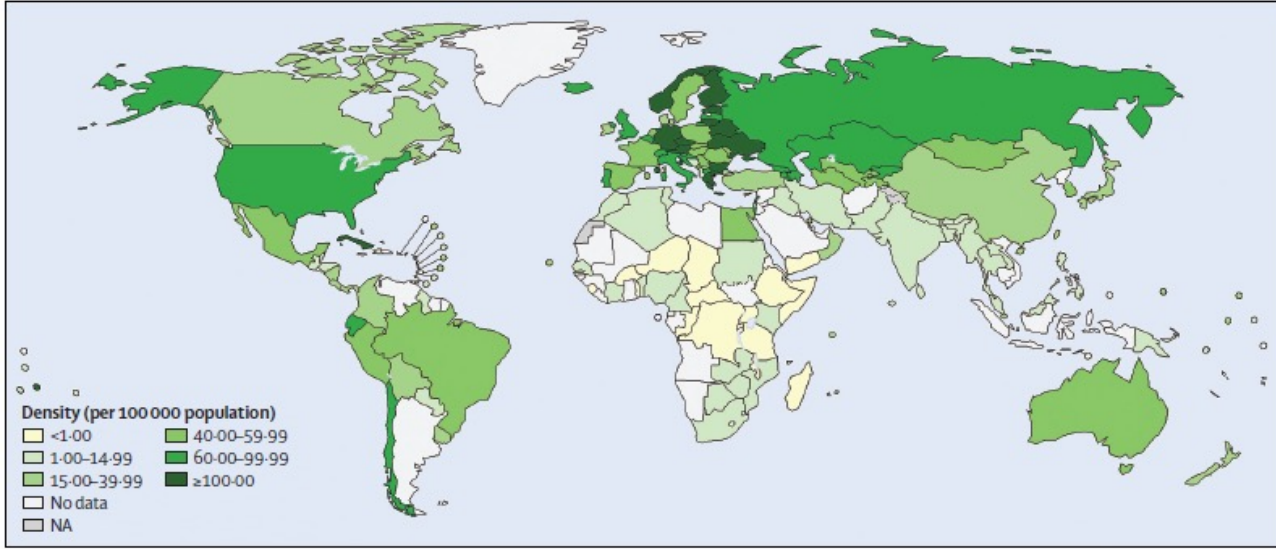


Grafik 1: 100 Bin Kişiye Düşen Kadın-Doğum Uzmanı Sayısı

sonuna kadar her yaş grubunun kadın doğumu ilgilendiren sağlığı koruyucu sağlık hizmeti ve hastalık durumu vardır. Acil ve acil olmayan hizmet alanları vardır. Hizmet verilen hasta grubunun beklenmedik acil durumları, ani sağlık durumu değişiklikleri olduğu için riskli, yorucu ve yıpratıcı bir hekimlik alanıdır. Mesai kavramı pek olmamaktadır. Özel günler, özel planlar, tatiller, hafta sonları, geceler aktif çalışan bir (KHD) uzmanı için her zaman bölünmeye adaydır. Bu nedenlerle son zamanlarda hekimler tarafından tercih sıralamasında ilk üç sıradan en altlara gerileyerek en düşük puanlarla kazanılan bir branş hâline geldi. Bu durum mesleğin, dolayısıyla kadın doğum hizmetlerinin geleceği konusunda kaygı verici bir durumdur.

Yukarıdaki grafikte Türkiye'nin 100 bin kişiye düşen kadın doğum uzmanı sayısı bakımından en sonuncu İrlanda'dan bir önceki sırada yer aldığı görülmektedir.

Öte yandan Yunanistan en yüksek hekim sayısına sahiptir. Aynı oranda sağlık hizmeti kalitesi sağlayıp sağlamadığı ayrı bir inceleme konusudur. Mesela, İspanya daha az uzman hekime sahip iken Almanya ve İngiltere'den daha başarılı sağlık hizmeti sunmaktadır. Grafik 1 ve Şekil 1'de dünyada kadın doğum uzmanlarının dağılımına dikkat edilirse Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri'nden daha az hekime sahip olduğumuz görülebilir. Ancak Kanada ile aynı kadın doğum uzmanı yoğunluğuna sahibiz. Fakat Kanada sağlık sistemi kalitesinin Türkiye'den daha iyi olduğu aşikardır. Öte yandan Orta Asya ülkelerinde 100.000 nüfusa düşen kadın doğum uzmanı sayısı bizden 8-10 kat daha fazladır. Ama aynı ölçüde sağlık hizmeti kalitesinden bahsetmek mümkün değildir. Bu bilgi yukardaki sayısal planlamanın gerekli ama tek başına kaliteli hizmet üretimi için tek belirleyici olamayacağı tezimizi desteklemektedir.



Şekil 1: 100.000 Kişiye Düşen Cerrah, Kadın Doğum Uzmanı ve Anesteziyolojist Dağılımı (2)
* WHO üyesi olmayan ülkeler verisi haritada gösterilmemiştir.

Bölge	Hekim	Hekim/100.000
New Foundland/ Labrador	43	8,1
Prens Edward Adası	8	5,2
Nova Scotia	68	7,1
New Brunswick	43	5,7
Quebec	528	6,3
Ontario	847	5,9
Manitoba	82	6,1
Saskatchewan	72	6,2
Alberta	239	5,5
British Columbia	277	5,7
Bölgeler	6	4,9
Kanada	2213	6

Tablo 1: Kanada'da İller Bazında 100 Bin Kişiye Düşen Kadın Doğum Uzmanı Sayısı (4).

Son olarak mevcut kadın doğum uzmanı Türkiye dağılımına Tablo 2'de göz attığımızda dağılım dengesizliği hemen dikkati çekmektedir. Üç büyük şehirde en fazla hekim varken en fazla ihtiyacın olduğu ve maternal morbidite ve mortalitenin fazla olduğu illerde daha az sayıda hekim olduğu görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur ve uzun zaman dengelenemeyecek görünmektedir. Çünkü ekonomik ve sosyal ortam, ulaşım ve ekonomik kazanç düzeyi gibi birçok faktör vardır. Buna rağmen Doğuda, Güneydoğuda, Karadenizde en ücra yerlere uzman hekim istihdam edilebilmesi insan kaynaklarını dağılımı açısından başarı kabul edilmelidir. Uzman başına düşen kadın nüfus oranı, 2017 nüfus sayımına

göre toplam ve ildeki kadın sayısından ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İnsan Gücü Daire Başkanlığından alınan 1.11.2018 tarihli güncel uzman dağılım rakamlarından hesaplanmıştır. Bir yıl fark olmakla beraber fikir vermesi bakımından kullanılmıştır. Bu verilere göre 2017'de toplam kadın nüfus sayısı 40.808.147, toplam kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayısı ise 5.608'dir. KHD uzmanı başına düşen ortalama kadın nüfus sayısı ülke genelinde 7.276 olarak hesaplanmıştır. Tablo 2'de illere göre kadın nüfus/KHD uzmanı oranları verilmiştir.

Nüfus başına düşen kadın doğum uzmanı sayısı bakımından Avrupa Birliği ülkelerinin gerisindeyiz. Ancak yukarıda sağlık insan gücü planlamasında yaygın kullanılan yöntemler ve planlama için gerekli ölçütler yer almaktadır. Hangi yöntem tercih edilirse edilsin bu ölçütlere ihtiyaç vardır. Bu ölçütler elde olmadan planlama yapmak, ölçüsü alınmamış bedene takım elbise dikmeye benzerdir. Ya dar ya kısa ya bol ya da uzun gelecektir. Muhtemel modeli bedene uygun olmayacaktır. Bu nedenle bu yazıda rakamsal önerilerde bulunmak yerine bazı prensipler önermenin daha doğru olacağı kanaatindeyim. Bu prensipler şunlardır:

1) Birçok branşta olduğu gibi kadın hastalıkları ve doğum alanında da diğer meslek grupları ve hekimlik dallarına az ya da çok bağımlılık vardır. Biri olmadan diğeri işlevini göremez veya sınırlı fonksiyona sahip olur, kapasitenin atıl kalmasına sebep olabilir.

2) Tıbbi sekreterden başlayarak yardımcı sağlık personeli hekimin daha etkin ve verimli çalışmasını sağlayacaktır.

3) Ebelik sisteminin güçlendirilmesi ve ebelerin hekim nezaretinde yetkin kılınmaları hekim ihtiyacını azaltacağı gibi sezaryen oranlarında da önemli oranda düşmeye sebep olacaktır.

4) En başta gelen ultrasonografi, endoskopi seti ve kolposkopi olmak üzere gerekli tıbbi cihaz olmadan günümüzde kadın doğum hizmeti verilemez.

5) Kadın doğum, özellikle doğum hizmetinin verildiği yerde kan bankacılığının mutlaka kurulması gerekir.

6) Kadın doğum cerrahi bir branş olduğu için anesteziist olmayan kuruma kadın doğum uzmanı göndermek işlevsel değildir.

7) Kadın doğumun yan dalları diğer branşlara bağımlıdır. Yukarıda ifade edildiği gibi anesteziist vazgeçilmez çalışma arkadaşısıdır.

8) Erişkin yoğun bakım hem obstetrik-perinatoloji hem de jinekolojik onkoloji için gereklidir.

9) Jinekolojik onkolog medikal onkoloji dalına ve radyoterapiye ihtiyaç duyar.

10) Perinatoloji yan dal uzmanı, yeni doğan uzmanı, yeni doğan yoğun bakım ünitesi ve genetik uzmanı ve laboratuvarı olmadan verilecek hizmet sınırlı kalır.

11) Kadın doğum ve yan dalları cerrahi uzmanlık alanları olduğu için hastanelerde istihdam edilmektedir. İşlevsel planlama için, kurumların profesyonel yönetimi, güncel veriler ile iş gücü verimi ve çıktıların analizi sağlanmalıdır.

12) Yukarıda değinildiği gibi koruyucu sağlık hizmeti ve aile hekimliği hizmeti önce planlanmalıdır. Etkin çalışması du-

rumunda özellikle sevk zincirinin hayata geçirilmesi ile birçok alanda olduğu gibi kadın hastalıkları ve doğum alanında uzman hekim ihtiyacı azalacaktır.

13) Yakın çalışma gerekliliği ve zorunluğu olan branşların grup yapılarak planlamalarının ve atamalarının beraber yapılması gerekir.

14) Rekabet ortamı yaratmasıyla hizmette kalite yarışını ateşlemesi beklenen özel sektör gittikçe büyüyerek kamu sektörünün alanını daraltıyor. Kasım 2018 verilerine göre sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan kadın hastalıkları doğum sayısı 2166, üniversitelerde çalışan sayısı 504 iken özel sektörde çalışan sayısı ikisinin toplamından da fazla olarak 2938'dir. (Kamuda çalışan 2670, özel sektörde çalışan 2938 uzman). Kamu sektörünün özel sektörle kalitede yarışmaya, rekabet etmeye hiç niyeti yok gibidir, çünkü çalışanları böyle bir yarışa motive edecek sebep yoktur.

Özet olarak, sağlık insan gücü planlamasında makro ve mikro analizler yaparak ülke, bölge ve kurum bazında verilerin analizi sonucu kendimize özgü tanımlanan dört planlama yöntemlerinin entegre kullanımıyla geliştirilecek sürekli izlenen, yeniden değerlendirilen, gerektiğinde değişiklikler yapılan Yüksek Kaliteli Sağlık Hizmetini hedefleyen bir planlamaya ihtiyacımız vardır. (KHD) alanında mevcut dağılım bugüne kadar yapılan en başarılı dağılımdır. İşlevsel bir planlama, yukarıda sayılan prensipler doğrultusunda paydaşlar ile beraber yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) AB Ülkeleri ve Türkiye'de Branş Bazında 100 Bin Kişiye Düşen Hekim Durumu ve Minimum Eğitim Kontenjanları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, e-bülten, Kasım 2018, sayı 3.
- 2) Holmer H., Lantz A., Kunjumen T., vd., *Global Distribution of Surgeons, Anaesthesiologists and Obstetricians*, *Lancet Global Health*, 2015 Nisan 27; 3 syf. 9-11.
- 3) *High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time For A Revolution. The Lancet Global Health Commission*, *www.thelancet.com/lancetgh* 5 Eylül, 2018, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3) (Erişim Tarihi: 16.11.2018).
- 4) <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/profiles/obgyn-e.pdf> (Erişim Tarihi: 16.11.2018).
- 5) <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/kamu-personeli-istatistikleri> (Erişim Tarihi: 15.12.2018).
- 6) Hogarth, J., "Glossary of Health Care Terminology", WHO, Kopenhag, 1975.
- 7) Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2010.*

	Uzman Sayısı	Toplam Nüfus (2017)	Kadın Nüfusu (2017)	KHD Uzmanı Başına Düşen Kişi Sayısı
Adana	149	2.216.475	1.107.536	7.433
Aksaray	21	402.404	202.171	9.627
Ankara	620	5.445.026	2.742.534	4.423
Antalya	207	2.364.396	1.171.814	5.660
Aydın	74	1.080.839	541.113	7.312
Balıkesir	68	1.204.824	602.549	8.861
Batman	32	585.252	291.409	9.120
Bingöl	10	273.354	134.172	13.417
Bursa	240	2.936.803	1.466.462	6.110
Diyarbakır	91	1.699.901	842.831	9.261
Edirne	29	406.855	200.513	6.914
Elâzığ	31	583.671	292.979	9.450
Erzurum	27	760.476	381.249	14.120
Eskişehir	66	860.620	431.542	6.538
Gaziantep	118	2.005.515	992.523	8.411
Hakkâri	10	275.761	127.271	12.727
İstanbul	1414	15.029.231	7.499.740	5.303
İzmir	432	4.279.677	2.146.129	4.967
Kayseri	87	1.376.722	687.127	7.898
Manisa	77	1.413.041	702.663	9.125
Mardin	38	809.719	403.399	10.615
Rize	18	331.041	166.063	9.225
Samsun	85	1.312.990	663.466	7.805
Siirt	14	324.394	157.992	11.285
Sinop	6	207.427	104.356	17.392
Şanlıurfa	86	1.985.753	986.454	11.470
Şırnak	18	503.236	239.405	13.300
Tekirdağ	63	1.005.463	488.967	4.802
Trabzon	39	786.326	397.613	10.195
Van	42	1.106.891	543.067	12.930
Yalova	13	251.203	125.634	9.664
Zonguldak	38	596.892	302.398	7.957

Tablo 2: Türkiye'nin Farklı Bölgeleri ve Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Örnek İllerde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Başına Düşen Kadın Nüfus

- 8) *Measuring Performance on the Health Care Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators*. *Lancet* 2018; 391: 2236–71.
- 9) *Models and Tools for Health Workforce Planning And Projections Human Resources for Health Observer*, Sayı 3, *Dünya Sağlık Örgütü*, 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44263/9789241599016_eng.pdf?sequence=1 (Erişim Tarihi: 16.11.2018).
- 10) Frank, W. J., Anderson, Lina R., Chiara Benedetto, vd. *Obstetrics and Gynecology in Global Health: Lessons Learned for Advancing Public Health to Achieve Universal Health Care*, *Mayis* 2018, *Bulletin of the American College of Surgeons* 103 (5).
- 11) *Physician-Nurse Migration to the United States: Regional and Health Status Origins in Relation to Legislation and Policy*. *Rockett IR, Putnam SL. Int. Migr.* 1989, 27 (3): 389-409
- 12) *Sağlıkta İnsan Kaynakları, 2023 Vizyonu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam*

- Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü*, 2011.
- 13) Samuel R. G. Finlayson, Craig D. McClain, John G. Meara, Lars Hagander, *Shortage of Doctors, Shortage of Data: A Review of the Global Surgery, Obstetrics, and Anesthesia Workforce Literature*. *MargueriteHoyler, World J Surg.* 2014, 38: 269–280.
- 14) Holmer H., Oyerinde, K., Meara, JG., Gillies, R., Liljestrand, J., Hagander, L., *The Global Met Need for Emergency Obstetric Care: A Systematic Review*, 2015, Ocak; 122 (2): 183-9.
- 15) *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 Stratejik Plan*, 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82966/h/stratejikplan20132017>(Erişim Tarihi: 29.04.2014).
- 16) *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*, Şubat 2014, Eskişehir.
- 17) *Yabancı ülke verileri EUROSTAT Sağlık Veri Tabanı*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hith_rs_spec&lang=en (Erişim Tarihi: 07.09.2018).

Genel cerrahiye bakış

Prof. Dr. Mustafa Şahin



1961 yılında Konya'da doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (1987). İhtisasını Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1993). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesine doçent ve profesör oldu. 1997'de University Libre de Brussels'da, 2002'de Bordo Cerrahi Kliniğinde, 2004'te Londra Hammersmith Hastanesinde çalışmalarda bulundu. 2008'de Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başhekim olarak atandı. 2011-2015 yıllarında Selçuk Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevini yürüttü. Çalışmaları ile Avrupa Cerrahi Araştırmalar Derneği (European Society for Surgical Research) Cerrahi Onur Ödülüne layık görülen Prof. Şahin, 2016 yılından beri Selçuk Üniversitesi Rektörü olarak görev yapmaktadır.

nsan gücünün etkili ve efektif olarak standartlara uygun nitelikte planlanması, tüm dünya için önem arz eden bir konudur. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı, en uygun ölçüt olarak günümüze kadar gelmiştir. Sağlıkta önem arz eden durum; kaliteli ve etkin hizmet sunumu ile hastaların veya ülke vatandaşlarının minimal emek harcayarak veya mağdur olmaksızın maksimal ve en doğru tedaviyi almalarıdır. Makalemizde global dünyada ve ülkemizde genel cerrahi uzman hekim dağılım profili değerlendirilip gelecekteki vizyon hakkında tavsiyelerde bulunulacaktır.

Sağlıkta insan gücü planlaması: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarında sağlık personeli talep ve gereğini, personel gücü dağılımını, çalışan tanımlarını ve bunlarla alakalı kontrol mekanizmasını sağlayan bir zaman dilimi olarak tanımlanmaktadır. Amaçlanan politika öncelikli olarak günümüzde ve gelecekte gerekli insan gücünün tespiti, gerekli olan ihtiyaçların saptanması, standartların düzenlenmesi ve çalışanların doğru şekilde istihdam edilmesidir. Ayrıca bu kısa zaman dilimi içinde uygun yer ve kaliteli ekipman ile en az işgücü kaybına mahal vererek yetiştirilen uzmanların ülkesine en faydalı hale gelebilmesini sağlamaktır.

Sağlık insan gücü: Topluma hizmet sunan bütün sağlık birimlerinde ihtiyaç duyulan kaliteli ve verimli hizmeti sağlayan çalışanların tamamına verilen bir isimlendirmedir.

Terminolojik yaklaşım: Sağlıkta insan gücü ve kaynakları değerlendirilmesi ve uygun kullanımı son zamanlarda DSÖ'nün özellikle üzerinde durduğu bir alandır. Kaynakları, materyali ve hizmetin sunulduğu pay ve paydanın öncelikli olarak insan olduğu bu

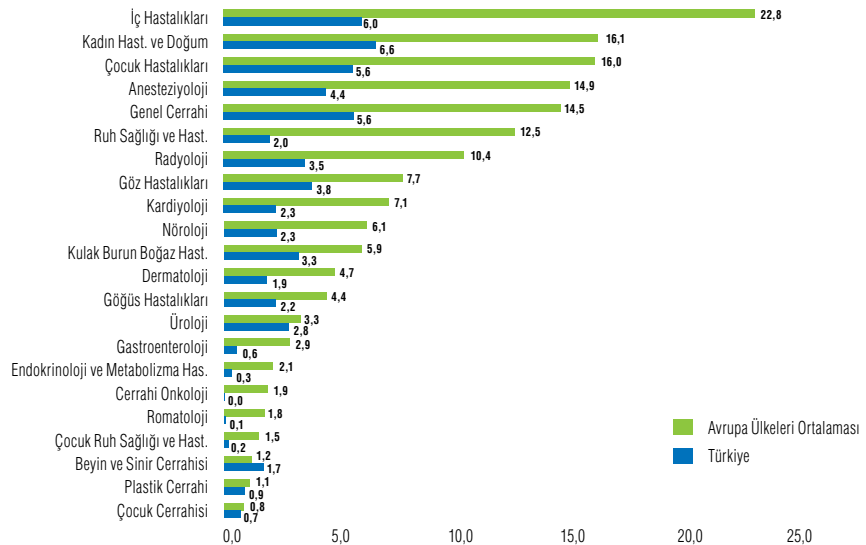
alanın planlaması ve yönetimi, ülkemizin 2023 ve sonraki on yıllardaki kalkınma hedefleri arasında olup toplumun gelişmesi ve dolaylı olarak da ülkenin kalkınmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Planlama süresi: Dünya çapında prestijli, emeği yüksek verimlilik ilgi ve alaka gerektiren cerrah uzmanlığı gibi bir alanda uygulanması planlanan atılımların kısa portföylü olmayıp 2-3 on yıl sonrası düşünülmektedir.

Sağlıkta İnsan Gücü Durumu Planlaması ve Handikapları

Sağlıkta planlama öncelikli olarak yaşanan toplumun sosyal yapısına, kaliteli ve ideal hizmete en kısa zamanda verimli şekilde ulaşmaya ve toplumun sağlık yönünden refaha ulaşmasını amaçlar. Genel cerrahi gibi hassasiyet, el becerisi, hızlı karar verebilme ve zor koşullarda kurtarıcı mental yapısına sahip personelin yetişmesi tüm dünyada zaman alan bir süreçtir. Gerekli yerde ve sayıda

personelin istihdam edilmesi ile hizmet için gerekli olanakların sağlanması; hizmetin devamlılığı, ivediliği ve kısa sürede sonuca ulaştırması açısından önem arz etmektedir (1-3). Sağlıkta hizmet; kalite, devamlılık ve kusursuzluk göstermesi gereken bir durum olup ihtiyaç, talep ve hedef yönetimleri popülasyonuna göre personel istihdamı üzerinde durulması ve planlanması gerekmektedir. Ülkemizin jeopolitik ve coğrafik konumu, tarihsel geçmişi ve üstlendiği durumu itibarıyla ülke içinde ve dışında her şartta sağlık hizmeti sunumunu verimli ve kaliteli şekilde sunmak için gerekli plan ve programların yapılması gerekmektedir. İnsan gücü planlamasında ana hususlar; nüfus dağılımına göre gerekli uzman cerrah sayısı, amaçlanan ve ulaşılmaması gereken ideal oran, ihtiyaç halindeki personel ve ekipman miktarıdır. Sağlık Bakanlığı gerekli planlamaları DSÖ kriterlerine göre düzenlemekteyken, ulaşılmaması istenen oran ve personel sayısı ise SGK'dan alınan hasta ve poliklinik sayısı verilerine göre planlanmaktadır.



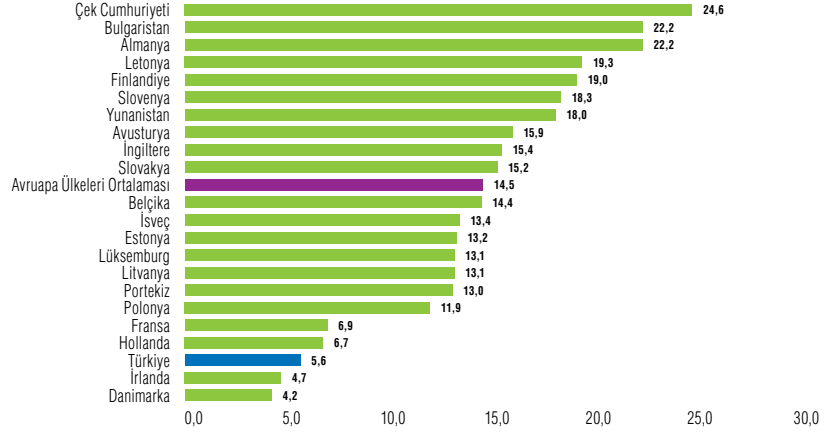
Grafik 1: 21 AB Üyesi Ülkede ve Türkiye'de 22 Branşta 100.000 Kişiye Düşen Uzman Doktor Sayıları

Genel Cerrahi Uzmanlık Dalında İnsan Kaynakları

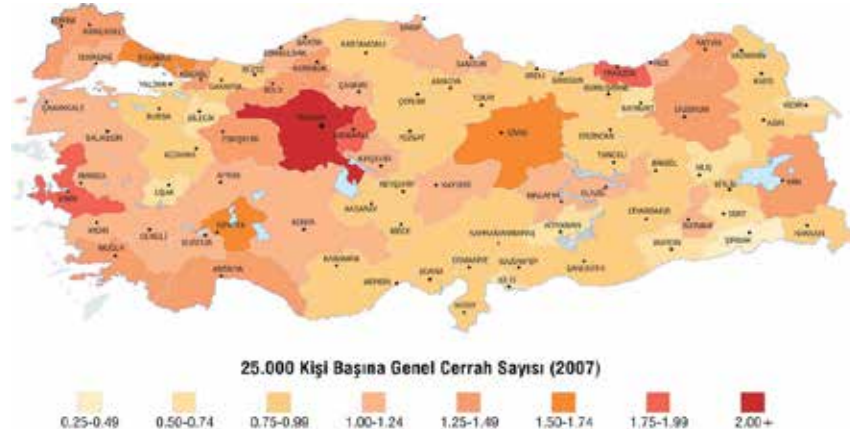
Ülkemizde mevcut durum itibarıyla sağlık hizmetinin temel yüklenicisi ve sorumluluk sahibi zümre doktorlardır. Bu geniş grup içerisinde en çok risk ve stres altındaki alt grup ise cerrahi branşlardır. Genel cerrahi branşı doktorları, sağlık hizmetinin sunulmasında en etkin çalışan gruptur. Branşın acil ve acil olmayan hizmet alanları vardır. Bir insanı sağlığına kavuşturmanın verdiği hazzı ve mutluluğu her an yaşamının verdiği huzuru başka bir branşta bulmak mümkün değildir. Maalesef son zamanlarda yetişen genç hekimlerdeki kısa yoldan ve yorulmadan mesleklerini ifa etme isteği branşın geleceği için düşündürücü bir durum haline gelmektedir (4, 5). 100 bin kişiye düşen genel cerrahi uzmanı sayısı Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde 14,5 iken ülkemizde 5,6'dır (6). Genel cerrahi ile ilgili olan önemli araştırmalara özellikle İngiltere, Avusturalya ve ABD'de değinilmektedir (7). Sağlık hizmeti bütünüyle ve yardımcı sağlık personeli ile beraber yürütülebilen bir organizma olması nedeniyle planlamalar tüm personel için yapılmalıdır. Genel cerrahi hizmeti, sadece uzman doktorun verebileceği bir hizmet olmayıp yardımcı personelle beraber bir ekip çalışması gerektirir. Bunun yanı sıra sağlanan hizmetin niteliği bir sürü ek etkene (yatak sayısı, yoğun bakım vb.) bağlıdır. Çalışmalarda sadece uzman genel cerrah sayısı üzerinden yapılan uygulamalar bir bacağı olan sandalye gibi, hizmetin karşılanması çerçevesinde yetersiz kalır.

Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Planlaması

Ülkemizde sağlıkta ve özellikle genel cerrahi alanındaki insan gücü planlaması ile ilgili çalışmaların başlangıcı neredeyse bir asır öncesine kadar uzanmaktadır. Standardize hâle getirilmiş net bir uygulama için etkili prosedürler üzerinde uzlaşa ve iş birliği özellikle Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı Planlama Dairesi tarafından sağlanmıştır (8, 9). Ülkemizde 100 kişiye düşen genel cerrahi uzmanı doktor sayısı 5,6 iken bu oran yüksek nüfuslu büyükşehirlerde daha yüksektir. Az nüfuslu bölgelere gittikçe oransal olarak azalmasına rağmen bu düşüş sağlık hizmeti sunumunda bir aksama oluşturacak düzeyde değildir. Toplumun kaliteli, yerinde ve doğru hizmeti alması için şehir hastaneleri uygulaması büyük bir önem arz etmektedir. Ülkemizde



Grafik 2: Türkiye'de ve 21 Avrupa Ülkesinde Genel Cerrahi Alanında 100.000 Kişiye Düşen Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayıları



Grafik 3: 2007 yıl itibarıyla 25 bin kişiye düşen Genel Cerrahi Uzman Sayısı

uygulanan politikalar sağlık hizmetinde uzman doktorlara, alet ve ekipmana ulaşımı kolaylaştırmış, toplumumuzun hizmete kolay ulaşması sayesinde işgücü kaybını azaltmış, bu sayede vatandaşımızın ülkemize olan bağlılığı artmıştır (8, 10).

Sonuç

Sağlıkta uzman cerrahi doktoru planlaması, hedeflere ulaşmak için gereken ölçüdeki personel istihdamını ve toplumun muhtaç olacağı gereksinimleri belirleme sürecidir. Ülkemizde bu planlama hizmeti öncelikli olarak Devlet Personel Başkanlığı öncülüğünde yapılmakta olup Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak yürütülmektedir. Planlama ölçütleri çerçevesinde uzman cerrahi doktora uygun istihdam sağlanmış ve ulaşılması kolaylaşmıştır. Gelişmiş merkezlerde tek elden bütün işlemlerin yürütülmesi ile de toplumun sağlığa ulaşımı kolaylaşmış ve işgücü kaybında azalma gözlenmiştir. Böylece ülkesine daha faydalı ve sağlıklı bireyler ortaya çıkmıştır. Bundan sonraki aşama için önerimiz ise uygulanmakta olan şehir hastaneleri formatının geliştirilerek merkezi sağlık kurumlarına kısa zamanda erişim ve çözüm odaklı toplum sağlığı

planlaması ile ülkemiz için daha müreffeh şartlar oluşturulmasıdır.

Kaynaklar

- 1) Dikmetaş E., İnan N., "Sağlık İnsan Gücü Planlaması", 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, 2000, Ankara
- 2) Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, 2010, Ankara.
- 3) Olgun Ş., Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu, Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara.
- 4) http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an14.pdf
- 5) http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_spec&lang=en
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Bakanlık Yayın No: 739, Ankara, 2008.
- 7) European Union of Medical Specialists: UEMS Ulaşım adresi: <http://www.uemssurg.org/index>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2009
- 8) Bayındır Ü., Durak Hİ., "Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu", T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı, 2008 <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tp-salk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf> (Erişim Tarihi: 07.01.2019)
- 9) T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yüksek Öğretim Kurulu Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Bakanlık Yayın No: 739, Ankara, 2008.
- 10) Traverso W L. Profile of the Rural Surgeon. Surg Endosc 2008; 22:1586-1588.

Diş hekimliğinde kıyaslamalar ve gelecek için öneriler

Prof. Dr. Nihat Kılıç



1975 yılında Erzurum ili Aşkale ilçesi Koşapınar Köyü'nde doğdu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden 1999 yılında mezun oldu. 1999-2005 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalında doktorasını tamamladı ve Ortodonti alanında Bilim Doktoru unvanını aldı. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalında 2006 yılında Yrd. Doç., 2012 yılında Doçent ve 2017 yılında Profesör oldu. TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Grubunda (SBAG) 2015-2017 yılları arasında Danışma Kurulu (DK) Üyesi ve 2016-2017 yılları arasında Grup Yürütme Kurulu (GYK) üyesi olarak görev yaptı. Dr. Kılıç, halen Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalında Profesör olarak öğretim üyeliğine devam etmektedir.

Prof. Dr. Hüsamettin Oktay



1952 yılında Muğla-Milas'ta doğdu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden 1979 yılında mezun oldu. Kısa bir süre Erzurum Ana ve Çocuk Sağlığı Dispanserinde diş hekimi olarak çalıştı. Ortodonti anabilim dalındaki doktora çalışmalarını aynı üniversitede 1983 yılında tamamladı. Çeşitli idari görevlerde de bulunduğu Atatürk Üniversitesinden 2010 yılında emekli olarak ayrıldı ve İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine kurucu dekan olarak atandı. Dr. Oktay halen ortodonti anabilim dalı başkanı ve üniversitenin kalite komisyonu üyesi olarak görevine devam etmektedir.

Toplumsal ve bireysel sağlığın en önemli unsurlarından biri olan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve topluma sunulmasında en önemli görev diş hekimlerine düşmektedir. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da değişiklik yapan 11 Aralık 2010 tarihli ve 6088 sayılı Kanun'un 1-29 sayılı maddesinde diş hekimi "insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir" diye tarif edilmiştir. Merriam-Webster sözlüğünde¹ diş hekimi şöyle tanımlanmaktadır: Diş hekimi, diş, çene ve ağız hastalıklarının, yaralanmalarının ve malformasyonlarının, önlenmesini, tanısını ve tedavisini yapmak ve yine eksik dişlerin yerine yapay dişleri koymak üzere eğitilmiş ve yetkilendirilmiş kişidir.

Diş hekimliği eğitimi kamu ve vakıf diş hekimliği fakültelerinde lisansüstü dü-

zeyde verilmektedir. Diş hekimi unvanını kazanan mezunlar kamu veya özel sağlık kuruluşlarında ya da özel muayenehanelerde mesleklerini icra etmektedirler. Diş hekimliğinde mezuniyet sonrası eğitim ise sekiz anabilim dalında (ağız diş ve çene cerrahisi, ağız diş ve çene radyolojisi, endodonti, ortodonti, pedodonti, periodontoloji, restoratif diş tedavisi ve protetik diş tedavisi) uzmanlık ya da doktora eğitimi şeklinde yapılmaktadır.

Ülkemizdeki Diş Hekimlerinin Bölgesel Dağılımları ve Bölgesel Farklılıklar

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığının 2018 yılı Kasım ayı verilerine göre² Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda 10.470, üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde 4.076 ve özel sağlık kuruluşlarında ve muayenehanelerde 15.140 olmak üzere ülkemizde toplam 29.686 diş hekimi bulunmaktadır (Tablo 1). Bölgesel olarak bakıldığında en çok diş hekiminin 10.761 diş hekimi ile Marmara Bölgesinde olduğu ve bu sayının ülkemizdeki toplam diş hekimi sayısının üçte birinden (%36,2) fazla

olduğu görülmektedir. Marmara Bölgesini sırasıyla İç Anadolu Bölgesi (5.676), Ege Bölgesi (4.123), Akdeniz Bölgesi (3.657), Karadeniz Bölgesi (2.361), Güneydoğu Anadolu Bölgesi (1.773) ve Doğu Anadolu Bölgesi (1.338) takip etmektedir (Şekil 1). Bu sayılar dikkate alındığında, diş hekimlerinin yüzde 82'si gelişmişlik seviyesi yüksek olan ve nüfus yoğunluğunun en fazla olduğu Marmara, Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde çalışmaktadır.

Diş hekimlerinin daha çok batı illerinde ve bölgelerinde yoğunlaştığı ve bunun sonucunda 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı bakımından bölgeler arasında dikkat çekici farklılıkların olduğu görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2018 yılı Şubat ayında açıklanan adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre ülkemizin nüfusu 80 milyon 810 bin 525 kişidir.³ Sağlık Bakanlığı verilerine göre² ülkemizde çalışan diş hekimi sayısı 29.686 olduğuna göre 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 36,7'dir (Şekil 2). Başka bir ifade ile 2018 yılı Ocak-Kasım ayları arasındaki nüfus artışı dikkate alınmadığında, ülkemizde bir diş hekimine 2.722 kişi düşmektedir.

Yüz bin kişiye düşen diş hekimi sayısının en fazla İç Anadolu Bölgesinde (43,9) olduğu ve bunu Marmara (42,8) ve Ege (39,7) bölgelerinin takip ettiği görülmektedir. Bu üç bölgedeki diş hekimi sayıları ülke ortalaması olan 36,7'nin üzerindedir. Diğer bölgelerdeki 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayıları ülke ortalamasının altında olup, Akdeniz ve Karadeniz Bölgelerinde sırasıyla 35,3 ve 31,5'dir. Diş hekimi sayısının en az olduğu bölgeler Güneydoğu Anadolu (19,8) ve Doğu Anadolu (23,5) Bölgeleridir (Şekil 2). Bu oranlar dikkate alındığında İç Anadolu, Marmara ve Ege Bölgelerindeki 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir.

Bu konuya uzman diş hekimlerinin dağılımı açısından bakacak olursak, coğrafi bölgelerin sıralaması değişmekle birlikte bölgeler arası uzman diş hekimi sayısındaki farklılıklarının daha da belirgin olduğu görülecektir. Tablo 1'de sunulan verilere göre, ülkemizde çalışan uzman diş hekimi sayısı 4.794 olup genel nüfusa oranla 100.000 kişiye düşen uzman diş hekimi sayısı 5,9 olarak hesaplanmıştır. Bölgeler göre bu sayının sırasıyla İç Anadolu Bölgesinde 10; Marmara Bölgesinde 8,8; Ege Bölgesinde 5,6; Akdeniz Bölgesinde 5; Karadeniz Bölgesinde 4,1; Doğu Anadolu Bölgesinde 3,3 ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 1,8 olduğu



Tablo 1: Ülkemizdeki Diş Hekimlerinin Sayıları Ve Bunların Bölgelere Göre Dağılımı (Veriler Sağlık Bakanlığından Alınmıştır. Kasım-2018)

		Marmara Bölgesi (12 İl)	İç Anadolu Bölgesi (13 İl)	Ege Bölgesi (8 İl)	Akdeniz Bölgesi (8 İl)	Karadeniz Bölgesi (17 İl)	Güneydoğu Anadolu Bölgesi (10 İl)	Doğu Anadolu Bölgesi (13 İl)	Türkiye Geneli
Diş Hekimi	Sağlık Bakanlığı	2.553	1.810	1.358	1.065	1.058	991	686	9.521
	Üniversiteler	62	141	14	24	6	1	37	285
	Özel	6.174	1.787	1.905	1.834	660	487	304	13.151
	Toplam	8.789	3.738	3.277	2.923	1.724	1.479	1.027	22.957
Uzman	Sağlık Bakanlığı	227	320	127	86	72	37	15	884
	Üniversiteler	588	536	203	171	175	98	156	1.927
	Özel	904	452	256	259	62	33	17	1.938
	Toplam	1.719	1.308	586	516	309	168	188	4.794
Asistan	Sağlık Bakanlığı	15	20	12	6	11	-	1	65
	Üniversiteler	233	606	248	212	317	126	122	1.864
	Özel	5	1	-	-	-	-	-	6
	Toplam	253	627	260	218	328	126	123	1.935
Toplam	Sağlık Bakanlığı	2.795	2.150	1.497	1.157	1.141	1.028	702	10.470
	Üniversiteler	883	1.283	465	407	498	225	315	4.076
	Özel	7.083	2.240	2.161	2.093	722	520	321	15.140
	Toplam	10.761	5.673	4.123	3.657	2.361	1.773	1.338	29.686

bulunmuştur. Buna göre, İç Anadolu Bölgesinde 100.000 kişiye düşen uzman diş hekimi sayısının, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki 5 katından ve Doğu Anadolu Bölgesindeki üç katından fazla olduğu görülmektedir.

Üniversitelerimizdeki Öğretim Elemanlarının Temel Alanlara ve Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı

Yükseköğretim Kurumu tarafından yayınlanan istatistiksel verilere göre,⁴ kamu ve vakıf üniversiteleri diş hekimliği fakültelerinin klinik ve temel tıp bilimleri bölümlerinde çalışan öğretim elemanı sayısı Kasım 2018 itibarıyla 4.109'dur. Bu sayının 3.834'ü klinik bilimlerde ve 257'si temel tıp bilimlerinde çalışmaktadır. Diş hekimliği fakültelerinde çalışan bu öğretim elemanlarının 2.448'i bayan (%59,58) ve 1.661'i ise (%40,42) erkektir. Öğretim elemanlarının unvanlarına göre dağılımı Şekil 3'de verilmiştir. Öğretim elemanlarının yaklaşık olarak yarısı öğretim üyesi ve öğretim görevlisi unvanına sahip iken (676 profesör, 320 doçent, 998 doktor öğretim üyesi ve 74 öğretim görevlisi), diğer yarısı araştırma görevlilerinden (2041) oluşmaktadır.⁴ Bir başka deyişle bir araştırma görevlisine bir öğretim üyesi düşmektedir. Bu nok-

tada dikkat çekici bir başka durum ise yetmiş ve tecrübe sahibi olan nitelikli öğretim üyesi sayısının (996 profesör ve doçent) bilimsel bilgi birikimlerini, klinik deneyimlerini ve tecrübelerini artırmaya ihtiyacı olan doktor öğretim üyesi sayısı (998) ile eşit olmasıdır.

Klinik bilimler bölümünde çalışan öğretim elemanlarının uzmanlık alanlarına göre dağılımı incelendiğinde en fazla öğretim elemanının protetik diş tedavisi (650) ile ağız diş ve çene cerrahisi (610) anabilim dallarında olduğu, en az öğretim elemanının ise ağız, diş ve çene radyolojisi anabilim dalında (257) olduğu görülmektedir. Diğer anabilim dallarındaki öğretim elemanı sayılarının sırasıyla periodontoloji (497), ortodonti (477), endodonti (466), pedodonti (443) ve restoratif diş tedavisi (426) olduğu ve burada adı geçen beş anabilim dalındaki öğretim elemanı dağılımının birbirine yakın olduğu görülmektedir.⁴

Türkiye ile Avrupa Ülkelerine Ait Verilerin Karşılaştırılması

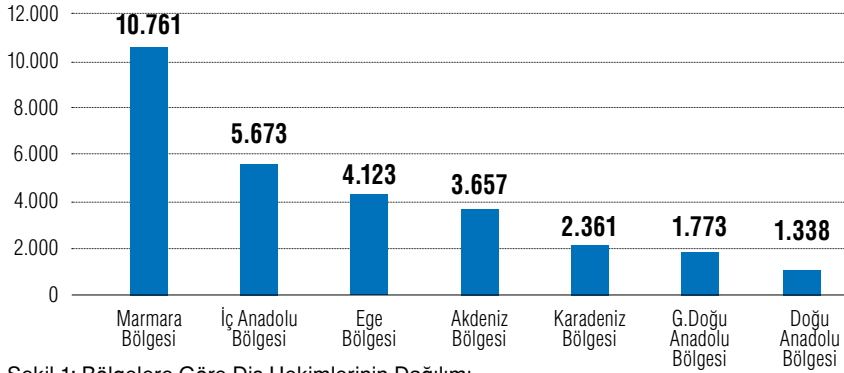
Avrupa Birliği İstatistik Ofisi Avrupa ülkeleri ve Türkiye'deki yıllara göre mezun olan sağlık çalışanlarının (tıp doktoru, diş hekimi, eczacı, hemşire ve ebe) sayılarını kayıt altına almaktadır. Sağlık

Bakanlığının bu birimin verilerine dayanarak 2014 yılı şubat ayında yayımladığı "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporuna" göre⁵ ülkemizde 100.000 kişiye ortalama 28 diş hekimi düşmektedir. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinde ortalama 43 ve Avrupa Birliği'ni oluşturan 28 ülkede ise ortalama 67 olduğu görülmektedir.⁵

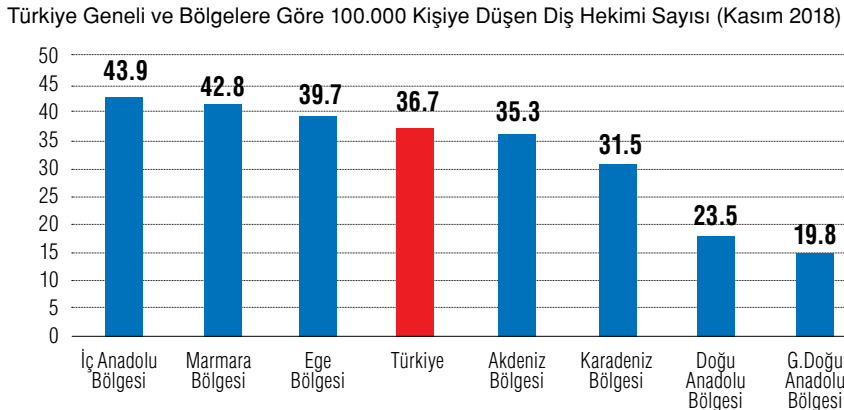
Avrupa Birliği ülkelerinin verilerine dayalı olarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi tarafından hazırlanan ve Şekil 4'de sunulan sonuçlara bakıldığında,⁶ 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı bakımından ülkemizin 28 Avrupa Birliği ülkesine göre en az diş hekimi oranına sahip olduğu, ülkemize en yakın ülkenin 34 diş hekimi ile Polonya olduğu ve en çok diş hekiminin 125 hekim ile Yunanistan'da olduğu görülmektedir. Avrupa Birliği'nin en önemli ülkelerinden olan Almanya'da 100.000 kişiye 86 diş hekimi düşerken, bu sayı İngiltere'de 54, Fransa'da 66 ve İtalya'da 65'tir. Ülkemizde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2013 yılında Avrupa Bölgesi ülkeleri ortalamasından 15 ve Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasından 39 kişi daha düşüktür. Ancak 2018 yılı aralık ayı verileri dikkate alındığında ülkemizde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının yaklaşık 37 olduğu görülmektedir. Bu durum 2013-2018 yılları arasındaki beş yıllık dönemde 100.000 kişide dokuz puanlık bir artış ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ofisince 1994-2014 yılları arasındaki 20 yıllık dönemde ortaya çıkan aktif diş hekimi sayılarındaki değişimler⁶ ile yine bu dönemde görülen mezun diş hekimi sayılarındaki yıllara göre artışlar⁷ 100.000 kişi ölçeğinde hesaplanmaktadır. Sunulan grafiklerden de izlenebileceği gibi Avrupa ülkeleri, Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'deki artışlar birbirlerine paralellik göstermektedir. Mesela, Avrupa ülkeleri ve Avrupa Birliği ülkelerinde yıllık diş hekimi mezun sayılarındaki artış ortalama 2-2,5 kişi aralığındayken ülkemizde bu rakam 1,5-2 aralığındadır. Ancak ülkemizde 2012 yılından sonra yıllık diş hekimi mezun sayısında önemli bir artış eğiliminin ortaya çıktığı görülmektedir.

Ülkemizde 2002-2014 yılları arasında gerçekleşen diş hekimi mezun sayıları ile ilgili veriler Avrupa Birliği İstatistik Ofisi verilerinden (Eurostat)⁸ alınmış ve 2015-2018 yılları arasında mezun olmuş



Şekil 1: Bölgelere Göre Diş Hekimlerinin Dağılımı



Şekil 2: Ülke Geneli ve Bölgelerdeki 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayıları (Kasım-2018)



olanlar ile 2019-2023 yılları arasında mezun olacak diş hekimlerinin sayısı Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) hazırlanan Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzlarından yararlanılarak hesaplanmış ve böylece 2023 yılına kadar gerçekleşmesi beklenen mezun profili Şekil 5'de sunulmuştur. Bu verilere göre ülkemizde 2002 yılında mezun olan diş hekimi sayısı 813 iken, bu sayı 2012 yılında 1.083, 2013 yılında 1.403, 2014 yılında 1.567, 2015 yılında 1.710 olmuştur. İçinde bulunduğumuz yıl olan 2018 yılında 3.080 kişinin mezun olduğunu görmekteyiz. 2014-2018 yıllarına ait öğrenci kontenjanları dikkate alındığında, 2019 yılında 3.205, 2020 yılında 3.446, 2021 yılında 4.016, 2022 yılında 4.594 ve Cumhuriyetimizin kuruluşunun 100. Yılı olan 2023'te 6.039 diş hekiminin mezun olacağı tahmin edilmektedir.

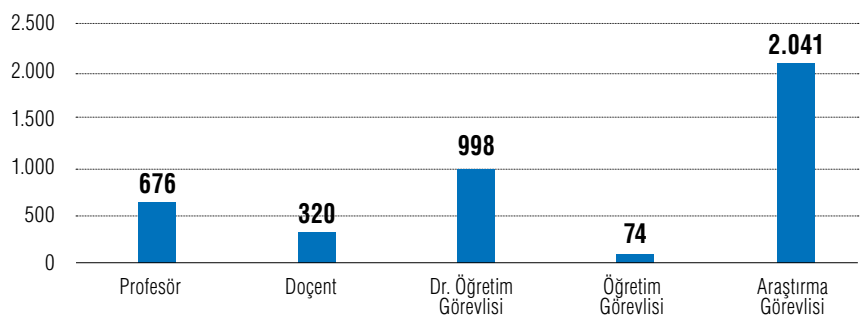
Bu rakamlar dikkate alındığında 2023 yılında mezun olacak diş hekimi sayısı 2002 yılına göre %643 (yaklaşık 6,5 kat), 2012 yılına göre %457 (yaklaşık 4,5 kat) ve içinde bulunduğumuz 2018 yılına göre ise %96'lık artış gösterecektir.

2019-2023 yılları arasındaki beş yıllık dönemde mezun olacak diş hekimi sayısı tahmini olarak 21.227 kişi olacaktır. Bu sayı mevcut diş hekimi sayısı olan 29.686 sayısına oldukça yakındır. Bu sayılar hem mezun olacak diş hekimi sayılarında ve hem de diş hekimliği fakültelerine tanınan kontenjanlarda anormal artışlar olduğunu çok açık bir şekilde göstermektedir.

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerden mezun olan diş hekimlerinin sayıları dikkate alındığında,⁸ mezun sayılarındaki yıllık artışın %3,35 olduğu görülecektir. Avrupa Birliği

üye ülkelerinden 2015 yılında toplamda 13.674 kişi mezun olmuştur⁸ ve yukarıda belirtilen artış hızına göre 2023 yılında bu sayı 17.338 olacaktır. Ülkemizde ise 2023 yılında mezun olacak diş hekimi sayısı tahminen 6039 olacaktır. Nüfusu 2017 yılında yaklaşık 512 milyon ve yıllık nüfus artışı %0,24 olan Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin toplam nüfusunun 2023 yılında 518-519 milyon aralığında olacağı tahmin edilmektedir.⁹ Ülkemizde ise yıllık nüfus artış hızının %1,4 olduğu göz önüne alındığında³ 2023 yılındaki nüfusumuzun 86-87 milyon olacağı

Diş Hekimliği Fakültelerindeki Öğretim Elemanlarının Unvanlara Göre Dağılımı (Kasım 2018)



Şekil 3: Diş Hekimliği Fakültelerinde Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Unvanlara Göre Dağılımı (Kasım-2018)

tahmin edilmektedir. Buna göre 2023 yılında Avrupa Birliğinde 100.000 kişiye düşen yıllık diş hekimi mezun sayısı 3,38 ülkemizde ise bunun iki katından fazla yani 7,02 olacaktır.

Ülkemizde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının Avrupa Birliği ortalaması ile aynı olması arzu edildiğinde 2023 yılında 6.039 değil 2.900 diş hekiminin mezun olması öngörülmeliydi. Oysa ki, sadece 2023 yılında yaklaşık 3.100 mezun diş hekimi fazlamız olacaktır. 2018 yılı itibari ile 63 üniversitenin diş hekimliği öğrencisi aldığı ve kuruluşu onaylanan 22 üniversitenin de önümüzdeki yıllarda diş hekimliği öğrencisi alacağını ön-

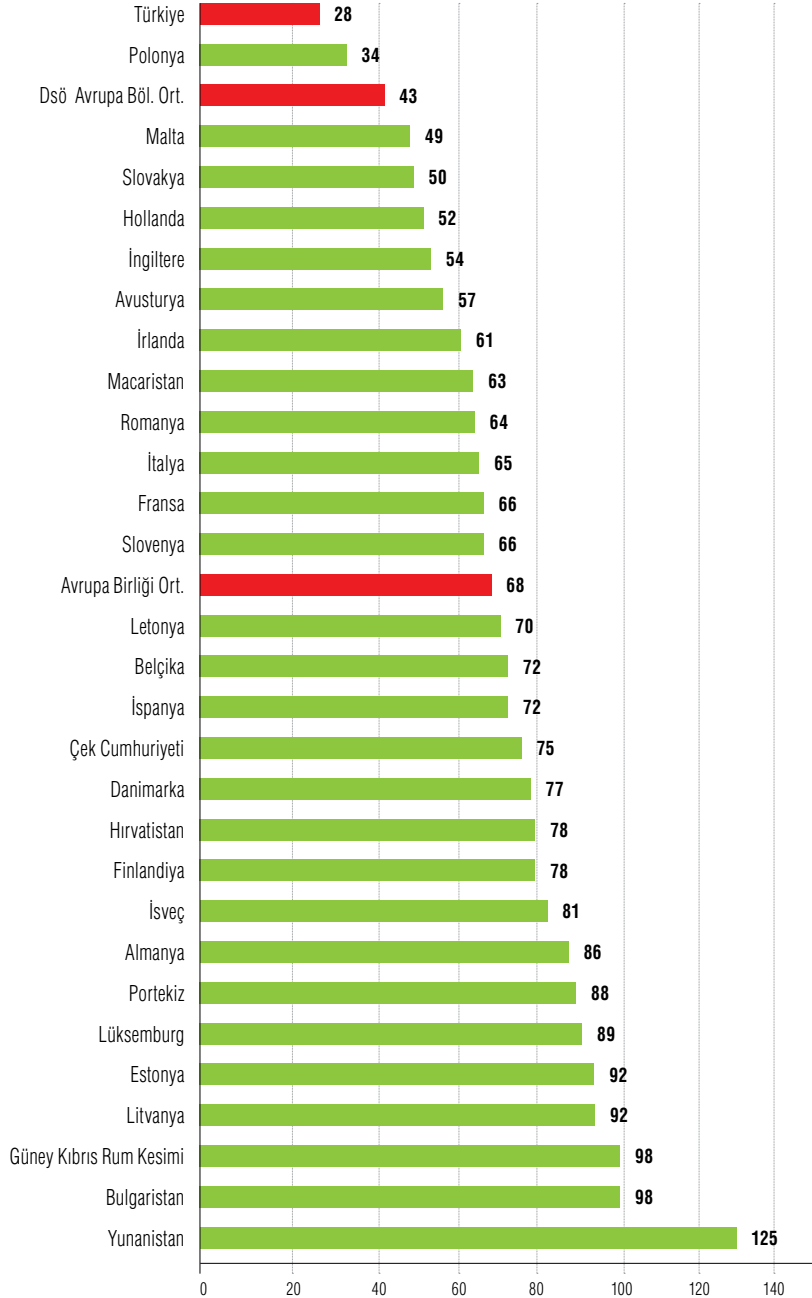
gördüğümüzde 2023 yılından sonraki yıllarda her yıl mezun olacak diş hekimi sayısının 8-9 bin aralığında olacağını ve diş hekimi mezun fazlamızın ise her yıl için 4.500-5.500 civarında olacağını tahmin ediyoruz. Bu durumda ülkemizde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının Avrupa Birliği ortalamasını yakalaması 2026-2027 yıllarında olacaktır. Ancak 2026-2027 yılından sonra ise ülkemiz 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı bakımından Avrupa Birliği ortalamasına her yıl yedi diş hekimi fazlası oluşturacaktır.

Meseleye sadece 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısında Avrupa Birliği ortalamasını yakalamak olarak baktığımızda

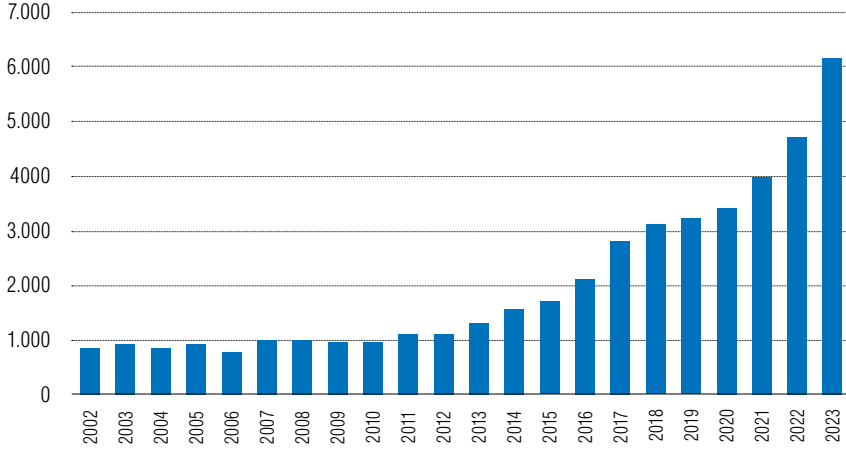
büyük bir yanılgı içinde olacağımız da aşîkârdır. Şöyle ki diş hekimliği fakültelerindeki öğrenci sayısının 16 yıl içerisinde 6,5 kat artması, öğrencilerin aldığı eğitimin kalitesinin sorgulanmasına neden olacaktır. Öğrenci sayısının yukarıda belirtilen oranlarda artırılması, mezun olan veya olacak diş hekimlerinin niteliklerini tartışmalı hale getirecektir. Çünkü öğrenci sayısındaki artış kalabalık sınıfların oluşmasına, eğitim kalitesinin düşmesine, prelinik ve kliniklerde yetersiz eğitim alınmasına, pratik deneyim ve uygulamalarda yetersizliklere, stajlarda öğrencilerin hasta bulmakta zorluk çekmelerine, hasta üzerindeki uygulamaların azlığına ve en nihayetinde nitelik olarak yetersiz diş hekimlerinin yetişmesine yol açacaktır. Kontenjanların yüksek tutulması diş hekimliği mesleğine katılacak öğrencilerin kalitesini ve niteliğini de düşürecektir. Mesela ülkemizin saygın bir üniversitesindeki diş hekimliği fakültesine 13.000 bandındaki bir öğrenci yerleşirken, 2018 yılında 23.000 bandındaki olan bir öğrenci yerleşebilmektedir. Mezun olan diş hekimi sayısının artması yakın gelecekte diş hekimi enflasyonuna da yol açacak ve neticede Avrupa Birliğinde nüfusuna oranla en fazla diş hekimi sayısına sahip olan Yunanistan'daki gibi 10 işsiz diş hekimi sayısının artmasına ve/veya düşük ücretle çalışmak zorunda kalan diş hekimlerinin varlığına/artmasına yol açacaktır.

Meselenin bir diğer yönü, diş hekimi sayısının artırılması ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin niteliğinde bir artışın sağlanıp sağlanamayacağıdır. Yunanistan'da 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 125 iken, Almanya'da bu sayı 86, Romanya'da 64 ve ülkemizde 28'dir (Şekil 4). Yapılan çalışmalar¹⁰ açıkça göstermiştir ki, ağız ve diş sağlığının en önemli göstergesi olan DMFT (Çürük-Kayıp-Dolgu Diş) indeksi 12 yaşındaki çocuklarda Almanya'da yaklaşık 0,7 iken Yunanistan'da bu indeks Almanya'dakinin üç katı yani yaklaşık 2 ve Romanya'da ise Almanya'dakinin sekiz katı yani yaklaşık 5 olarak ölçülmüştür. Ülkemizde DMFT indeksinin bu yaş grubu ortalamasının 2 olduğu¹¹ rapor edilmiştir. DMFT değerlerinin popülasyon başına düşen diş hekimi sayısını artırmadan da düşürülebileceği Avrupa Birliği raporları ile açıkça gösterilmiştir¹² (Şekil 6). Şekildeki grafikten de görülebileceği gibi, 1980-1990 yılları arasında birçok ülkede 4-5 aralığında olan DMFT indeks değerleri, koruyucu

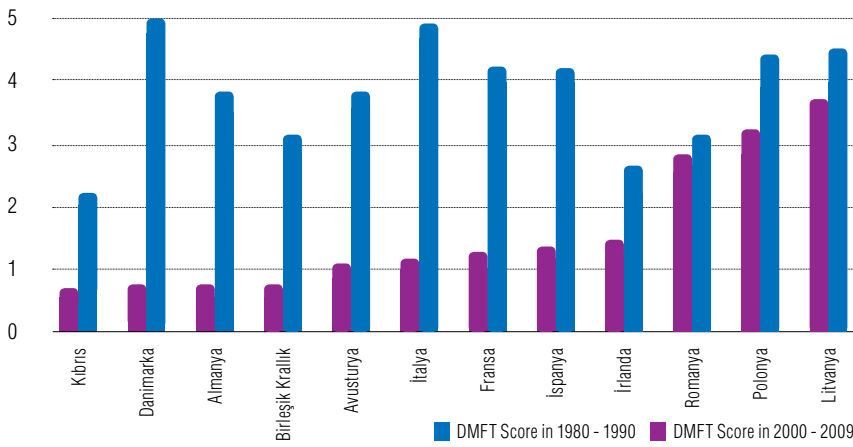
Şekil 4: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İstatistikleri Verilerine Göre (2013- Aralık) Ülkemizde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Ve Avrupa Birliğine Bağlı 28 Ülkede 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı



Şekil 5: Türkiye'de 2002-2018 Yılları Arasında Mezun Olmuş ve 2019-2023 Arasında Mezun Olacak (Tahmini) Diş Hekimi Sayıları



Şekil 6: Avrupa Birliği Ülkelerinde DFMT İndeks Değerlerinin 1980-1990 ve 2000-2009 Aralıklarındaki Ortalama Değişimleri



diş hekimliği uygulamaların etkin bir şekilde uygulanması ile 2000-2010 yılları arasında belirgin bir şekilde azalmış ve birçok Avrupa ülkesinde 0,5-1 aralığına düşürülmüştür. Bu sonuçlar genel ağız ve diş sağlığının korunmasında ve etkin tedavinin sağlanmasında 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının tek başına önemli bir gösterge olmadığını göstermektedir. Ülkelerin ve dolayısıyla insanların gelişmişlik, gelir ve refah seviyeleri arttıkça kişi başına yapılan sağlık harcamaları da artmaktadır.¹² Avrupa Birliği'ne bağlı gelir seviyesi yüksek gelişmiş ülkelerdeki halkın yüzde 80'i son bir yıl içerisinde en az bir kez diş hekimini ziyarete giderken, gelir seviyesi daha düşük olan ülkelerde bu oran yüzde 34'lere kadar düşmektedir.¹² Ülkemizde de diş hekimine gitme alışkanlığının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir.¹¹

Gelecek Projeksiyonu

Ülkemizdeki diş hekimleri ile uzman diş hekimlerinin dağılımında bölgesel olarak önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu

bölgelerinde belli bir popülasyona düşen diş hekimi sayısının, batıdaki bölgelerin yarısı kadar olduğu ve sonuçta ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden eşit düzeyde faydalanma ilkesinin sekteye uğradığı görülmektedir.

Ülkemizde 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı bugün için 37 kişi ile Avrupa ülkelerinin 6, Avrupa Birliği ülkelerinin 30 puan gerisindedir. Buna karşın özellikle son yıllarda diş hekimliği fakültelerimizin sayılarının ve öğrenci kontenjanlarının kontrolsüz bir şekilde artırılmasının neticesi olarak Avrupa Birliği ile yarışılabilir seviyenin çok üzerinde diş hekimi okullarımızdan mezun olacaktır. Bu durum diş hekimlerinin niteliklerinin sorgulanmasına yol açabileceği gibi diş hekimliği mesleğinin geleceği üzerinde de olumsuz sonuçlar doğuracaktır.

Öneriler

1. Diş hekimi sayılarındaki bölgeler ve iller arası dengesizlikler giderilmelidir. Bu amaçla öncelikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki diş hekimi

sayıları artırılmalı ve diş hekimlerinin bu bölgelerde daha uzun dönem çalışmalarını özendirerek tedbirler alınmalıdır.

2. Diş hekimliği fakültelerine 2019 yılından itibaren alınacak öğrenci kontenjanları 2018 yılı kontenjanlarından %55-60 oranında daha az olmalıdır. Yeni açılması planlanan diş hekimliği fakültelerinin açılması mümkün olduğunca engellenmeli veya ertelenmelidir. Açılması zorunlu hale gelen fakültelere verilecek kontenjanlar bu maddede önerilen kontenjan sınırlamasını aşmayacak şekilde düzenlenmelidir.

3. Diş hekimliği eğitiminde niteliğin artırılması için Avrupa Birliği Konseyinin bu konu ile ilgili direktiflerine (EU Directive 78/687/EEC)¹³ uygun bir eğitim modeli uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) <https://www.merriam-webster.com/dictionary/dentist> (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 2) Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2018 – Kasım Verileri.
- 3) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27587> (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 4) <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 5) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, 2014, (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>) (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 6) https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_509-5300-dentists-pp-per-100-000/visualizations/#id=19585 (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 7) https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_532-5440-dentists-graduated-per-100-000/visualizations/#id=19627 (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 8) http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_grd&lang=en (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 9) <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tps00002&language=en> (Erişim Tarihi: 11.12.2018).
- 10) Koletsis-Kounari H., Papaioannou W., Stefanotis T., Greece's High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects, J Dent Educ., 2011 Kasım, 75 (11): 1507-15.
- 11) Gökalp S., Doğan BÇ., Tekçiçek M., Berberoğlu A., Ünlüer Ş., Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2007, 31 (4): 3-10.
- 12) Patel R., The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Eylül, 2012.
- 13) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:31978L0687&from=EN> (Erişim Tarihi: 11.12.2018).

Hemşirelikte insan kaynakları

Merve Tarhan



İstanbul'da doğdu (1985). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesini (2007) bitirdi. İstanbul Tıp Fakültesi'nde servis hemşiresi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde acil hemşiresi olarak yaklaşık 8 yıl hemşirelik yaptı. (2007-2015). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Programında doktor eğitimine başladı (2015). Hemşirelik öğrencilerinin ve yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama geçiş sürecini konu alan doktora tez çalışması devam etmektedir. 2015'ten beri İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde çalışmaktadır.

Dünyada her geçen gün bilgi ve teknolojinin gelişmesi, yaşam süresinin uzaması, nüfus artış hızının azalması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması; sağlık bakım hizmetlerine yönelik beklenti ve ihtiyaçları her geçen gün arttırmaktadır. Toplumun beklenti ve ihtiyaçlarının doğru ve etkili bir şekilde karşılanması, ancak nicelik ve nitelik açısından yeterlilik gösteren sağlık insan gücü ile mümkün olmaktadır (1-3). Hemşire insan gücü, sağlık bakım sisteminin çekirdeğidir ve hücrenin çekirdek olmadan hayatta kalmasının imkânsız olduğu bilinen bir gerçektir. Bu noktada ülkemizdeki hemşire insan gücünün mevcut durumu ve gelecek projeksiyonunun tartışılması, sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu açısından önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2013 yılında yayınladığı raporda, dünyada 29 milyon hemşire ve ebe bulunduğu ve hemşire yetersizliğinin her geçen gün artan küresel bir sorun haline geldiği belirtilmektedir (4). Amerika Birleşik Devletleri'nde bugün yaklaşık 3,9 milyon hemşire istihdam edilmektedir. Ancak 1,1 milyon hemşireye daha ihtiyaç duyulduğundan hemşire istihdamının 2026'ya kadar %15 oranında büyüyeceği öngörülmektedir (5). İngiltere'de hemşire açığı, maksimum oran olarak kabul edilen %5'lik değerin neredeyse iki katına yaklaşmakta ve öncelikli iş vizesi

verilen meslekler arasında hemşirelik ilk sıralardaki yerini almaktadır (2). Dünyanın en kalabalık ülkelerinden biri olan Çin'de ise 2010 yılında 1.6 olan 1000 nüfus başına düşen hemşire sayısının 2015 yılında 1.25'e düştüğü belirtilmektedir (3). Kanada Sağlık İşgücü Enstitüsü, Kanada'daki hemşire insan gücünü azalan yeni mezun oranları, artan meslekten ayrılma oranları ve yarı zamanlı ya da geçici pozisyonlarda çalışma oranları ile resmetmektedir (6). Sağlık alanında harcamaları azaltmayı hedefleyen, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren ve gelişmiş evde bakım hizmetlerine sahip olan Norveç, Danimarka ve Almanya 2016 yılı istatistiklerine göre 100.000 nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayısı bakımından ilk üç sıradayken, ülkemiz 257 hemşire ve ebe ile son sırada yer almaktadır (7). Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki mevcut hemşire ihtiyacını karşılamaya yönelik ilk olarak 2011 yılında yayınladığı ve en son Mart 2018'de revize ettiği "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" raporunda önümüzdeki 20 yıla ait hedefler ortaya koyarak 2023 yılında yaklaşık 385.000 ve 2040 yılında ise yaklaşık 555.000 hemşire istihdamının gerçekleşeceğini belirtmektedir.

Hemşire insan gücünün görev, yetki ve sorumlulukları tüm dünya ülkelerinde farklılık göstermesine rağmen hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde temellenmesi bakımından benzerlik göstermektedir. Avustralya'da en az üç yıllık lisans eğitimini tamamlayan hem-

şireler uygulamalarını bağımsız olarak gerçekleştirebilirken, ön lisans programını tamamlayan hemşire yardımcılar temel ve daha basit hemşirelik bakımını hemşireler gözetiminde sunmaktadır (9). Aynı zamanda lisansüstü eğitimini tamamlayan hemşireler klinik uzman hemşire unvanını almakta ve kendi uzmanlık alanlarında ilaç yazma hakkı da dâhil olmak üzere bağımsız uygulamalar yapabilmektedir (10). Ülkemizde ise 2014 yılında çıkarılan torba yasa ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerinden mezun olanlara "hemşire yardımcısı" unvanı verilmiş ve aslında 2007 yılındaki Hemşirelik Kanunu'nda belirtilen "sadece hemşirelik lisans programlarından mezun olanlar hemşire unvanını almaktadır," maddesi yedi yılın sonunda uygulamada hayat bulmuştur. Dolayısıyla ülkemizde 2014 yılında istihdam edilen yaklaşık 152 bin hemşirenin içinde sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü programlardan mezunlar bulunduğu, hepsinin hemşire unvanına sahip olduğu, hemşirelik işini yaptığı ve sayıları tam olarak bilinmemekle beraber bugün hâlâ sağlık sisteminin içinde yer aldığı sonucuna varılmaktadır. Ülkemizde hemşire yardımcılarının, farklı alanlardaki teknikerlerin, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen uygulamaya yansıtılamamaktadır. Bu nedenle bugün Türkiye'de hemşire iş gücünün yapısının, lisans ve lisansüstü programlardan mezun hemşirelerin



yanı sıra sağlık meslek lisesi ve ön lisans programlarından mezun ve yasal olarak hemşire olmayan ama hemşirelik işini yapan çalışanlardan oluştuğunu söylemek mümkündür.

Türkiye'de 2014 yılından günümüze kadar olan süreçte, sadece lisans mezunu olanların hemşire unvanı ile sağlık sistemine giriş yaptığı ve hemşire sayısının %56 oranında artış gösterdiği bilinmektedir (7). Bu artışta 2023 Vizyonunda belirtilen ve uygulamada hayat bulan hemşirelik lisans programlarındaki kontenjan artışının etkili olduğu düşünülmektedir (8). Yükseköğretim istatistiklerine göre, 2017-2018 akademik yılında hemşirelik lisans programlarına kayıtlı öğrenci sayısının 71.538, öğretim elemanı sayısının 1.562 ve öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının 113 olduğu görülmektedir (11). Ülkemizde son iki yılda lisans kontenjanları yaklaşık 6,2 kat artarken, öğretim elemanı sayısının yalnızca 1,5 kat artmasının nitelikli hemşire insan gücünün yetiştirilmesine bir tehdit oluşturduğu sonucuna varılmış ve 2017 yılında konu ile ilgili Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştayda teorik ve laboratuvar derslerin işlenmesinde güçlükler yaşanması, ölçme ve değerlendirmenin etkili yapılamaması ve klinik uygulama

alanlarının yetersiz kalması gerekçeleri ile öğrenci kontenjanlarının bir program çerçevesinde yapılandırılarak azaltılmasına karar verilmiştir (12). Ülkemizde 2015 ve 2016 yıllarında hemşirelik lisans programlarının toplam 22 bin mezun verdiği bilinmekte ancak ne kadarının sağlık sistemine giriş yaptığı bilinmemektedir (11). Benzer şekilde mevcut hemşire insan gücünün meslekten ayrılma oranları ve nedenleri konusunda elimizde herhangi veri bulunmamaktadır. Hemşire insan gücünün planlanmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi için öncelikle hemşireliğin niceliksel dinamizmini tanımlamak gerekmektedir. Ülkemiz genelinde lisans programlarını tamamlayan, sağlık bakım sistemi içinde istihdam edilen ve lisans programını tamamladığı hâlde mesleğe başlamayan ya da ilk yıllarında meslekten ayrılan hemşire oranları ve ayrılma nedenlerinin belirlenmesine yönelik incelemelere acilen ihtiyaç bulunmaktadır. Bir diğer önemli bulgu olarak, hemşire ve ebe sayısının dağılımları bölgesel olarak farklılık göstermektedir. Doğu Marmara, Orta Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının altında kalmakta ve özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesi 100.000 nüfus başına düşen 197 hemşire ile en son sırada yer almaktadır. Aynı zamanda

Ülkemizde mevcut hemşire insan gücünün niceliğinin artırılmasında öğretim elemanı ve eğitim ortamlarının özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi takdirde niteliksel açıdan yetersiz hemşire insan gücünün toplumun sağlığını tehdit etmesi kaçınılmazdır. Hemşire insan gücünün mevcut durumunu tanımlarken yaş, cinsiyet, çalışılan birim, mesleki deneyim süresi, lisansüstü eğitim alma durumları gibi niteliksel özellikleri değerlendirmesi ile alana özgü istihdam oranlarının artacağı düşünülmektedir.



Türkiye’de 2023 yılında yaşlı nüfusun %10,2’ye yükseleceği öngörüsünden hareketle, hem yaşlı sağlığı hizmet birimlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, hem de geriatri hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının düzenlenerek hemşirelerin alana özgü istihdam edilmesi izlenmesi gereken stratejiler arasında ilk sıralarda yer almalıdır.

bu bölgede 0-14 yaş grubu nüfus oranı, toplam yaş bağımlılık oranı, bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının en yüksek değerlerde seyrettiği görülmektedir (7). Tüm veriler doğrultusunda bölgede ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde eksiklik ya da yetersizlik olduğu ve çocuk ve kadın sağlığı alanında uzman hemşirelerin

öncelikli olarak bu bölgede istihdam edilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Hemşire insan gücünün planlanmasında, hemşirelerin niteliksel özelliklerinin önemli bir ölçüt olduğu bilinmektedir ve ülkemizde konuya ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Hem emeklilik oranlarının belirlenmesini hem de meslekte kalış süresinin öngörülmesini kolaylaştırması nedeniyle hemşirelerin yaş dağılımları başlıca ölçütlerdendir (13). Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde 50 yaş ve üzeri hemşire oranında yıllar içinde artış yaşandığı görülmektedir (14). Başka bir deyişle deneyimli hemşirelerin emekli olarak sistemden ayrılma oranlarının yıllar içinde artış göstermesi, yeni mezun hemşirelerin karmaşık sağlık bakım ortamlarında hazır olup olmadıkları değerlendirilmeden hızlıca istihdam edilmeleri ile sonuçlanacaktır. Bu durumun hasta sonuçları, sağlık kurum ve kuruluşlarının etkililiği ve hemşirelik mesleğini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bir diğer önemli ölçüt cinsiyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Erkek hemşire oranı yıllar içinde artış göstermesine rağmen, hemşireliğin hâlen kadın cinsiyetinin ağırlık kazandığı bir meslek olduğu görülmektedir (1-3, 6, 9). Ülkemizde yıllar içinde hemşirelik lisans programlarından mezun erkek hemşirelerin sayısı artmakta ve 2017 yılında mezunların %26’sının erkek

olduğu görülmektedir (11). İnsan gücü planlaması açısından, erkeklerin kas-iskelet sistemlerinin daha güçlü olması nedeniyle tedavi edici sağlık kurum ve kuruluşlarında özellikle yoğun bakım üniteleri ve acil servislerde istihdam edilmeleri önerilmektedir. Hemşirelerin %75’inin Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda ve ağırlıklı olarak hastanelerde istihdam edilmesi, Sağlık İstatistikleri Yıllığında belirtilen tek niteliksel özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer ülkelerde yapılan projeksiyonlarda, tüm hemşirelik lisans programlarından mezun olan hemşirelerin rollerine (klinikisyen, yönetici, araştırmacı, eğitici ve diğer) ve çalıştıkları birimlere (dâhiliye, cerrahi, ameliyathane, pediatri vb.) göre dağılımları görülmektedir (1-3, 6, 9). Ülkemizde hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımlarına yönelik herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki hemşire insan gücünün planlanmasında, demografi, mortalite ve morbidite verilerinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Türkiye’de yıllar içinde kaba doğum ve ölüm hızındaki azalmalara bağlı olarak nüfus piramidinin değişikliğe uğradığı görülmektedir. Bu değişiklikle beraber bugün nüfusun %8,3’ü 65 yaş ve üzerindedir ve bu oranla Türkiye yaşlı nüfuslu ülkeler arasındaki yerini almaktadır. Yaşlı nüfusta görülen artışın paralelinde genç nüfus

oranda her geçen yıl düşüş yaşanmakta ve yaşlı bağımlılık oranı düzenli olarak artış göstermektedir (7). Bu tablodan rahatlıkla gelecekte yaşlı nüfusun ciddi bir sosyal sorun oluşturma potansiyeli taşıdığı çıkarılmaktadır. Yaşlı bireylerin, genellikle birden fazla kronik hastalığa sahip olması ve kronik hastalıkların uzun süreli tedavi ve bakım gerektirmesi, sağlık hizmetlerine duydukları ihtiyacı her geçen gün arttırmaktadır. Uzun, kaliteli ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri için yaşlı bireylerin kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi becerilerini kazanması, uzun süreli bakım ortamlarında yüksek kalitede hizmet alması ve bakım vericilerinin desteklenmesi gerekmektedir ve bu koşulların sağlanmasında en etkili meslek ise hemşireliktir (15). Türkiye’de 2023 yılında yaşlı nüfusun %10,2’ye yükseleceği öngörüsünden hareketle, hem yaşlı sağlığı hizmet birimlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, hem de geriatri hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının düzenlenerek hemşirelerin alana özgü istihdam edilmesi izlenmesi gereken stratejiler arasında ilk sıralarda yer almalıdır. Küresel Hastalık Yüku 2016 Türkiye sonuçlarına göre ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalık yükünde artma eğilimi görülmekte ve büyük bir kısmını iskemik kalp hastalıkları, bel ve boyun ağrıları ve solunum sistemi kanserleri oluşturmaktadır. Ölüm nedenleri arasında ise dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları ile neoplazmlar üst sıralarda yer almaktadır. Hastane yatış nedenlerinin dağılımında solunum ve sindirim sistemi hastalıkları ile gebelik, doğum ve lohusalık ağırlık göstermektedir. Aynı zamanda bu hastalıkların oluşmasında başlıca risk faktörlerinin yüksek vücut kitle indeksi, tütün kullanımı, yüksek sistolik kan basıncı, yüksek kan şekeri ve beslenmeyle ilgili meseleler olduğu belirtilmektedir (7). Tüm veriler göz önünde bulundurulduğunda, kronik hastalıkların önlenabilir nedenleri bulunmasına rağmen ülkemizdeki başlıca ölüm nedenleri arasında yer aldığını ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmını bu hastalıkların tedavisinin oluşturduğu söylemek mümkündür. Kronik hastalıklarla mücadelede en etkili silah, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini hayata geçirmektedir. Ancak 2014 yılından günümüze kadar olan süreçte birinci basamağa olan müracaat sayılarında azalma ve hastanelere müracaat sayılarında artma yaşandığı ve toplumdaki erişkin bireylerin, faydalandıkları koruyucu sağlık hizmetlerinin tansiyon, kan

şekeri ve kolesterol ölçtürmeden öteye gitmediği görülmektedir. Benzer şekilde ülkemizde kadınlarda görülen kanserler arasında meme kanseri ilk sırada yer almasına rağmen, kadınların üçte ikisi kendi kendine meme muayenesi hiç yapmamakta ve yaklaşık dörtte üçü hiç mamografi çekmemektedir. Bu noktada hemşire ev ziyaretleri ve eğitim programları önem kazanmasına rağmen hemşirelerin sadece %7’si aile hekimliğinde istihdam edilmektedir (7). Oysaki dünya da koruyucu sağlık hizmetlerini başarıyla yerine getiren toplumlara baktığımızda her 1000 kişiye bir hekim ve bir halk sağlığı hemşiresinin istihdam edilmektedir. Aile hekimliğinde istihdam edilen halk sağlığı hemşiresi sayısının artırılması izlenmesi gereken öncelikli stratejilerden bir diğeridir. Kanser hem dünyada hem de Türkiye’de her geçen gün artış gösteren bir diğer önemli toplum sağlığı sorunudur. Kanser tedavi ve bakımında multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden hemşireler bu ekibin vazgeçilmez bir üyesidir. Değişen ve gelişen sağlık sistemi de bu alanda yetkin hemşirelerin varlığını gerekli kılmaktadır. 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Onkoloji Hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmaktadır (16). Onkoloji son derecede özel bir alan olduğundan, yüksek düzeyde eğitim ve deneyim gerektirmektedir. Hemşirelik lisans programlarında onkoloji eğitiminin sınırlı kaldığı bilinmekle birlikte son yıllarda lisansüstü eğitimde ayrı bir uzmanlık dalı olarak az sayıda da olsa yer almaktadır. Ülkemizde bu alana özgü hemşire insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi öncelikli stratejilerdendir.

Sonuç olarak, ülkemizde mevcut hemşire insan gücünün niceliğinin artırılmasında öğretim elemanı ve eğitim ortamlarının özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi takdirde niteliksel açıdan yetersiz hemşire insan gücünün toplumun sağlığını tehdit etmesi kaçınılmazdır. Hemşire insan gücünün mevcut durumunu tanımlarken yaş, cinsiyet, çalışılan birim, mesleki deneyim süresi, lisansüstü eğitim alma durumları gibi niteliksel özellikleri değerlendirmesi ile alana özgü istihdam oranlarının artacağı düşünülmektedir. Ülkemizde ciddi hemşire açığı söz konusuysa mevcut iş gücünün elde tutulması gerekmektedir. Bu amaca yönelik düzenlemelere yön vermek için meslekten ayrılma oranları ve nedenleri belirlenmelidir. Ülkemiz

ihtiyaçları doğrultusunda geriatri hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği ve onkoloji hemşireliği öncelikli uzmanlık alanları olarak karşımıza çıkmaktadır. İlgili alanlarda hemşirelerin yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi toplum sağlığının sürdürülmesinde önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Lamadah SM, Sayed HY. Challenges facing nursing profession in Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 2014; 4 (7): 20-25.
- 2) White E. A Comparison of Nursing Education and Workforce Planning Initiatives in The United States and England. *Policy Polit Nurs Pract.* 2017; 18(4): 173–185.
- 3) Wang CC, Whitehead L, Bayes S. Nursing Education in China: Meeting the Global Demand for Quality Healthcare. *International Journal of Nursing Sciences* 2016; 3: 131-136.
- 4) World Health Statistics 2013. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/ Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 5) Nursing Shortage <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 6) Canadian Workforce Experiences Slowest Growth in Decade. <https://www.cih.ca/en/canadas-nursing-workforce-experiences-slowest-growth-in-a-decade> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 7) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 8) Revize Edilmiş 2023 Yılı Hekim Ve Hemşire İhtiyaç Planlaması.
- 9) Australia's Future Health Workforce. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/australias-future-health-workforce-nurses> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 10) Herdman EA., Avustralya’da Hemşirelik: Geçmişten Günümüze ve Geleceğe. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2008; 5 (2): 3-4.
- 11) Yükseköğretim İstatistikleri. <https://istatistik.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 12) Hemşirelikte Lisans Eğitimi Çalıştay Raporu. http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38771823/Hemsirelik_Lisans_Egitimi_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 13) Kwok C, Bates KA, Ng ES., Managing and Sustaining an Ageing Nursing Workforce: Identifying Opportunities and Best Practices Within Collective Agreements in Canada. *J Nurs Manag* 2016; 24 (4): 500-511.
- 14) Sherman RO., Chiang-Hanisko L, Koszalinski R. The Ageing Workforce: a Global Challenge *J Nurs Manag* 2013; 21 (7): 899-902.
- 15) Grady PA., Advancing the Health of Our Aging Population: A Lead Role of Nursing Science. *Nurs Outlook* 2011; 59 (4): 207-209.
- 16) Can G., Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2014.

Ebeler: Doğum şeklini değiştirecek insan gücü

Dr. Öğr. Üye. Asiye Ayar Kocatürk



1961 yılında Sinop, Erfelek'te doğdu. Edirne Sağlık Okulu ve Zeynep Kâmil Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. Mecburi hizmetini Ağrı Cumaçay'da köy ebesi olarak tamamladı. 1991 yılında Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsünü bitirdi. Zonguldak ve Zeynep Kâmil Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersi öğretmeni olarak görev yaptı. 2000 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Eğitim Bölümünde lisansını, aynı üniversitenin Kadın Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında doktorasını tamamladı. 2014 yılında Marmara Üniversitesi SBF Ebelik Bölümünden emekli oldu. 2014 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde görev yapmaktadır.

Sağlık politikalarının en önemli amacı topluma etkili, verimli, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunmaktır. Bilim ve teknolojiye baş döndürücü gelişmelere rağmen, hâlâ tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında en önemli kaynağı sağlık insan gücü oluşturmaktadır. Sağlık insan gücü kamu veya özel sektörde her türlü sağlık hizmetini üreten personelin tamamıdır. Bu personel nicelikli ve nitelikli olursa sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlanabilecektir. Doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonu anının bakımı ve takibinde etkin görev alan sağlık bakım hizmetlerinin götürülmesinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli yeri olan sağlık insan güçlerinden biri de 'ebe'dir. Sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında görev alan ebelerin verdiği hizmetler ayrıcalıklıdır. Bu hizmeti ayrıcalıklı kılan yönü toplumda öncelik taşıyan ve risk grubu olarak tanımlanan ana çocuk

sağlığı hizmetlerinden oluşmasıdır. Ebelik hizmetleri bu grubun sağlık sonuçları üzerine doğrudan katkı sağlamaktadır. Dolaylı olarak katkı sağladığı alan ise yoksulluk, düşük statü, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi dezavantajlı grupların yükünü çeken sosyal koşulların iyileşmesinde katkı sağlamasıdır (1-3). Bu yazıda 1928 yılında başlayan kanunî düzenlemelerle Türkiye'nin en ücra köşesine hizmet götüren ebelerin meslekî gelişimi ile Türkiye'de ve dünyada ebe insan gücü ele alınacaktır.

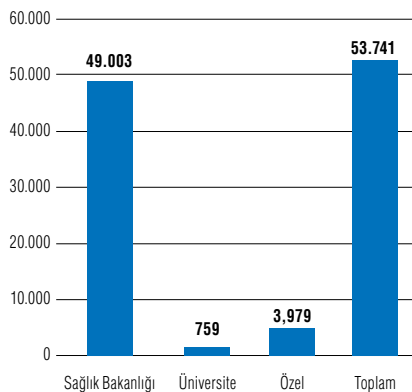
Türkiye'de Ebelik Mesleğinin Gelişimi

Ebelik, nesilden nesile uygulama ile öğrenilen bir sanat iken, daha sonra eğitimle elde edilen profesyonel bir meslek haline gelmiştir (4). Türkiye'de ebelik eğitimi 1840 yılında Mekteb-i Tıbbiye'ye ebelerin alınması ile başlamış, 1842'de iki yıllık ebelik kurslarının açılmasıyla devam etmiştir. 1909 yılında, 30 yaşını geçmemiş kadınların alındığı ilkökula dayalı, ilk ebelik okulu Dr. Besim Ömer Paşa tarafından İstanbul'da açılmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra savaşta ölen üretken nüfusun yerine konulabilmesi için pronatalis bir politika izlenmiştir (5). Nüfus artışının teşviki, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaşması için ebe gereksiniminin karşılanması, hükümetin sağlık insan gücü yetiştirme politikasında önemli yer tutmuştur. Ebelik hizmetleri, cumhuriyetin ilanından itibaren kamu sorumluluğunda olan bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Hizmetleri yürütme görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir.

1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile ebelik mesleğinin sınırları çizilmiştir (6). Ebe sayısını artırmak için sağlık bakanlığı doğumevlerinin yanında üç yıllık sağlık okullarını açmaya başlamıştır. 1952 yılında sayıları 14'e çıkmıştır. 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kanunu ile ebeler, sağlık hizmetlerinde örgütlenmesinde sağlık evi ve sağlık ocaklarında çalışarak anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi pek çok görevi üstlenmişlerdir. Daha sonra ebelik eğitimine lise ve ön lisans ile devam edilmiştir. 1996 yılından itibaren ise Avrupa Birliği kriterlerine uyum sağlayabilmek amacı ile lisans düzeyinde eğitim verilmeye başlanmıştır. 2008 yılında çıkan bir yönetmelikle ebelik eğitime kabul edilebilmek için asgari lise mezunu olmak şartı getirilmiştir (3). Ebelikte yüksek lisans programları 2003'de, doktora programları da 2013 yılında başlamıştır. 2015 yılında yapılan bir düzenleme ile "lisans mezunu ebeler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman ebe olarak çalışırlar" ifadesi ebeliğin profesyonel gelişimi açısından çok önemlidir (7).

Ebelik mesleğindeki bu kadar güzel gelişmelere rağmen, 2014 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da sağlık meslek lisesi mezunlarına "ebe yardımcısı" statüsü verilerek lise eğitimine geri döndürülmüştür (8). Ebelerin görev tanımları belli olduğu hâlde bağımsız rollerini yapamamakta,

Şekil 1: Türkiye'de Ebelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı



doktor yardımcısı olarak tanımlanmaktadır. Görevini yapamayan ebeye bir de ebe yardımcısı eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından ebe yardımcılığı atamaları 2018 yılında yapılacağı açıklanmıştır. Ayrıca 657 sayılı Yasa'nın 86. maddesine dayanarak 05.07.2005 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'yla, köy sağlık evleri ve sağlık ocakları ile belde sağlık ocaklarında sözleşmeli vekil ebe çalışma biçimi yaygınlaştırılmıştır. Bu, ilk bakışta kendi alanlarında çalışma olanağı verilmiş olması bakımından iyi bir uygulama olarak görülebilir. Ancak iş güvencesi ve özlük hakları açısından bu durum çok risklidir. Vekil ebe olarak çalıştırılan ebelerin ücretlerinin düşürülmesi, özlük haklarının ise kadrolu çalışanlara göre yok denecek boyutta olması ve görev tanımlarının belirsizliği mesleği olumsuz yönde etkileyecektir (17). Türkiye'de ebe insan gücünde sayı olarak yetersizlik yoktur. Ancak, ebeler kendi görevlerini yapamadıkları için bu durum mesleğe aidiyet duygularının gelişmemesine yol açmaktadır. Ebeler 1928 yılında çıkarılan Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile yürütülmektedir. Güncel uygulamaların yer aldığı ülke ihtiyaçlarına yönelik ebeler yasasının çıkarılması gerekmektedir.

Türkiye'de Ebe İnsan Gücü

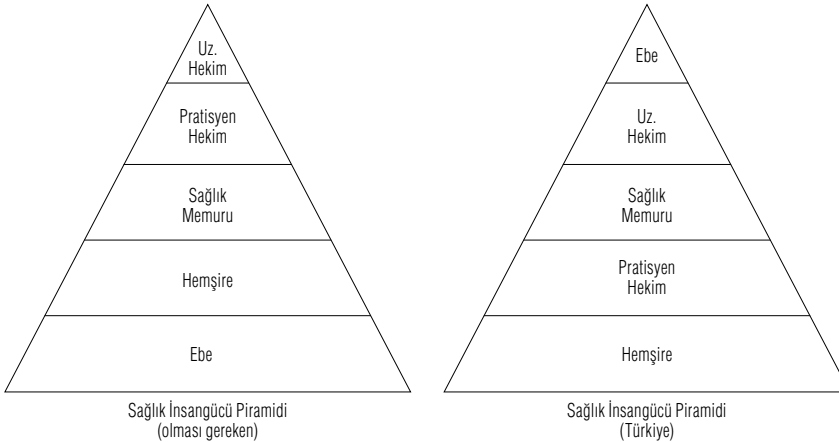
Türkiye'de ilk kez kurslarla başlayan ve günümüzde lisans, yüksek lisans ve doktora programları ile devam eden ebeler eğitiminin geleceğe yönelik programların yapılabilmesi için mevcut durumun iyi bilinmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistik Yıllığı 2017 verilerine göre ülkemizde 53.741 ebe görev yapmaktadır (13). Ebelerin hizmet verdikleri birimlere göre dağılımı incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun Sağlık Bakanlığına



bağlı hastanelerde (49 bin), Üniversite hastanelerinde (759) ve özel birimlerde (3.979) çalıştığı gözlemlenmektedir (Şekil 1). Doğru sayıda sağlık personeli, doğru yer, doğru zaman, doğru motivasyon ve tutumlarla istihdam edildikleri takdirde etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilir (2). Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Bu hizmetlerin sunulması bir piramide benzetilirse en altta birinci basamak sağlık hizmetleri yer alır (14). Ebeler, kadın ve çocuk sağlığı alanında bilgi ve beceri sahibi olan ve toplumu en iyi tanıyan halk sağlığı çalışanları olarak kabul edilmektedir. Ebelerin çalışma alanlarını büyük ölçüde koruyucu hizmetlerin verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturur. Ülkemizde 2003 yılından beri Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulaması ile sağlık hizmetleri aile sağlığı elemanları tarafından verilmektedir (9). Ekip dağılımında bu piramidin tabanını ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık personeli oluşturmaktadır. Ne yazık ki piramidin en altında yer alması gereken ebe insan gücü, Türkiye'de piramidin en üstündedir (Şekil 2). Aile Sağlığı Elemanları doktorun söylediği rutin işlerle meşguldürler. Ana-Çocuk Sağlığı hizmetlerini telefon ile değerlendirmektedirler. Dolayısıyla doğru sağlık personeli doğru yerde is-

Güçlü ebeler kadını doğumun merkezine çeker ve kadının yanından hiç ayrılmayarak doğumların sevgi dolu ortamlarda yapılmasını sağlar. Bugünkü doğum şeklini tamamen değiştirecek sağlık insan gücü sadece ebelerdir. Hizmetlerin özelleşmesiyle ebelerin doğum desteği ortadan kalkmış ve sezaryen doğumlar artmıştır. Ebelerin doğumu desteklemediği ülkelerde sezaryen oranları çok yüksektir. Ülkemizde de sezaryen oranı 2016 yılında %37 iken, 2017 yılında %53'e yükselmiştir.

Şekil 2: Sağlık İnsan Gücü Piramidi ve Türkiye Örneği



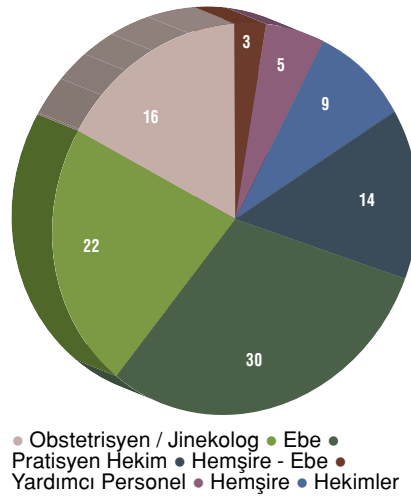
tihdam edilmemektedir. İstanbul'da evde doğumlar yasaklanmıştır. Doğumlar birinci basamak hizmet kurumlarından ikinci basamağa, medikal yardımın egemen olduğu kurumlara kaydırılmıştır. Evlerde ebe yardımıyla annenin mahremiyetinin korunduğu doğumlar ortadan kalkmıştır. Aile hekimliği modelinde ebelerin toplumla bağı kopmuştur. Ayrıca kadın hastalıkları ve çocuklara hizmet sunan hastane birimlerinde ebelerin görev yapmaları ile ilgili tutarlı bir sağlık politikası bulunmamaktadır. Bazı hastanelerde hızlı gelişen doğumlarda uzman doktor gelmeden doğumu gerçekleştiren ebeler suçlanmaktadır.

Ebelik bölümünden mezun olma koşulları arasında 40 doğum yaptırmaya zorunluluğu vardır. Öğrenciler bu koşulları yerine getirmek ve doğum sayılarını tamamlamak konusunda sorunlar yaşayabilmektedir. Bunun nedenleri arasında öğrenci sayısının fazla, öğretim elemanı sayısının az, uygulama alanlarının yetersiz olması ya da uygun klinik alanının seçilememesi yer almaktadır. Bunun için öğrenciler birçok okulun programda olmamasına rağmen yaz dönemlerinde doğumların fazla olduğu hastanelerde gönüllü çalışarak bu kriterleri tamamlamak için çok fazla çaba göstermektedirler. Ancak bu kadar emeğin boşa gitmesi ve öğrencilerin mezuniyet sonrası bu bilgileri kullanamaması düşündürücüdür. Bu durumun ülkemizdeki sezaryen doğum oranlarının çok yüksek olmasında önemli payı olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Ülkemizdeki hemşire sayılarının azlığı, ebelerin çalışma alanları dışındaki birimlerde görevlendirilmeleri ile çözülmeye çalışılmaktadır. Ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıl yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yapanlara hemşirelik yetkisi vermesine ilişkin yasal düzenleme yapılmıştır.

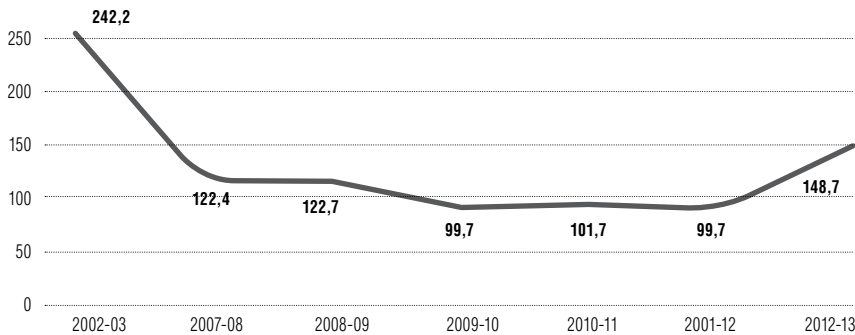
2013 Haziran verilerine göre 24.000 hastane ebesinin 7.000'inin yetkilendirme ile hemşirelik yaptığı belirtilmektedir (3). Sağlık sistemini çalıştıracak olan en önemli unsur insan gücüdür. Bir ebe günde sekiz saatten yılda 210 gün çalışmaktadır. Çalışanların tamamı kadın olacağından toplam doğurganlık hızı 2016 TÜİK verisi 2,1 dikkate alınarak doğum başına 1,5 yıl iş gücü kaybı eklenmiştir. Bu hesaplamada toplam çalışma yılı ise 35 yıl alınmıştır. Bu varsayımlardan yola çıkarak 2018 yılındaki ebe ihtiyacı 56.000 olarak hesaplanmıştır. Önümüzdeki 20 yıllık süreçte yıllık canlı doğum sayısında önemli bir değişiklik olmayacağı varsayımından hareketle, nüfus artışı hızı ve nüfus projeksiyonları

dikkate alındığında Sağlık Bakanlığı 2023 yılında 57.690, 2040 yılında ise 58.770 ebe sayısına ulaşmayı amaçlamaktadır (2). Buradan yola çıkarak Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 47 Üniversitenin Ebelik Bölümlerine (kamu-özel) her yıl 30 ila 100 öğrenci kabul etmektedir. Yeterli alt yapı, donanım ve öğretim üyesi olmadan açılan ebelik bölümlerinin eğitiminin niteliği ciddi biçimde sorgulanır hâle gelmektedir. 2013 yılında ebelik lisans bölümlerinde okuyan 148,7 öğrenciye bir öğretim elemanı düşmektedir (Şekil 3). Koçak ve arkadaşlarının 46 ebelik bölümü bulunan üniversitelerde yaptığı araştırmaya göre ebelik bölümlerindeki akademik kadro açısından gelişme özellikle sınırlı sayıdaki üniversiteler dışında oldukça azdır. Öğretim elemanlarının %27'si Ege Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi Ebelik Bölümlerindedir. Bu üniversitelerin dışındaki üniversitelerde bulunan ebelik bölümlerinde öğretim elemanı sayısı 10'un altında, sekiz bölümden ise üçün altındadır. Lisans eğitime başlanılan 1996 yılından beri akademisyen sayısı artmıştır ama bu artış oldukça yetersizdir. Bu yetersizliğe

Şekil 4: DSÖ'ye Üye 73 Ülkede Anne ve Çocuk Sağlığı Alanında Tam Zamanlı Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Dağılımı



Şekil 3: Öğretim Yıllarına Göre Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Ebelik Okullarında Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı



Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

rağmen her yıl öğrenci sayısı YÖK tarafından artırılmıştır. 2013 yılında bu sayı 8.328'e çıkmıştır. Okullarda dersliklere ve laboratuvarlara sığmayan, hastanelerde ise koridorlara taşan ve sedye üzerinde oturan öğrencilerle yetersiz bir eğitim görüntüsü oluşmaktadır. Ebelik mesleği serbest zamanlı çalışan ve gece nöbeti olan bir meslek olmasına rağmen öğrencilerin gece nöbeti tutmaları yasaktır. Gündüz yaşanan öğrenci yoğunluğunu azaltmak için hastanelerde nöbet sistemine bir an önce geçilmelidir. Sağlık insan gücünün nitelikli olabilmesi için doğru bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Yoğun hastane ortamında ebelik öğrencisi kesintisiz baştan sona bir doğumu yaptırmaya şansına sahip değildir.

Günümüzde doğumlar değişmiştir. İlk çağlardan beri hiçbir yardım almadan doğuran kadınlar doğumdan korkar olmuşlardır. Doğum, müdahale edilmesi gereken tıbbi bir olay hâline gelmiştir. Doktorlar tarafından doğum ağrısından korkan gebelere hayat kurtaran sezaryen ameliyatı doğum şekli olarak sunulmaktadır. Ebelerin niceliğinden çok niteliğini artırma yoluna gidilmelidir. Lisans eğitimi programında doğum destekçisi ve doğuma hazırlık eğitiminin içeriğinin her öğrenciye kazandırılması ve ağrıyı azaltmak için alternatif doğum yöntemlerini çok iyi bilmesi ve uygulaması sağlanmalıdır. Ebeler doğum öncesi, doğum ve doğumdan altı hafta sonraya kadar kadının en büyük destekçisi olmaları için uygun eğitim almalarına rağmen bunu uygulayamamaktadırlar. Teknolojinin hızla geliştiği günümüzde ebelere gebe takibini yapacak basit ultrason eğitimi, tanı ve takip araçlarını kullanabilecek, doğumun sorumluluğunu üstlenecek, riskli durumlarda doktora sevk etme yetkisi ve donanımı kazandıracak lisans programından nitelikli ebelerin yetiştirilmesine ihtiyaç vardır (16). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanının eğitim maliyeti ebe insan gücü maliyetinden oldukça yüksektir. Sınırlı sayıda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmasına rağmen, özel hastanelerde bu uzmanlar gebe takibi yapmaktadırlar. Bu durumda yapılması gereken öncelik ebe insan gücünü donanımlı olarak yetiştirmek ve doktorların asli görevlerini yaparak, gebelerin takibini ve normal doğumu ebelere bırakmaları sağlanmasıdır. Böylece Türkiye için sağlık mesleklerin piramidindeki çarpıklığı gidermek sağlık politikalarımızın birinci hedefi olmalıdır.

Aile Sağlığı Elemanı yerine, Aile Sağlığı Ebeliği modeli kullanılmalıdır. Güçlü ebeler kadını doğumun merkezine çeker

ve kadının yanından hiç ayrılmayarak doğumların sevgi dolu ortamlarda yapılmasını sağlar. Bugünkü doğum şeklini tamamen değiştirecek sağlık insan gücü sadece ebelerdir. Hizmetlerin özelleşmesiyle ebelerin doğum desteği ortadan kalkmış ve sezaryen doğumlar artmıştır. Sağlık sisteminde vatandaşlarına ücretsiz hizmet sunan Kanada, Hollanda, Almanya gibi ülkelerde normal doğum oranları çok yüksektir. Bu ülkelerdeki ebeler doğumun sorumluluğunu tek başına üstlenecek kadar güçlüdürler. Ebelerin doğumu desteklemediği ülkelerde sezaryen oranları çok yüksektir. Ülkemizde de sezaryen oranı 2016 yılında %37 iken, 2017 yılında %53'e yükselmiştir. Bu oran İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatının (OECD) rakamlarına göre, Türkiye sezaryen oranlarında dünya sıralamasında birinci durumdadır. Kaliteli ebelik hizmeti sunabilmek toplumsal bir görevdir. Kaliteli hizmetin verilmesinde temel ölçüt ise iyi yetişmiş insan gücüdür. Ebeler eğitimi hedefleri ve sınırları ülke ihtiyacına göre düzenlenmiş eğitim programları ile nitelikli eğitimciler tarafından ve yeterli uygulama alanına sahip eğitim kurumlarında verilmelidir.

Dünyada Ebe İnsan Gücü

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, gelişmekte olan pek çok ülkede ebe sayısının yetersiz olduğu ve gelecekte de bu gereksinimlerin karşılanamayacağı bildirilmektedir. Sağlık çalışanları bakımından kritik yetersizliği olan 61 ülkenin 41'inin yalnızca Afrika'da yer aldığını belirtmektedir (Şekil 4). Dünyada Ebelerin Durumu Raporu'na göre, DSÖ'ye üye 73 ülkede ana-çocuk sağlığı alanında tam zamanlı görev yapan sağlık çalışanlarının sadece %22'si ebedir (9). Buna göre 100.000 kişiye düşen ebe sayısı Avrupa Birliğine üye ülkelerde 33, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 44 ve Türkiye'de 69'dur. (Şekil 5) Türkiye'deki ebe sayısının pek çok ülkeden fazla olduğu görülmektedir. Bu sayılara göre ebeler bakımının en kötü uygulandığı ülkelerin başında Türkiye gelmektedir. Ancak ebe insan gücü değerlendirilirken ülkemizdeki ebelerin kendi alanı dışında istihdam edildiği unutulmamalıdır.

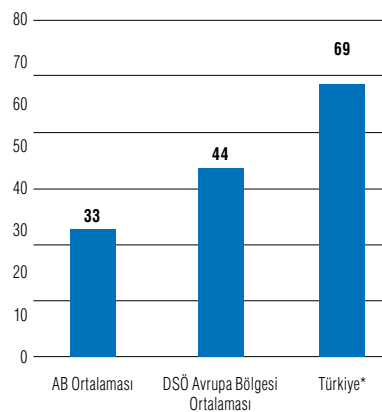
Avustralya, Danimarka, Fransa, İsveç, Hollanda, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve Kanada'yı içeren sekiz gelişmiş ülkenin ebeler hizmetlerine bakıldığında bizim ebelerimizin mesleklerinden uzaklaştıkları, doktor merkezli hastanelerde rutin işleri uyguladığı görülmektedir. Danimarka, Yeni

Zelanda, Hollanda, Kanada ve İsveç'te serbest ebe olarak çalışabilmektedirler. Ebeler, anne ve çocuğun tıbbi gereksinimlerini karşılamak için diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği içindedir. Birleşik Krallıkta doğumların çoğu hastanede gerçekleşmektedir. Ebeler doğumlara katılır, bir komplikasyon çıktığında doğum uzmanına bildirirler. Avustralya'da da doğumlar hastanede gerçekleşir. Ebeler doğuma yardımcı olurlar ama hastanın sorumluluğunu kabul etmezler. Bu nedenle doğumlara hekim eşlik eder. Avustralya, İsveç ve Fransa'da ebeler hastanede çalıştığı için, kadınlara sunulan doğum alternatifleri sınırlıdır. Kanada'da komplikasyonsuz doğumları iki ebe gerçekleştirir. Ayrıca Avustralya, Hollanda, Kanada ve Birleşik Krallıkta evde ve doğum merkezlerinde doğum yapılabilir. Birleşik Krallık ve İsveç'te doğum sonu 28 gün anne ve bebeğe bakım verilir. Hollanda ve Kanada'da doğum sonu bakım 6 haftadır. Doğum sonu aile planlaması hizmetlerinin ebeler tarafından verildiği ülkeler İsveç, Hollanda, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve Kanada'dır. Bu ülkelerdeki ebeler sınırlı ilaç reçete etme yetkisine de sahiptirler (11).

Sonuç

Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistik Yıllığı 2017 verilerine göre ülkemizde 53.741 ebe görev yapmaktadır. Yine Bakanlığın İstatistik Yıllığına göre 100 bin kişiye düşen ebe sayısı 69'dur. DSÖ Avrupa Bölgesinde ise ortalama 100 bin kişiye 44 ebe düşmektedir. Ebe sayısı en fazla olan ülkeler arasında olduğumuz görülmektedir. Bu istatistiksel ayırmadan daha önemlisi ebeler ve hemşirelik mesleklerinin ayrı görev tanımları olmasına rağmen hemşire yetersizliğinden ebelerin hemşire gibi çalıştırılmalarıdır. Sağlık Bakanlığı hedefleri 2023 yılı 57.690, 2040 yılı ise

Şekil 5: Türkiye, AB Ülkeleri ile DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Ebe Sayısı



58.770'tir. Mezun olan ve olacak olan öğrencilere göre 2024 yılında ebe ihtiyacı tamamlanacağı öngörülmektedir. 2024 yılı sonrası ebe mezunlarının istihdamının gözden geçirilmesi önemlidir. Sağlık işgücü planlamasının sağlıklı yapılması ve yürütülmesi için Sağlık Bakanlığı ve YÖK'e önemli görevler düşmektedir. Ebeler mutlaka yükseköğretimle kazanılan bir meslek olmalıdır. Gebe takiplerini yapacak, riskli durumlarda sezaryen endikasyonu koyma yetkisini kendinde bulunduracak teknolojik donanım ve beceri ile ebeler mezun olmalıdırlar.

Kaynaklar

- 1) TC. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. 2011; SB Yayın No: 851, Ankara, 2011.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014.
- 3) Özdemir R, Özcan G; Dünyada ve Türkiye'de Ebeler Mesleğinin Gelişimi ve Ebe İnsan Gücü. Doğum Öncesi Dönem. Editörler F Çetin, K Çalık. İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018.
- 4) Kocatürk A. Ebeler Mesleğinde Klinik Uygulama Sorunları. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi) Sayı 45, S:56-59, 2018.
- 5) Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun No:557, Resmi Gazete Tarihi: 10 Nisan 1965, Resmi Gazete Sayısı:18059.
- 6) Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Resmi Gazete Tarihi: 14 Nisan 1928, Resmi Gazete Sayısı: 863.
- 7) Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun No:6639, Resmi Gazete Tarihi: 15 Nisan 2015, Sayı 29327.
- 8) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun No: 6214, Resmi Gazete Tarih 18 Ocak 2014, Sayı: 28886.
- 9) UNFPA. ICM. WHO. The State of the World's Midwifery 2014. A Universal Pathway A Woman's Right to Health.
- 10) Soyer A, Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim - Kasım- Aralık 2011: 12-14.
- 11) Özdemir R, Özcan G. Doğum Öncesi Dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018.
- 12) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu-2014.
- 13) T.C Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistik Yıllığı 2017.
- 14) Kılıç B: Türkiye için Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(6): 501-514, 2007.
- 15) Koçak Y, Can H, Yücel U. Türkiye'de Ebeler Bölümünün Akademik ve Fiziki Profili. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/311532>. Son Erişim Tarihi 10.12.2018.
- 16) Aydın S. Hemşire ve Ebeler Eğitime Farklı Açılardan Bakış. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi) Sayı 27, 2012.
- 17) Yazıcı S. Ebeler Mesleğini Nasıl Yok Ediyoruz. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi) Sayı 12, 2009.

Türkiye'de fizyoterapistlik mesleği

Prof. Dr. Z. Candan Algun



1969 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan mezun oldu. 1974'te doktorasını tamamladı, 1983'te doçent ve 1988 yılında profesör oldu. St. Elizabeth Medical Center, Dayton ve Ohio'da fizyoterapist, Hacettepe ve Dokuz Eylül Üniversitelerinde araştırma görevlisi, öğretim görevlisi ve öğretim üyesi olarak çalıştı. Ortez, protez, ampute rehabilitasyonu, geriatrik ve nörolojik fizyoterapi alanlarında çalışmalarını sürdürmekte olan Dr. Algun, hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ile Ortez Protez Bölümleri Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Tülin Düger



Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan 1991 yılında mezun oldu. Aynı Yüksekokulda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2001 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Halen HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı olarak görev yapan Düger, 2016 yılından bu yana Türkiye Fizyoterapistler Derneği Başkanı, 2017 yılından bu yana ise Sağlık Profesyonelleri Platformu Başkanıdır.

Fizyoterapistleri Türkiye'ye benzetmek mümkündür. Dünyanın neresine giderseniz gidin mutlaka Türkiye ismini duymuş, ya da en az bir kez ziyaret etmiş birini bulursunuz. Buna rağmen Türkiye'nin yeterince tanınmadığından söz edilir. Fizyoterapistler de bu kadarı paylaşmaktalar. Her ne kadar yasal düzenlemelerdeki eksiklikler, istihdamdaki yetersizlikler, hizmete erişimde güçlükler ve benzeri durumlar olsa da insanların hayatının bir sürecinde sağlıkları için fizyoterapistin gitmiş olmaları da sık rastlanan bir durum. Fizyoterapi gittikçe genişleyen uygulama alanları ile ihtiyaç duyan bireylerin yaşam kalitesini desteklemede ve kişilerin sağlıklarını geliştirmedeki etkileri nedeniyle fizyoterapistleri tedavi, eğitim, bakım ile birlikte verilen rehabilitasyon hizmetlerinin vazgeçilmez bir ekip üyesi yapmıştır.

Fizyoterapistler, yaralanma, hastalık, doğuştan gelen engel, hareket sistemi bozuklukları gibi durumlardan kaynaklanan ağrı ve fonksiyon bozukluklarında kişilerin fonksiyonel limitasyonlarını ve ağrıyı gidermek için fizyoterapi uygulamalarını yapan meslekî otonomiye sahip sağlık profesyonelleridir. Bu uygulamaları yapmak için alana özel ölçme, değerlendirme ve inceleme yöntemleri kullanır,

fonksiyonel kapasitenin geliştirilmesine yönelik fizyoterapi ve rehabilitasyon programını planlar, uygular ve izler, bunun sonucunda tekrar değerlendirerek rapor eder. Aynı zamanda koruyucu fizyoterapi hizmeti kapsamında sağlıklı veya kronik hastalığı bulunan bireylere sağlığını geliştirmek amacıyla uygun egzersizler/program ve planlar verir ve sağlık davranışı geliştirir.

Dünyada 19. yüzyılda ivme kazanan fizyoterapistlik mesleğinin eğitimine ülkemizde ilk olarak 1961 yılında Hacettepe Üniversitesinde başlanmıştır. 25 yıl boyunca Türkiye'de fizyoterapist yetiştiren tek okul Hacettepe Üniversitesi olmuştur. Türkiye, fizyoterapistlik eğitiminin geliştirilmesi için Avrupa Fizyoterapi Yüksek Öğrenim Ağı'na (European Network of Physical Therapy Education-ENPHE) üye olmuştur ve tüm eğitim müfredatı uluslararası standartlarda yürütülmektedir.

Türkiye Fizyoterapistler Derneği ise (TFD) 1969 yılında Ankara'da kurulmuştur. TFD, 1974 yılından bu yana Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu (World Confederation of Physical Therapy-WCPT) ve 1991 yılından itibaren Avrupa Fizyoterapistler Birliği'nin (WCPT-Europe) daimî üyesidir. Ayrıca Türkiye'de fizyoterapi uzmanlaşma alanlarına uygun olarak üyeleri fizyoterapistlerden oluşan Çocuk Fizyoterapistleri Derneği, Spor

Fizyoterapistleri Derneği, Ortopedi Fizyoterapistleri Derneği, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği ve Kardiopulmoner Rehabilitasyon Fizyoterapistleri Derneği olmak üzere beş dernek bulunmaktadır.

Dünyada Fizyoterapist Olmak, Türkiye'de Fizyoterapist Olmak

Avrupa Birliği girişimi kapsamında Avrupa Mesleki Standart ve Yeterlilik Kurumu (European Skills, Competences, Qualifications and Occupations-ESCO) eğitim ve öğretimle ilgili becerileri, yeterlikleri, nitelikleri ve mesleği 25 Avrupa dilinde tanımlamakta ve sınıflandırmaktadır. ESCO, 2014'teki Genel Kurul Toplantısında fizyoterapi ile ilgili meslekler için tanımlamalar yapmıştır. Tüm üye ülkelerin meslek kuruluşlarından, ulusal yetkililerle birlikte bu tanımlamaların yürürlüğe girmesi için çalışmalar yapılmasını istemiştir.

ESCO'nun son yaptığı tanımlamaya göre fizyoterapi için "hareket ve fonksiyonu hastalık, yaşlanma, yaralanma, ağrı, sakatlık, hastalık, bozukluk veya çevresel faktörler tarafından tehdit edilen bireylere ve popülasyonlara özel müdahaleler içerir. Bu müdahaleler, en üst düzeyde sağlığın geliştirilmesi, restore edilmesi ve sürdürülmesi için tasarlanır ve reçete edilir," denilmektedir.

ESCO, fizyoterapistlik mesleğinde üç seviye tanımlamaktadır;

- Uzman Fizyoterapist
- Fizyoterapist
- Fizyoterapist Yardımcısı

Türkiye Fizyoterapistler Derneği de eğitiminde aynı standartlarda olması nedeniyle WCPT, ENPHE ve ESCO'nun önerdiği meslek tanımlamalarını kabul ederek dernek tüzüğünde de yer vermiş, fizyoterapist, uzman fizyoterapist ve fizyoterapist yardımcıları (teknikerleri) görevlerini tanımlanmış ve yeterlilikleri belirlemiştir. Ülkemizde de kanun ve yönetmeliklerle yürürlüğe girmesi beklenen bu tanımlamalar şöyledir:

- Fizyoterapistler bireyleri değerlendiren, fizyoterapi tanımlamasını yapan, planlayan, uygulayan ve izleyen, meslekî otonomisi olan ve kendi eylemlerinden sorumlu özerk sağlık profesyonelleridir. Fizyoterapistler, fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal faktörleri kapsayan kanıta dayalı yaklaşımlar kullanarak, bireyin yaşam boyunca topluma katılımını, sağlığın korunmasını ve yeniden kazandırılmasını, hareket yeteneğini, fiziksel aktivitesini ve fonksiyonel yeteneklerini iyileştirir. Fizyoterapistler kanıt temelli yaklaşımları kullanır, uygulama alanları ve profesyonel davranış kuralları içinde uygulama yapar. Fizyoterapistler ulusal olarak tanınan bir eğitim programını tamamlar.

- Uzman fizyoterapistler fizyoterapi kapsamında bilgi, beceri ve etik davranışlar yönüyle ileri uygulamaları gerçekleştirebilen fizyoterapistlerdir. Lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren, yüksek lisans veya doktora yapan ve/veya aynı alanda en az 10 yıl çalışmış sağlık meslek mensubudur. Belirli bir klinik uygulama, eğitim, araştırma veya mesleki yönetim alanına odaklanarak diğer fizyoterapistler arasında ileri düzeyde çalışabilme becerilerini gösterebilirler. Uzman Fizyoterapist, yeni stratejik yaklaşımlar gerektiren, öngörülemez durumlarda risk yönetimi için daha karmaşık karar verme süreçlerine hitap edebilecek ek becerilere sahiptir.

- Fizyoterapist yardımcıları (asistanları/teknikerleri) ise fizyoterapistler ve uzman fizyoterapistler sorumluluğunda uygulama protokollerini kullanır ve fizyoterapi



müdahalelerinde gerekli olan ekipman bakımını yapar ve hasta verisi toplarlar. Kendileri için belirlenen süreçlerde, tanımlı şartlar içerisinde gözetim altında çalışırlar.

Türkiye'de “Fizyoterapi Mesleği” Tanımlanmamıştır!

Dünyada fizyoterapi mesleği için yukarıdaki tanımlamalar yapılırken Türkiye'de buna uygun kararlar alınamamıştır. Bunun en büyük nedeni de Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında 6225 Sayılı Kanun ile kabul edilen “11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda istenen Ek Madde ile Değişikliği” ile belirlenen fizyoterapist ve fizyoterapist teknikeri tanımlamasıdır. Bu tanımlamaya göre “fizyoterapistler” fiziksel tıp uzman hekimlerin ya da uzmanlığı sırasında fiziksel tıpta rotasyon yapmış hekimlerin yönlendirmesine bağlı olarak hizmet sunumu gerçekleştirmekle yükümlüdür. “Fizyoterapi Teknikeri” ise fiziksel tıp uzmanı veya fizyoterapist gözetiminde tedavi uygulamalarına yardımcı personel olarak tanımlanmıştır. Fizyoterapi teknikeri tanımında “veya” olması, hekimin “fizyoterapi teknikeri” ile çalışması sağlandığı için, hekim teknikeri seçmektedir. Buna benzer bir durum, “eczacı teknikerliği” mesleği olmasına rağmen, hekimlerin eczacı ile çalışması zorunludur. Hiçbir hekim doğrudan “eczacı teknikeri” ile çalışamaz iken fiziksel tıp hekimlerinin “fizyoterapi teknikeri” ile çalışması mümkündür. Bu durumda kanun, fizyoterapistlerin uzman olmaları ya da lisansiyer olmalarını yok saymış, dolayısıyla fizyoterapi mesleğini tanımlamamıştır. Ayrıca 2014 yılında 29007 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” fizyoterapistlerin yeterlilikle-

rini kullanabilmelerine imkân vermekten uzaktır. Bu yönetmelikte fizyoterapistler “hekimlerin yönlendirmeleriyle sadece gerekli uygulamaları yapar” şeklinde ifade edilmesi, fizyoterapistleri teknikerlik tanımına eşit durumuna getirmiştir.

Ayrıca yönetmelikte (malpraktis) uygun olmayan yükümlülükler de eklenmiştir. Bu ibareye göre hekimin istemesi halinde uygun olmadığını düşündüğü uygulamayı fizyoterapist yapmak zorunda bırakılmıştır. Hâlbuki fizyoterapistlerin de hekimler gibi cezai sorumlulukları bulunmaktadır. Fizyoterapistlerin, bilgileri dahilinde hizmet verirken bu durumda kalmaları ve uygulamaya devam etmeleri Türk Ceza Kanunu “İş ve Çalışma Hürriyetinin İhlali”ne girmektedir. Bu kanunun 117. maddesinde “Cebir veya tehdit kullanarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla, iş ve çalışma hürriyetini ihlal eden kişiye, mağdurun şikâyeti halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası verilir.” denmektedir. Yani aslında fizyoterapistler aldıkları eğitim dahilinde sorumluluk alma yeterlilikleri bulunmasından dolayı fizyoterapi uygulamadaki tıbbi hatalardan yargılanabilmektedir.

Öte yandan Türkiye'de fizyoterapi mesleğini tanımlayan kanun ve yönetmelikte fizyoterapist, uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesi ile ihtiyaç duyan bireylere “fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti” sunabilecek olmasına rağmen, bu konu 2018'de yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) “Kurumla Sözleşmeli Özel Sağlık Hizmeti Sunucularında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları” başlıklı maddesinin b bendinde “Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerin gözetiminde yapılır” denmektedir. Bu hükmün, kanun hiyerarşisine göre tebliğlerin kanunların

üzerine çıkması mümkün olmamasına rağmen fizyoterapistlere cam tavan etkisi yaratmaktadır. Ayrıca bu hüküm fizyoterapistleri otonomilerine aykırı olarak tekniker yeterliliğinde kabul etmektedir.

Bu yasal olmayan cam tavanın yanı sıra SUT'da fiziksel tıp rotasyonu yapmış hekimlerle ilgili de karmaşık bir düzenleme bulunmaktadır. Bu düzenlemeye göre fiziksel tıp rotasyonu yapmış dokuz hekimlik dalı ile fizyoterapistlerin çalışabilmesi mümkün iken sadece dört hekimlik dalı, üstelik de sadece fizyoterapi değerlendirmesi için fizyoterapistte yönlendirebilme yapabilmekte ancak rehabilitasyon programları için yönlendirme yapamamaktadır. Ayrıca dört hekimlik dalı da FTR rotasyonu yapmamış olmasına rağmen yine sadece değerlendirmeler için fizyoterapistte yönlendirme yapabilmekte rehabilitasyon programları için yönlendirme yapamamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çözüme kavuşturulması beklenen bu durum sağlığın korunması ve sürdürülmesi ile tedavi edici hizmetlerin hastalara ulaştırılmasında engel teşkil etmektedir.

TFD 2017 yılında yaptığı "Türkiye'de Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Hizmeti Analizi" anket çalışmasında hizmetini almak ve tedaviye başlamak için sıra bekleyen hastaların olduğu belirlenmiştir. Anket verileri incelendiğinde; 22 FTR merkezinde ortalama 150 hastanın sıra beklediği ifade edilmiştir. Örneğin Ankara Rehabilitasyon Merkezinde C ve D grubunda 1537 hasta, B grubunda 50 hasta, A grubunda ise 70 hastanın ortalama iki ay sıra beklediği görülmüştür.

Artan fizyoterapi ve rehabilitasyon ihtiyacı ve dolayısıyla maliyet artışı Sağlık Bakanlığı'nı hizmet alımına yöneltmiştir. Bu durumda hem fizyoterapistleri özlük hakları yönüyle mağdur etmiş hem de etkili bir tedavi hizmetine ulaşamayan hastaların tekrarlı tedaviye ve cerrahiye olan ihtiyaçları artmıştır. Aynı anket çalışmasında, SUT'da belirtildiği şekliyle tedavisi en az 45 dakika sürecek ve bir günde en fazla sekiz alınabilecek A Grubu hastalar, taşeron şirketlere bağlı çalışan fizyoterapistlerin günde 30 hasta almaya zorlandığı görülmüştür. Bu durum kalitesiz fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerini ve sağlık harcamalarında dolaylı olarak maliyet artışını karşımıza çıkarmaktadır.

Fizyoterapistler, SB'nin tüm kademelelerinde çalışabilecek yeterlidir. Bununla

beraber ülkemizde SB'nin birinci basamakta rehabilitasyon hizmetlerinin henüz yaygınlaşmamasından dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetine yığılmalara neden olmaktadır. Aynı zamanda, fizyoterapistlerin her hekimlik dalı ile çalışmamasından dolayı fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bazı paket programlarda yer almaması (cerrahi, yoğun bakım servisleri vb.), randevular için uzun süre beklenmesi gibi nedenlerle hizmete erişimde engeller oluşturmaktadır. Fizyoterapistte ihtiyaç duyanların kronik hastalıklara erken dönemde müdahalenin gecikmesine, komplikasyonların ortaya çıkmasına ve tedavi maliyetinin artmasına yol açmaktadır. Dünyanın pek çok yerinde rehabilitasyon ekibinin yetersizliği söz konusu iken ülkemizde kaliteli hizmet sunumu için dünya standartlarında eğitim alan fizyoterapistler görev beklemektedir.

Fizyoterapistler, farklı bakanlıklar yapılanmalarında da mesleklerini icra etmektedir. SB'nin dışında Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ACSHB), Millî Eğitim Bakanlığı (MEB), Gençlik ve Spor Bakanlığı (GSB) kadrolarında çalışmaktadır. Ayrıca yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer birçok farklı yerde görev alabilmektedirler. Buralardaki istihdamlarına bakıldığında fizyoterapistler "MEB Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri" dışında yeterince istihdam edilmemektedir. Sadece engelliler okullarında değil tüm okullarda okul fizyoterapistliğinin yaygınlaştırılması hem engelli hem de tüm çocukların sağlıklı gelişmelerine destek olacaktır. Fizyoterapistin yaşlı, engelli rehabilitasyonunda önemli bir görevi olmasına rağmen ACSHB özel sektör tarafından açılan merkezlerde fizyoterapist istihdamını zorunlu olarak tutmamıştır. Aynı zamanda resmi merkezlerin hepsinde de fizyoterapist bulunmamaktadır. Benzer durum GSB vardır, sporcu sağlığı koruma ve performans için önemli bir

ekip üyesi olan fizyoterapist alımı, 2018 yılında ilk kez nispeten büyük bir istihdam sağlayarak 101 fizyoterapiste ulaşmıştır. Bunların dışında fizyoterapistler iş yeri fizyoterapistliği, özel fizyoterapi (freelance) hizmetleri, özel sigortalar, SGK ödeme hakemliği, kalite standartları geliştirme ve uygulama çalışmaları, wellness ve sağlık turizmi acentaları, AB projeleri, Avrupa gönüllü hizmetleri, endüstriyel tasarım, AR-GE ve teknolojik çalışma alanlarında görev almaktadır.

Gelecek İşgücü Projeksiyonunda Fizyoterapistlerin Yeri Neresidir?

Son on yılda üniversite sayısında meydana gelen artış sonucu, 2018 yılı itibarı ile 88 üniversitenin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde fizyoterapist yetiştirilmektedir. 2010 yılında toplam 500 fizyoterapist mezun olurken, 2018 yılında 4.500 mezun vermiştir. Bugün toplam 22.000 mezun fizyoterapist ve 15.000 öğrenci bulunmaktadır. Bu artış hızı sabitlendiği düşünülse dahi 2023 yılında 47.000 fizyoterapist, 2040 yılında ise 132.000 fizyoterapist ülkemizde görev bekliyor olacaktır.

Fizyoterapist istihdamının ülkemizde resmi kayıtlara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. "Türkiye'de Sağlık Eğitim ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu"nın 2010 ve 2014 yılları verilerine göre 2010 yılında 2022 fizyoterapist, 2014 yılında ise 5,821 fizyoterapist aktif olarak görev yapmaktadır. 2008-2018 yılları arasındaki son 10 yılda bölüm sayısında artış nedeniyle fizyoterapistlerde işsizlik oranı artmış, son 4 yılda %30 olan bu oran 2018 yılı mezunlarında %50'yi bulmuştur. Hâlen mezun ve istihdam eğrileri birbirinden gitgide uzaklaşmaktadır.

Avrupa'da fizyoterapist istihdamı ortalaması yine bu rapora göre, Tablo 2'de görüldüğü gibi, Türkiye'nin çok

Tablo 1: Üniversitelerin Fizyoterapi Bölümlerinde Son 5 Yıl Kontenjanlar

Yıllar	Bölüm sayısı	Toplam kontenjan	Yerleşen	Boş Kalan kontenjan	Kontenjan doluluk oranları %	Önceki yıldan kontenjan farkı
N %						
2018	88	5.603	4.100	1503	%73,2	767-%15,9
2017	70	4.836	4.366	470	%90,3	423-%9,6
2016	60	4.413	4.018	395	%91	461-%11,7
2015	54	3.952	3.949	3	%99,9	499-%14,5
2014	53	3.453	3.419	34	%99	197-%6,1

üstündedir. 2010 yılında ülkemizde 100 bin kişiye düşen aktif çalışan fizyoterapist sayısı 2,8 iken Avrupa'da 15 katı, yani 40,3'dür. 2014 yılında ise bu ortalamalar artmış, Avrupa'da 80,2'ye, Türkiye'de ise 7,7'ye ulaşmıştır. Son yıllarda ülkemizde yasal düzenlemelerin yapılmamış olması, SUT'daki engeller, yeni istihdam alanlarının oluşturulmaması neticesinde fizyoterapist istihdamı artmamıştır. Bunun yanı sıra 2018 yılında mezun 22.000 fizyoterapistin tamamının istihdam edildiği varsayıldığı taktirde bile Türkiye'de her 100 bin kişiye düşen fizyoterapist sayısı 27,1 olmakta ve Avrupa ortalamasının çok altında kalmaktadır.

Yukarıdaki verilerin ışığında geleceğe doğru bir projeksiyon tuttuğumuzda fizyoterapistler için ülkemizde gerekli ve zorunlu istihdam alanları çalışması yapılmadığından hâli hazırda yeni mezunlarda işsizlik oranı önceki yılların istihdam oranları ile yer değiştirmiştir. Bu nedenle 2023 ve 2040 yılında Avrupa ortalaması ile ülkemiz arasındaki farkın, nüfus artış hızı da göz önüne alındığında, 12 katına çıkacağı öngörülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Rehabilitasyon 2030 Hedeflerinde Fizyoterapistlerin Görevi Nedir?

BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda DSÖ tarafından hazırlanan "Rehabilitasyon 2030 Eylem Planı'nda; rehabilitasyonun birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, hastanelerde çoklu ihtiyacı olan yatan hastalar için özel rehabilitasyon üniteleri bulundurulması, destekleyici ürünlerin sağlandığı kullanıcılara yeterli eğitim verilmesi, hem toplum hem de hastanede rehabilitasyon hizmetlerinin mevcut olduğundan emin olunması, rehabilitasyon hizmetlerine finansal kaynakların tahsis edilmesi, çok disip-

linli rehabilitasyon ekibinin oluşturulması, yardımcı cihazlara ihtiyaç duyan herkese açık olan finansman ve satın alma politikalarının uygulanması, sağlık sigortasının rehabilitasyon hizmetlerinin kapsadığına emin olunması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve diğer yetkili makamların yaşlı, engelli, hasta ve diğer kişilerin kaliteli fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişim haklarını etkinleştirmek için yapılacak çok işin olduğunu göstermektedir.

2023'den Beklentiler

Fizyoterapi mesleği bir hekimlik dalının gözetiminde ve "10 dakika ultrason, 10 dakika egzersiz" reçetesiyle sığdırılamayacak, mesleki otonomisi, maliyet etkili ve kaliteli fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti ile Türkiye ekonomisine katkı verebilecek güçtedir. Fizyoterapistlerin eğitimleri, yeterlilikleri ve multidisipliner çalışma yetenekleri ile ihtiyacı olan bireylere erişilebilir fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verme konusunda evrensel mesleki sorumluluğu bulunmaktadır. Uzman fizyoterapistler, fizyoterapistler, fizyoterapi teknikerleri, gelişen ve değişen fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri ihtiyaçlarına uygun olarak ekip anlayışı içinde tedavi, bakım, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinde yer almaya devam edeceklerdir.

Fizyoterapi mesleğinin eğitim standartlarının güncellenmesi ve en geç 2020'ye kadar board sınavı ve mesleki kredilendirilmiş eğitimlerle eğitim standartları ortaya konmalıdır. Fizyoterapi eğitimi ivedilikle beş yıla çıkartılmalı, uzmanlaşma alanları belirlenmelidir. Öte yandan fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde eğitim kalitesi ve öğrenci başına düşen fizyoterapist öğretim üyesi sayısında iyileştirmelere de ihtiyaç bulunmaktadır. Avrupa ortala-

masının çok gerisinde olmasına rağmen eğitimde kalitenin azalması ve istihdam düşüklüğü fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde kayıplara neden olmaktadır (2018 bölüm doluluk oranı %75).

Fizyoterapistlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve fizyoterapide uzmanlaşma alanlarına göre ikinci ve üçüncü basamakta özlük hakları korunarak daha fazla istihdam edilmeleri önemlidir. Yaşlılar ve engelliler için bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmalarının sağlanması evrensel rehabilitasyon hakkına erişimleri için elzemdir. Son günlerde daha fazla konuşulur olan sağlık turizmi kapsamında rehabilitasyon turizminin ülke ekonomisine katkı vereceği düşünülmektedir. Dünyanın ve Avrupa Birliği'nin standardında yüksek fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerindeki eğitime eş değer eğitim veren, bilimsel ve mesleki olarak çağdaş bir alt yapıya sahip olan ülkemizde geleceğin mesleği olarak görülen fizyoterapistlik mesleğinin yasal açılardan da çağdaş düzeye ulaşmasını diliyoruz.

Kaynaklar

Australian Standards for Physiotherapy. Australian Physiotherapy Council. July 2006.

Can, F. (2016). Fizyoterapi ve Rehabilitasyonun Mesleki Gelişim Tarihçesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 1(3): 1-6.

ESCO. European Classification of Skills/Competences, Qualifications and Occupations. The first public release. A Europe 2020 Initiative. 2013. http://europa.eu/citizens-2013/sites/default/files/content/publication/DGEMPL_ESCO_EN_Accessible.pdf

Essential Competency Profile for Physiotherapists in Canada, October 2009.

Gorrea, D. (2014). ESCO, Avrupa Meslek Standart ve Yeterlilikleri. ESCO.

Hanoğlu, M. (2018). Fizik tedavi ve Ötesi, Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı-47, Sayfa 92.

Physiotherapy Framework (Condensed Version): Putting Physiotherapy Behaviours, Knowledge & Skills Into Practice. Chartered Society of Physiotherapy. 2011.

The Professional Profile of the Physical Therapist. KNGF. Royal Dutch Society for Physical Therapy. 2006.

WCPT Glossary: Terms Used in WCPT's Policies and Resources. Version 2.0, August 2013.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO 2002.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. YÖK Yayınları No: 2010/1, Ankara, Haziran 2010.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı. YÖK Yayınları No: 2014/1, Eskişehir, Şubat 2014.

Tablo 2: Türkiye ve Avrupa'da Fizyoterapist İstihdam Oranı

Dağılım	2010	2014	2023	2030	2040
Avrupa ortalaması Her 100 bin kişiye düşen fizyoterapist sayısı	40,3	80,2	Tahmini 170	Tahmini 320	Tahmini 520
Türkiye ortalaması Her 100 bin kişiye düşen fizyoterapist sayısı	2,8	7,7	Tahmini 16	Tahmini 32	Tahmini 45

Beslenme ve diyetetikte insan gücü artışına ihtiyaç var mı?

Prof. Dr. Gülgün Ersoy



1955 yılında Karadeniz Ereğli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini burada tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nü “İhsan Doğramacı Üstün Başarı” ödülü alarak 1977 yılında birincilikle bitirdikten sonra aynı yerde akademik eğitime başladı. Sporcular üzerinde yaptığı araştırmalarla 1988 yılında doçent, 1996 yılında profesör oldu. Toplum Beslenmesi Anabilim Dalı Başkanlığı ve Türkiye Doping Kontrol Merkezi Başkan Yardımcılığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık Yüksek Kurulu üyeliği görevlerini yürüten Ersoy’un çeşitli spor federasyonlarının eğitim ve sağlık kurulu üyelikleri sürmektedir. Ersoy, akademik yaşamını İstanbul Medipol Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı olarak sürdürmektedir.

Diyetisyenlik mesleği, 11 Nisan 1928 tarihli ve 1219 sayılı kanunda tanımlanmış, 6 Nisan 2011 tarihli ve 6225 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan yönetmelikte yapılan değişikliklerle belirlenmiştir. Bu kanunda “*Diyetisyen, beslenme ve diyetetik alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun olmuş olan, sağlıklı bireyler için sağlıklı beslenme programları belirleyen, hastalar için tabibin yönlendirmesi üzerine gerekli beslenme programlarını düzenleyen, toplu beslenme yerlerinde beslenme programları hazırlayan ve besin güvenliğini sağlayan sağlık meslek mensubudur*” şeklinde tanımlanmıştır (1, 2). Türkiye’de diyetisyenlik eğitimi, dört yıllık lisans düzeyinde eğitim veren beslenme ve diyetetik bölümlerinde yürütülmektedir. Mevcut bölüm sayısı 2012-2013 öğretim yılında 35, bu bölümlere yeni kayıt yapılan öğrenci sayısı 1.633, eğitimdeki toplam öğrenci sayısı ise 4.541 iken, 2017-2018 öğretim yılında mevcut bölüm sayısı 106, (70’i devlete, 36’sı vakıflara ait), bu bölümlere yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısı 4.486, hâlen eğitimine devam eden toplam öğrenci sayısı ise 15.403’tür (3-5).

Mevcut İş Gücü Düzeyi

İlgili bölümlerden mezun sayısı 2001 yılından bu yana yaklaşık 8.000’dir (4).

Daha önceki yıllara ait veri bulunmamaktadır. Türkiye’de 01.11.2018 verilerine göre sağlık sektöründe aktif çalışan diyetisyen sayısı 3.308’dir (6). Diyetisyenlik mesleğinin sağlık ve sağlık sektörü dışında da giderek artan çeşitli istihdam alanları olduğu için diğer mezunlar bu alanlarda çalışmaktadır.

Mevcut Durumun Devamı

Beslenme ve diyetetik eğitimindeki mevcut durumun devam etmesi, yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısının yaklaşık olarak aynı kalması durumunda, eğitimden ve meslekten kayıp oranlarının da dikkate alınması hâlinde, 2023 yılı sonunda diyetisyen sayımızın yaklaşık 31.000 olacağı beklenmektedir (3). Beslenme ve diyetetik eğitiminde 2001 yılından bu yana yaklaşık mezun sayısı 8.000’dir. Bu nedenle, 2023 yılı projeksiyonu yapılırken sağlık sektörünün mevcut arzı yaklaşık 10.000 olarak alınmıştır.

2023 Yılı İçin İş Gücü Düzeyi Hedefleri

Diyetisyenlik mesleği için sağlık sektörü dışında da çok sayıda istihdam alanı olduğundan burada sadece sağlık sektörü için olan hedefler üzerinde durulacaktır.

- Hastaneler için diyetisyen ihtiyacı;
- Sağlık Bakanlığı verilerine göre yataklı

servisler ve hastane yemekhaneleri için her 150 yatak başına 1 diyetisyen olmak üzere, yaklaşık 2.000’dir.

- Ayakta hasta muayeneleri için endokrinoloji, iç hastalıkları ve kardiyoloji polikliniklerine yapılan başvuruların (2017 yılı için yaklaşık 60 milyon başvuru ve 2023 yılında da bu verinin yaklaşık aynı kalacağı varsayıldığında) ortalama dörtte birinin diyet polikliniğine ihtiyaç duyacağı ve bir diyetisyenin günde 20 başvuru alabileceği varsayılarak yaklaşık 3.400’dür.

- Toplam olarak hastanelerin ihtiyacı yaklaşık 5.400 diyetisyendir.

• Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun birinci basamak ihtiyacı; her il için 2 diyetisyene ek olarak, nüfusu 100.000’den fazla olan Toplum Sağlığı Merkezleri için (hâlen sayıları 202 olup, 2023’de yaklaşık 250 olması beklenebilir) bir diyetisyen olmak üzere yaklaşık 400’dür (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından revize çalışmaları devam ettiğinden, bu veri güncel değildir.) (7).

Hâli hazırda planlama aşamasında bulunan obezite merkezleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri için de diyetisyen planlamasına gereksinim duyulacağı göz önüne alındığında 200 diyetisyen ilave olarak planlanmıştır. Bu verilerden hareketle, sağlık sektörü için, 2023 yılı



toplam diyetisyen ihtiyacı yaklaşık 6.000 olarak belirlenmiştir. Diyetisyenlik mesleği için sağlık ve sağlık sektörü dışında çok çeşitli istihdam alanları olduğundan ötürü bu ihtiyaca göre eğitim projeksiyonlarına bu yazıda yer verilmemiştir.

Yurtdışı örneği olarak ABD ve bazı Avrupa ülkeleri incelendiğinde toplam diyetisyen sayısının ABD'de 89.300, Kanada'da 9.000, İngiltere'de 9.556, Fransa'da ise 6.500 olduğu görülmektedir. ABD'de çalışan diyetisyenlerin %49'unun, Kanada'da çalışan diyetisyenlerin %45'inin, Fransa'da çalışan diyetisyenlerin ise %65'inin klinikte (poliklinik, hasta bakım merkezleri, ayakta tedavi merkezleri, hastaneler) çalıştığı, serbest çalışanların oranının ise %6-20 arasında değiştiği görülmektedir (8, 9). Nüfusa oranlandığında diyetisyen başına düşen kişi sayısı sağlık ve sağlık sektörü dışında yaklaşık olarak Türkiye ve Fransa'da 10 bin, İngiltere'de 6.900, Kanada'da 4.000, ABD'de ise 3.700 kişidir.

Sonuç

Diyetisyenlik alanında, eğitimdeki mevcut durumun devam etmesi durumunda 2023 yılında diyetisyen sayısı yaklaşık 31.000 olacaktır. Sağlık sektöründe 2023 yılı için diyetisyen ihtiyacı ise, yaklaşık 6.000 olarak belirlenmiştir. Bu durum, sağlık sektöründe 6.000'den fazla diyetisyenin istihdam edilemeyeceği anlamına gelmektedir. Ancak Beslenme ve Diyetetik mesleğinin sağlık ve sağlık sektörü dışında çok çeşitli istihdam alan-

ları olduğundan dolayı kontenjanlarla ilgili tartışma konumuz dışında kalmakta ve önümüzdeki yıllarda diyetisyenlerin yeni alanlarda istihdamının söz konusu olduğu düşünüldüğünde, bu sayının yeterli olacağı görülmektedir. Ancak planlama, dinamik bir süreçtir. Bu nedenle değişen veriler ve ihtiyaçlar ışığında yapılan bu planlamalar her yıl güncellenmektedir.

ABD ve bazı Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, ülkemizde diyetisyen başına düşen kişi sayısının, Fransa dışındaki diğer ülkelerden daha fazla olduğu görülür. Diyetisyen sayımızın yaklaşık 31.000 olacağı beklentisi ile diğer Avrupa ülkeleri ile benzer konuma ulaşılacağı öngörülmektedir. ABD ve Avrupa ülkelerinde çalışan diyetisyenlerin yaklaşık yarısına yakın bir kısmının serbest ve klinik dışında çalışıyor olmasının 2023 yılı diyetisyen arzını desteklediği söylenebilir.

Kaynaklar

- 1) 6 Nisan 2011 Tarih ve 6225 Sayılı Kanun (Erişim Tarihi: 30.10.2018).
- 2) Tayfur M. Barış O. Baştaş NN. Diyetisyenlik eğitimi ve meslek etiği. Hatiboğlu Yayınları: 158. Ankara, 2014.
- 3) 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi E-Bülten <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2915,sigdb-bulten1-23072015pdf.pdf?0&tag1=A08F35DE73208904761A6AC289C00E5EB8CBD9CA> (Erişim Tarihi: 30.10.2018)
- 4) Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 02.11.2018)
- 5) ÖSYM Lisans Yerleştirme Sonuçları Analiz Sayfası (<http://web.ee.hacettepe.edu.tr/osym/index.php?selectedYear=2018&selectedUniversityCode=&selectedType=&selectedComparisonType=&selectedStatus=&selectedCombination=1&selectedShowQuotaNotFull=1&selectedKeyword1=BESLENME+VE+D%DDYETET%DDK&selectedKeyword2=&selectedSortOrder=min>) (Erişim Tarihi: 27.11.2018)

Diyetisyenlik alanında, eğitimdeki mevcut durumun devam etmesi durumunda 2023 yılında diyetisyen sayısı yaklaşık 31.000 olacaktır. Sağlık sektöründe 2023 yılı için diyetisyen ihtiyacı ise, yaklaşık 6.000 olarak belirlenmiştir. Bu durum, sağlık sektöründe 6.000'den fazla diyetisyenin istihdam edilemeyeceği anlamına gelmektedir.

ectedType=&selectedComparisonType=&selectedStatus=&selectedCombination=1&selectedShowQuotaNotFull=1&selectedKeyword1=BESLENME+VE+D%DDYETET%DDK&selectedKeyword2=&selectedSortOrder=min (Erişim Tarihi: 27.11.2018)

6) T.C. Sağlık Bakanlığı Personel Takip Sistemi (SPTS) ((Erişim Tarihi: 30.10.2018).

7) 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Raporu <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikagitimibaski-webpdf.pdf?0&tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85> (Erişim Tarihi: 02.11.2018).

8) International Confederation of Dietetic Association, (<https://www.internationaldietetics.org/>) (Erişim Tarihi: 27.11.2018).

9) Bureau of Labor Statistics in USA (<https://www.bls.gov/ooh/healthcare/dietitians-and-nutritionists.htm>) (Erişim Tarihi: 27.11.2018).

Diğer sağlık mesleklerinde insan gücü ihtiyacı

Prof. Dr. Erdoğan Kunter



1963 yılında İstanbul'da doğdu. GATA Tıp Fakültesinden mezun oldu (1987). ABD'de (Academy of Health Sciences, San Antonio-Texas) AMED Officer Basic Course eğitimine katıldı. 1994 yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde Göğüs Hastalıkları ihtisasını tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsünde bir yıl süreyle akciğer kanseri tanı ve tedavisi eğitimi aldı. Diyarbakır Asker Hastanesinde Servis Şefi olarak görev yaptıktan sonra 1997 yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine yardımcı doçent olarak atandı. 1999-2000 yıllarında ABD'de (University of Pittsburgh Medical Center, PA) yoğun bakım ve akciğer kanserinde endobronşiyal tanı ve tedavi yöntemleri konularında çalıştı. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde uyku merkezini kurarak başkanlığını yürüttü. Bir süre Malatya Asker Hastanesi Başhekimisi olarak da görev yapan Dr. Kunter, hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı görevini yürütmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve OECD'nin ortak raporlarında, sağlık hizmetlerinde kalitenin düşük olmasının ülkelerin ekonomik düzeyinden bağımsız olarak sağlık göstergelerinde kötüleşmeye neden olduğu bildirilmiştir. Aslında tüm dünya genelinde sağlık hizmetleri karnesi çok iyi durumda değildir. Dünya nüfusunun neredeyse yarısı bir sağlık güvence sistemine sahip değildir ve temel sağlık hizmetlerine ücretsiz ulaşma şansı yoktur. Diğer taraftan hatalı tanı konması, yanlış tedavi uygulamaları, gereksiz tedaviler, güvenli olmayan sağlık kurumları ve iyi eğitim almamış sağlık personeli gibi olumsuzluklar tüm dünyanın ortak sorunu olarak görülmektedir. Gelir düzeyi orta ve daha altında olan ülkelerde hastanede yatan hastaların yaklaşık %10 kadarı hastanede enfeksiyon kapmakta, bu oran gelişmiş ülkelerde %7 civarında olmaktadır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde her 10 hastadan biri hastanede uygulanan tedaviler sırasında bir şekilde zarar görmektedir. Hastane masraflarının yaklaşık %15 kadarının tedavi sırasında yapılan hatalı uygulamaların giderilmesi için yapıldığı bildirilmiştir. Sağlık hizmetinin herkes için ulaşılabilir, kaliteli ve güvenilir olmasını sağlamak gerekmektedir. Ülkeler varlıklarını ve ekonomilerini sağlıklı insanlar sayesinde sürdürebilirler ve bu nedenle hiçbir ülke

kalitesiz ve güvensiz sağlık hizmetinin doğuracağı sonuçları göze alamaz.

Bilindiği gibi Hipokrat tıbbın babası olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan Galen ve İbn-i Sina günümüzdeki modern tıbbi uygulamaların çoğunun temelini atan, yüzyıllarca öğretileri gündemde kalmış iki büyük bilim insanıdır. 18. yüzyıla kadar tüm dünyada tıp eğitiminin merkezine konmuş, kitapları okutulmuş olan İbn-i Sina'nın en meşhur sözlerinden biri "Bil-dim ve anladım ki hiçbir şey bilinmemiş ve hiçbir şey anlaşılmamıştır" şeklindedir. İzmir'in Bergama ilçesinde doğduğu (M.S. 130-199) ve yaşadığı bilinen Galenos ise en ileri tıp eğitiminin verildiği, en iyi hekimlerin bulunduğu, antik çağın en önemli sağlık ve tedavi merkezlerinden olan Asklepion'da hem eğitim almış hem de hizmet vermişti. Bergama'da bulunan Asklepion dünyanın ilk psikiyatri hastanesi olarak tanınmasının yanında müzik tedavisi, çamur banyoları, su terapileri, meditasyon, telkin, doğal bitkisel karışımlar, masaj, aromaterapi, özel diyetler gibi günümüzde tekrar popülerite kazanan yöntemlerle hastalara şifa dağıtan bir yerdi. Galenos burada uzun yıllar gladyatörleri tedavi etmiş ve insan anatomisi hakkında bilgilerini arttırmıştı. Galenos deneysel fizyolojinin kurucusu ve dünyanın ilk spor hekimi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca bilimsel anlamda majistral ilaç yapımını da onun bulduğu kabul edilir ve hangi karışımların hangi

oranda ve bileşimde hazırlanıp nasıl uygulanacağını tarif edildiği yöntem galenik ilaç hazırlama yöntemi olarak adlandırılır. Asklepion'un kapısında "Buraya ölüm giremez" yazdığı rivayet edilir. Gerçekten de müracaat eden hastalar önce muayene edilir şifa bulması mümkün olmayanlar ile hamilelerin içeri girmesine izin verilmezdi. Bu nedenle halk arasında, içeriye kabul edilenlerin en azından sahip olduğu hastalık nedeniyle ölmeyeceği inancı hâkimdi. Galenos'un ünlü bir sözü vardır: "Tedavi edilenlerin hepsi iyileşir, ölenler tedavisi mümkün olmayan hastalardır." Bu söz ilk duyulduğunda esprili ve biraz uçuk bir düşünce gibi gelebilir, fakat Asklepion'un kapısındaki yazıyı ve hasta kabul şartlarını hatırlarsak, insanın sağlık hizmeti aldığı kişi ve kuruma inancının tedavi sonuçları üzerine ne kadar etkili olduğunu bilerek ve hastaları iyileşeceğine inandırmak amacıyla söylenmiş olduğunu düşünebiliriz. Bu yazıyı kaleme alırken Galen'i ve Asklepion'u hatırlamamızın nedeni bugün savunduğumuz ve geliştirmeye çalıştığımız sağlık hizmetlerinde multidisipliner yaklaşımın temellerinin atıldığı bir ortamın daha o zamanlarda oluşturulması nedeniyle.

Matematik, astronomi, fizik, tıp ve bildiğimiz bilim dallarının hepsinin başlangıçta felsefe ve mantık bilimlerinden türediği kabul edilmektedir. Tüm canlılarda olduğu gibi insan için de temel

içgüdüsel dürtü sağ kalmak ve üremek olduğu için hiçbir bilimsel altyapısı ve bilgisi olmayan bir kişi bile aslında adı konmasa da kendi tıbbi kültürünü ve birikimini yaşamak ve çevresindeki diğer insanlarla paylaşmak, sonraki nesillere aktarmak durumundadır. Geleneksel tanı ve tedavi yöntemlerinin kaynağını da bu süreç oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında başlangıçta felsefe ve tıp biliminin eş zamanlı var olduğu ve etkileşimde bulunduğu düşünülebilir. Tıp biliminde ilk önce cerrahi ve medikal tedavi alanlarında ihtisaslaşma başlamış, zaman içinde uzmanlık alanlarının sayısı sürekli artarken odaklanılan konuların farklılığı nedeniyle kullanılan ortak dilin çok kısıtlandığı görülmüştür. Sözelimi, gen tedavileri üzerinde çalışan başarılı bir hekim "stereotactic radiosurgery" hakkında çok fazla bilgi sahibi olmak durumunda değildir. Bilim ve teknolojinin her alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de tarihsel süreçte her şeyi bilip her şeyi yapan insanlar yerlerini giderek daha dar bir konuya hâkim ama o konuda çok daha yetkin olan insanlara bırakmıştır ve bu gidiş böyle olmaya devam edecektir. Geldiğimiz noktada tıbbın hiçbir branşı hiyerarşik açıdan bir diğerinin üzerinde ve yöneticisi konumunda olmayıp her biri kendi sorumluluk alanında söz hakkına sahiptir. Üniversite yıllarından arkadaşım olan iç hastalıkları uzmanı bir meslektaşım 2000'li yılların başında karşılaştığımızda, ABD'de bir üniversitede öğretim üyesi olarak görev yaptığını ve beş yıldır sadece 6. kromozom üzerinde çalıştığını söylemişti. Bu duruma çok şaşırmıştım ve sahip olduğu imkânlarla imrenmiştim. Bugün ise Medipol Üniversitesinin araştırma laboratuvarlarında bunun çok daha ötesinde ve spesifik konularda çalışmalar yapıldığına şahit oluyorum. Benzer şekilde buradaki bilim insanlarının da lisans eğitimlerinden çok daha ötelere ve odaklanmış konulara hâkim olduklarını görüyorum. Bu gelişme ve farklılaşmanın temelinde yatan başlıca üç faktör bulunmaktadır; mevcut olanların yetersiz kalması, yeni çözümlerin önerilmesi ve denenmesi, kabul gören çözüm yaklaşımlarının belli bir plan çerçevesinde hayata geçirilmesi. Planlama sadece ihtisas alanlarını, malzeme, donanım ve alt yapıyı değil yetkin insan kaynağını da içermektedir. Planlamanın hayata geçirilmesi sürecinde en değerli ve elde edilmesi uzun zaman, para ve emek isteyen çıktı yetişmiş insan gücüdür. İnsan gücü planlaması doğru yapılmadığında

hem kaynaklar israf olabilmekte hem de üretkenlik düşmektedir. Bir ürün veya hizmetin ortaya konması için gerekenden az kaynak ayrılması ne kadar sakıncalıysa kaynakların aşırı kullanımı da aynı derece de sakıncalıdır.

Tıp bilimi ne sadece bilimsel araştırma ne de sadece üretilen bilginin insana hizmet olarak sunulmasından ibarettir. Günümüzde sağlık hizmetini oluşturan sac ayakları bilgi üretimi, sağlık hizmetinin tanımlanması ve bu hizmetin ulaşılabilirliği olarak tarif edilebilir. İnsanlık bugün geldiği noktada sağlıklı olmak, uzun yaşamak, kaliteli yaşamak gibi kavramları ve bu kavramlarla bireyin ve içinde yaşadığı toplumun maddi gücü arasındaki ilişkiyi tartışmakta ayrıca insanca yaşama hakkının sınırlarını tanımlamaya çalışmaktadır. Ulaşmaya çalıştığımız hedefler biz yaklaştıkça daha hızla uzaklaşma eğilimi göstermekte, daha uzun ve kaliteli yaşam hedefi elde edilebilir gibi görüldükçe aşılması gereken engeller de giderek büyümektedir. Bugünün sağlık hizmetlerini iyileştirme ve geliştirme çabaları adeta Albert Einstein'ın görecelik kavramının ve maddenin ışık hızını yakalamak için yok olması gerektiği paradoksunun test edildiği bir laboratuvar ortamında geçiyor gibidir. Maliyet etkinlik kavramı ile temel sağlık hizmeti hakkını uzlaştırmak gerçekten büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat yukarıda ifade ettiğimiz gibi bu denklemde en yüksek maliyeti olan eğitilmiş insan gücüdür. Mükemmeli yakalamak için çabalarken elimizdeki iyileri kaybetme riskine girmemek gerekiyor. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin her yönüyle ama öncelikle hizmet alanları ve insan kaynakları yönünden doğru şekilde planlanması gerekmektedir.

Anayasamızın 56. maddesi sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi görevini devlete ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığına vermiştir. 2003 yılından bu yana süregiden sağlıkta dönüşüm programı kapsamında öncelikli olarak ele alınan konulardan biri de sağlık hizmetlerinde yer alan meslek gruplarının belirlenerek bu mesleklerin tanımlanması olmuştur. Bu maksatla 6 Nisan 2011 tarih ve 6225 sayılı Kanun ile, 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'da değişiklik yapılarak bazılarının adını bile çok az duyduğumuz yeni meslekler tanımlanırken hâli hazırda mevcut olduğu halde tanımları yapılmamış birçok meslek grubu da net bir

kimlik kazanmıştır. Sonuçta hangi alanda hangi hizmete ve hangi meslek grubuna ihtiyaç olduğu daha gerçekçi şekilde hesaplanabilir hâle gelmiş aynı zamanda sağlık hizmetlerinde en büyük iş veren olan devletin yeni kadrolar açabilmesine imkân doğmuştur. Bu süreçte devletin yanında özel sağlık kurumlarının bu konuda üstlenebilecekleri sorumluluklar da daha net hale gelmiş ve birbiri ardına faaliyete geçen özel/vakıf üniversiteleri sağlık hizmetlerine yönelik program çeşitliliklerini ve kontenjanlarını artırma yarışına girmişlerdir. Alandaki büyük insan gücü ihtiyacı bu hızlı büyümeyi başlangıçta kaldıracabilmiş gibi görünse de kantitatif büyüme kalitatif olarak desteklenmediği taktirde hedeflenenin tam aksine insan gücü israfına doğru yön değiştirme riski söz konusudur. İnsan gücü israfı genel olarak iki şekilde olmaktadır:

- Yetişmiş bireyin kendinden beklenen hizmeti verme noktasında eksik veya yetersiz kalması.

- Yetişmiş bireyin sahip olduğu bilgi, beceri ve altyapıyı verimli kullanabileceği iş ortamının bulunmaması.

Bu olumsuzluklar ya mezunların işsiz kalması ya da kapasitesinin altında işlerde çalışması sonucunu doğurabileceği gibi devletin, bireylerin ve topyekûn ülkenin kaynaklarının boşa harcanmasına neden olabilir.

Sağlık meslekleri içinde tıp, hemşirelik, ebelik, fizyoterapistlik ve diyetisyenlik tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sadece resmî kurumlar tarafından değil toplumun tüm kesimleri tarafından genellikle iyi tanınmakta ve sağlık hizmetindeki yeri doğru konumlandırılmaktadır. Derginin bu sayısında yer alan başka makalelerde ele alınacağı için bu meslek gruplarını bir yana bırakarak göreceli olarak sağlık bilimleri alanında daha yeni olan veya görev ve sorumluluk alanlarının tekrar gözden geçirilmesinde yarar gördüğümüz diğer branşların durumunu ele almak daha uygun olacaktır.

Dil ve Konuşma Terapistliği

2011 yılında çıkarılan kanunda, dil ve konuşma terapisi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans veya doktora yapan, bireylerin ses,

konusma ve dil bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yürüten ve ilgili uzman tabip tarafından teşhisi konulmuş yutkunma, dil ve konuşma bozukluklarının rehabilitasyonunu sağlayan sağlık meslek mensupları "dil ve konuşma terapisti" olarak tanımlanmıştır. Dil ve konuşma terapistlerine ağırlıklı olarak eğitim çağındaki genç nüfus için ihtiyaç duyulmakta, istihdam yaklaşık %90 oranında devlet tarafından sağlanmaktadır. İlginç olarak resmi ve özel kurumların çok azında dil ve Konuşma terapisti istihdam edilmektedir. Yapılan bir anket çalışmasında hastaların yaklaşık %90, sağlık personelinin yaklaşık %50 kadarının bu mesleğin sadece konuşma değil yutma bozukluklarıyla ilgili de hizmet verdiğini bilmedikleri anlaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının bile bilgi eksikliği olan bir konunun sağlık hizmeti bekleyenler tarafından doğru algılanması beklenemez. Belli bir hizmetin talep edilmesi için öncelikle ihtiyacın ortaya konmuş ve fark edilmiş olması gereklidir. Yutma güçlüğü olan veya konuşmayla ilgili problemi olan bir hastanın kulak burun boğaz uzmanı, nöroloji uzmanı, psikiyatri uzmanı ve gastroenteroloji uzmanı gibi ihtisas alanlarında çare ararken kaybettiği zaman ve para sadece kendisi için değil diğer hastalar ve ilgili uzman için de kayıp olmakta diğer hastaların ve sağlık hizmeti sağlayanların aleyhine olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 2014 yılı itibariyle dil ve konuşma terapisti unvanı taşıyan 130 kişi olduğu ve bunların 30 tanesinin yurtdışında eğitim almış olduğu görülmüştür. Avrupa Birliği normlarında her 20.000 kişi için bir kulak burun boğaz uzmanı doktor ve bunun beşte biri kadar dil ve konuşma terapisti olması gerektiği düşünülürse ülkemiz için 2023 yılında ihtiyaç duyacağımız sayı 850 civarında olarak öngörülmüştür. Nüfus artış hızı ve nüfus projeksiyonları dikkate alındığında 2040 yılı hedefi ise 1.012'dir. Diğer taraftan, 2018-2019 öğretim dönemi için lisans düzeyinde öğrenci kontenjanları devlet üniversiteleri için 154, özel/vakıf üniversiteleri için 290 olmak üzere toplam 444 olarak ilan edilmiştir. Bu durumda hâlen eğitimlerine devam eden ve daha sonra gelecek yeni öğrenciler mezun olduğunda hedeflenenin çok üzerinde dil ve konuşma terapisti genç insan iş talep edecek gibi görünüyor. Kanaatimce planlamalarda istemsiz olarak gözden kaçan veya matematiksel olarak formüle edilemeyen en önemli faktörler çağımızda toplum ihtiyaçlarında ortaya çıkabilen

hızlı değişiklikler ve ortaya çıkan yeni durumlara göre şekillenen beklentiler ve taleplerdir. Toplumun ve sağlık hizmeti veren diğer grupların yeterince bilgilendirilmesi hâlinde ve bu hizmet alanının sağlık hizmeti yükünün önemli bir kısmını taşıyacağı anlaşıldığında bugün fazla gibi görülen kadroların önümüzdeki yıllarda sayıca yetersiz kalması bile söz konusu olabilecektir.

Ergoterapistlik

İlgili kanunda, iş ve uğraşı terapisti olan ergoterapist şöyle tanımlanmıştır: "İş ve uğraşı terapisti alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun, sağlıklı kişilerde mesleği ile ilgili ölçüm ve testleri yaparak, mesleği ile ilgili koruyucu ve geliştirici programları planlayan ve uygulayan; hasta kişiler için uzman tabibin teşhisine bağlı olarak bireylerin günlük yaşam, iş ve üretkenlik, boş zaman aktivitelerine katılımını artırmak, sağlık durumlarını iyileştirmek, özürüllüğünü önlemek ve çevreyi düzenleyerek katılımı artırmak için gerekli iş ve uğraşı terapisti yöntemlerini uygulayan sağlık meslek mensubudur." Dünyada 100 yıllık bir meslek geçmişi olan ergoterapi mesleği ülkemiz için çok yeni bir meslektir. 2014 yılında ilk lisans mezununu vermiştir. Özellikle gelişim bozukluğu spektrumundaki çocuklarda duyu bütünleme terapisi, ergoterapistlerin en temel alt alanlarından. Ergoterapistler duyuusal bozuklukların erken tespiti ve tedavisinde almış oldukları eğitim ile sağlık, eğitim ve sosyal rehabilitasyon alanında önemli bir uygulama alanına sahiptirler.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında ülkemizde yurtdışı eğitim alanlarla birlikte toplam 50 ergoterapist bulunmaktaydı. 2018 yılı itibari ile 250 civarında ergoterapist bulunmaktadır. Lisans düzeyinde eğitim veren kurumlarda 2018-2019 eğitim ve öğretim yılında ergoterapi programları için devlet üniversiteleri 170, özel/vakıf üniversiteleri 325 öğrenci kontenjanı ilan etmişlerdir. Avrupa'da ve gelişmiş ülkelerde ergoterapist istihdam oranlarına bakıldığında yaklaşık olarak ergoterapist/fizyoterapist oranının 0,35 olarak görülmektedir. Bu oranların gerçeğe ulaştığını düşünürsek ve Sağlık Bakanlığının 2023 yılı için öngördüğü Fizyoterapist ihtiyacı sayısının 10.000 olduğunu göz önünde bulundurursak 3.500 ergoterapist ihtiyacı olacağı hesaplanabilir. Bu durumda uzun bir süre ergoterapist ihtiyacı ve istihdam açığı devam edecek



gibi görünüyor olmakla birlikte bu hesaplamanın gerçeği yansıtması için ergoterapi uygulamalarının toplumsal kazanımlarının anlaşılıp kabul görmesi ve hizmet talebinin Avrupa'daki örnekleriyle uyumlu olması gerekmektedir.

Odyologluk

Odyolog; odyoloji alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine odyoloji yüksek lisansı veya doktorası yapan, sağlıklı bireylerde işitme ve denge kontrolleri ile işitme ve denge bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yapan ve ilgili uzman tabibin teşhis veya tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak işitme, denge bozukluklarını tespit eden, rehabilite eden ve bu amaçlarla kullanılan cihazları belirleyen sağlık meslek mensubudur. Temel odyoloji uygulamaları yeni doğan taramaları, okul öncesi taramaları, okul taramaları ve yetişkin uygulamaları olarak gruplandırılabilir. Odyolog istihdamının %8'i Sağlık Bakanlığında, %52'si özel sektörde ve %40'ı üniversitelerdedir.



Ağırlıklı olarak cerrahi hizmet veren kulak burun boğaz uzmanının, işitme cihazı denemesi, işitme cihazı seçim, ayarlama, işitsel rehabilitasyon, denge bozukluklarının tespit ve rehabilitasyonu, işitme ve dengenin elektrofizyolojik değerlendirmeleri gibi çok zaman alan ve aslında alana özel donanım gerektiren alanlardaki iş yükünün odyologlar tarafından yürütülmesi sonucunda, daha fazla sayıda hastanın bu hizmetlerden yararlanması mümkün olabilecek ve kulak burun boğaz cerrahına daha fazla cerrahi müdahale yapma olanağı yaratacaktır. SGK bir senede yaklaşık 130.000-140.000 adet dijital işitme cihazını finanse etmektedir. Yapılan çalışmalarda işitme cihazı etkin kullanım oranı %30-35 civarında kalmakta olup bu durum muhtemelen odyologların yeterli sayıda olmamasından kaynaklanmaktadır.

Türkiye'de 2014 verilerine göre aktif çalışan odyolog sayısı 65 idi. Bugün geldiğimiz noktada ise 2018-2019 yılında odyoloji bölümlerinin toplam kontenjanları (vakıf ve devlet üniversiteleri) 1.135'dir. Bu bölümlerden 2023 yılına kadar 4.540

kadar odyolog mezun olacaktır. Eski mezunlarla bu sayı toplam 5.140'a erişecektir. Yeni açılan ve henüz mezun vermeyen bölümler hesaplandığında 2023 yılında yaklaşık olarak 6.000 kadar odyolog istihdam edilebilecektir. Odyologların çalışma alanlarının genişliği ve hitap ettikleri nüfusun büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda aslında sayısal olarak çok daha fazla odyolog gerekeceğini düşünebiliriz. Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde her bir kulak burun boğaz uzmanı başına en az iki odyolog görev almaktadır. Dolayısıyla 2023 yılında ülkemizdeki odyolog sayısının optimal sayıya ulaşamayacağı, fakat yaklaşacağı düşünülebilir.

Ortez-Protez

İlgili kanunda tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri şöyle tanımlanmıştır: "Sağlık meslek liselerinin ve meslek yüksekokullarının tıbbi protez ve ortez programlarından mezun; kaybedilen organların işlevlerini kısmen de olsa yerine getirecek yapay organlar ile desteklenmesi, korunması ve düzeltilmesi gereken vücut kısımlarına uygulanacak

yardımcı cihazları ve aletleri tasarlayan, kullanıma hazır hale getiren, onarımını yapan ve uzman tabip denetiminde hastaya uygulayan sağlık teknisyeni/teknikeridir.". Görüldüğü gibi tanımda lisans düzeyinde eğitim alarak mezun olan ortez-protez uzmanlığından söz edilmemektedir.

Türkiye'de 15 Mart 2014 verilerine göre tıbbi protez ve ortez teknisyeni /teknikeri sayısı 729'dur. Bir başka deyişle 1.000 kişiye düşen tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri sayısı 0,01'dir. Türkiye'de tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri istihdamının %78'i sağlık bakanlığında, %19'u özel sektörde ve %3'ü üniversitelerde görev yapmaktadır. Tıbbi protez ve ortez teknisyenliği ve teknikerliği eğitimindeki mevcut durumun devam etmesi, yeni kayıt yapılan öğrenci sayısının yaklaşık aynı kalması durumunda 2023 yılı sonunda tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri sayımızın yaklaşık 2.750 olacağı beklenmektedir. Hâlbuki, resmi planlamada 2040 yılı tıbbi protez ve ortez teknisyenliği/teknikerliği ihtiyacı 1.168 olarak bildirilmiştir. Buna göre mezun olacaklarla birlikte sayı ihtiyacın

çok üzerindedir. Ancak hatırlamak gerekir ki İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ülkemizde ilk kez 4 yıllık lisans düzeyinde ortez-protez uzmanları yetiştirmeye başlamıştır ve şüphesiz ön lisans eğitimi ile lisans eğitimi arasında verilecek hizmetin vasfı ve görev tanımları bakımından çok fark olmak zorundadır. Kanaatimce insan gücü planlamasında ön lisans mezunu ile lisans mezunu ihtiyaçlarının birlikte hesap edilmesi doğru olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Diğer taraftan lisans düzeyinde eğitimin ülkemizde yeni başlamış olması nedeniyle temsilcisi olmayan bir mesleğin hizmetinin talep edilmesi ve insan gücünün planlanması çok sayıda güçlükler arz etmektedir. Beklenen hizmetin ne olduğu ve beklentilerin ne kadar yüksek olabileceği toplum, yönetici kadrolar ve bütün sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yeterince kavranıp içselleştirilirse eğitilmiş insan gücü ihtiyacı sağlıklı bir şekilde öngörülebilecektir. Örneğin, mayına basma sonucu yaralanan bir insanın ampute bacağına rağmen sağlam sporcularla yarışıp onları yenebilmesi kişinin iradesi ve azmi açısından alkışlanacak bir durumdur ama gereken ameliyatı yaparken daha sonra yapılacak ortez/protez uygulamalarını düşünerek en uygun şartları hazırlayan, bu konuda kendini yetiştiren cerrah ve hastanın normal bacağına en yakın fonksiyona sahip ortez-protezi hazırlayan ekip de takdiri hak etmektedir. Eğer ortez-protez alanında beklenen hizmetler bu ve buna benzer kalitede olacaksa mevcut kadroların hem sayıca hem de kalite anlamında daha fazla olması gerekecektir. İnaniyorum ki, önümüzdeki yıllarda lisans ve lisansüstü eğitimlerini tamamlayan ortez-protez uzmanlarının sayısının artması sektörel bir patlamayı beraberinde getirecek ve önümüzdeki yıllar bu tür başarı hikayelerini gündemimize getirecektir.

Çocuk Gelişimi

Sağlık meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına göre çocuk gelişimci;

a) Çocukların zihinsel, dil, motor, öz bakım, sosyal ve duygusal gelişimlerini değerlendirerek çocuğun ihtiyaçlarına yönelik gelişim destek programlarını hazırlar ve uygular.

b) Sağlık kurumlarında çocuğun uyum ve gelişimine uygun ortamın hazırlanmasında görev alır.

c) Riskli bebek ve çocuk izlemlerinde ilgili uzman gözetiminde görev alır ve gelişimi destekleyici çalışmalar yürütür.

d) Çocuk gelişimi ile ilgili materyallerin tasarımını planlar ve yapar.

e) Aileye çocuğun gelişimine yönelik eğitime verir.

Çocuk gelişimciler sağlıklı hayat merkezlerinde psikososyal destek biriminde bulunan sosyal çalışmacı, psikolog ile birlikte üç zorunlu elemandan biridir. Gelişimsel olarak risk altında olan ve/veya özel gereksinimli olan çocuklar ve ailelerine yönelik olarak üçer aylık dönemler halinde gelişim takibi ve danışmanlık hizmeti sunabilir, ev ve kurum merkezli gelişimsel destek programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlayarak, yılda en az bir kez düzenli olarak ev ziyaretleri yapabilir, normal gelişim gösteren çocuklar ve ailelerine yönelik olarak sunulan hizmetler bünyesinde ise periyodik aralıklarla (altı ayda bir, yılda bir) gelişim takibi yapabilir, gerek özel gereksinimli çocuklar ve ailelerine, gerek gelişimi risk altında olan çocuklar ve ailelerine sunulan hizmetlerin niteliğinin artırılması amacıyla gereken durumlarda rehberlik ve araştırma merkezlerine yönlendirerek özel eğitimciler, fizyoterapistler, psikologlar ve diyetisyenlerle her aşamada işbirliği içinde bulunabilir.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünde mevcut durum içinde çocuk gelişimciler, çocuk gelişimi ünitelerinde poliklinik ve servislerde görev almaktadırlar. Aynı zamanda Gelişimsel Pediatri Ünitelerinde ve Çocuk İzlem Merkezlerinde de görev almaktadırlar. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünde mevcut durum içinde çocuk gelişimciler; Ruh Sağlığı Programları Şubesi, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şubesi, Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Şubesi, Projeler Birimi, Sağlıklı Hayat Merkezleri ve Kreş Birimi gibi çeşitli şubelerde ve birimlerde görevlendirilmektedirler.

1968 yılında kurulan çocuk gelişimi bölümü uzun yıllar tek bir üniversitede sınırlı sayıda mezun vererek alana katkı sağlamış 2007 yılı itibarıyla de Sağlık Bilimleri Fakülteleri altında yapılarak gerek devlet gerekse vakıf üniversitelerinde bölüm olarak açılmaya başlanmıştır. 2018-2019 eğitim öğretim yılında çocuk gelişimi programları için

devlet üniversitelerinde 1191, özel/vakıf üniversitelerinde 1206 öğrenci kontenjanı ilan edilmiştir. Sayının artmasına rağmen ne yazık ki bu meslek sahada yeterince tanınmamaktadır.

Sağlık Yönetimi

Sağlık Yöneticiliği; sağlık kurumlarında ve sağlık hizmeti veren işletmelerde idari işlerin yerine getirildiği, karar alma ve bu kararların uygulamasının yapıldığı; analiz, planlama ve değerlendirmenin yanı sıra ulusal ve uluslararası düzeyde bilginin üretildiği, yorumlandığı ve kullanıldığı; sağlık hizmeti planlamasının sunulmasına ve değerlendirilmesine yönelik idari süreçlerin gerçekleştirildiği bir meslektir. Kesintisiz sağlık hizmeti sunumu, maliyet-fayda etkili bir yönetim ve sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için alanda uzmanlık bilgisine ve yeterliliğine sahip profesyonel sağlık yöneticilerinin olması gerekmektedir. İlgili kanunda belirtildiği üzere, hastane müdürü/müdür yardımcısı kadrolarına atanabilmek için Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Sağlık Kurumları İşletmeciliği mezunu veya idare ve işletmecilik bölümlerinde yüksekokul veya fakülte mezunu olup hastane işletmeciliği konusunda yüksek lisans veya doktora yapmış olanlar tercih edilmek kaydıyla fakülte veya dört yıllık yüksekokul mezunu olmak şartı aranmaktadır. Kamu hastanelerine ek olarak daha büyük istihdam olanağı özel hastaneler bünyesinde sağlanmaktadır.

Sağlık Yönetimi, 500 kadar lisans ve lisansüstü eğitim programları ile dünyada 106 yıllık, Türkiye'de de 55 yıllık geçmiş ve derinliğe sahip bir bilim alanıdır. Sağlık Yönetimi eğitimi, son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de eğitim standartları kalitesinin geliştirilmesi ve Bologna süreci nedeni ile değişim gerektirmiştir. 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında Lisans Tamamlama, Açık Öğretim, İngilizce ve Türkçe programlar dahil olmak üzere toplam 56701 Sağlık Yönetimi lisans öğrencisi eğitimine devam etmekte iken 9902 mezun bulunmaktadır. Resmi planlamada, Türkiye için 2023 yılındaki sağlık yöneticisi ihtiyacının kamu ve özel sektör de toplam 2700 olacağı tahmin edilmektedir. Bu durumda ciddi bir insan kaynağı fazlalığı olacak gibi görünmektedir. Ancak, öngörülen bu rakamlar yukarıda ele alınan diğer başka meslek örneklerinde olduğu gibi ortaya çıkan yeni koşullar ve ihtiyaçlar

çerçevesinde revize edilmek durumunda kalacaktır. Bugün sağlık yönetimi bölümlerinden yetişmiş eleman talep eden sektörlerin türleri giderek çeşitlenmekte ve iyi eğitilmiş insan gücünün ortaya koyduğu olumlu farklar görüldükçe güven artmakta ve yeni talepleri doğurmaktadır. Bu çerçevede sağlık yönetimi mezunlarının tek seçeneğinin hastane ve benzeri sağlık kurumlarında yönetici veya yönetici asistanlığı olmadığı çok daha geniş perspektifte hizmet alanları olduğu anlaşılmıştır. Son yıllarda özellikle sigorta şirketleri, ilaç firmaları gibi sağlık sektöründe önemli rol oynayan paydaşların bünyesindeki istihdam alanları giderek artmaktadır.

Sosyal Hizmet

Sosyal Hizmet Okulları Derneği, Sosyal Hizmet Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Raporu'nda (2018) sosyal hizmetin ve sosyal hizmet uzmanının tanımı aşağıdaki şekilde yapılmıştır: "Sosyal hizmet insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen; insanların iyilik hallerinin geliştirilmesi için birey, aile, grup ve toplum düzeyinde insan ilişkilerinde sorun çözme, güçlendirmeyi ve insan işlevselliğini artırmayı amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına kendine özgü yöntem ve teknikleri kullanarak müdahale eden bir meslektir ve uygulamalı bir bilim dalıdır." Taşıdığı amaca ulaşabilmesi kuşkusuz öncelikle mesleğin yürütücüleri olan sosyal hizmet uzmanlarının (kamu kurumlarında kadro unvan karşılığı 'sosyal çalışmacı'dır) meslekteki yetkinliklerine bağlıdır. Yetkin bir meslek elemanı olabilmek ise mesleğin bilgi, beceri ve değerlerinin harmanlandığı nitelikli bir eğitim-öğretimi zorunlu kılmaktadır. Sosyal hizmet eğitimi, öğrenim gören öğrencilerin müracaatçı sistemlerine (birey, aile, grup, toplum) yönelik mesleki müdahalelerde yeterli profesyoneller olmasını hedefleyen en az lisans programıyla yürütülen bir eğitim-öğretim sürecidir.

Mayıs 2015'te Sosyal Hizmet Uzmanları Derneğinin (SHUDER) yapmış olduğu bir analizde Türkiye'de sosyal hizmet bölümünden mezun olan sayısı 6.150'dir. Bu sayının 4.625'i Kamu kurumlarında görev yaparken tahminen 350'si özel kuruluşlarda ve sivil toplum kuruluşlarında çalışmaktadır.

Dünyada özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde 1890'lı yılların sonlarında uygulamasını bulan sosyal hizmet eğitimi ve öğretimi ülkemizde 1950'li yılların ortalarında kurumsal anlamda gündeme gelmiştir. 2017 yılının Kasım ayı itibarıyla ikisi açık öğretim fakültelerinde, dördü Kıbrıs'ta olmak üzere lisans düzeyinde sosyal hizmet eğitimi veren 63 bölüme ulaşılmıştır. Geçtiğimiz yıl 2018-2019 eğitim ve öğretim yılı için devlet üniversitelerinin sosyal hizmet programlarında 5.500, özel/vakıf üniversitelerinde ise 1106 kontenjan açılmış olup yerleştirmeler sonunda doluluk oranları devlet için %89, özel/vakıf için %45 olarak belirlenmiştir. Geçmiş yıllara kıyasla bu hizmet alanının önemi giderek daha fazla anlaşıp giderek daha fazla tercih edilen bir alan haline gelmektedir. Sosyal hizmet uygulama alanının geniş olması ve artan "nitelikli" meslek elemanı ihtiyacı ilerleyen yıllarda, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanına duyulan ihtiyacın süreceğinin bir göstergesidir.

Sonuç

Sağlık hizmetlerinin bireylerin taleplerini karşılaması çok önemlidir, ancak akılcı planlamalarla sağlık hizmeti sunum mekanizmalarının çeşitlendirilerek ve sonuç alıcı sistemler organize ederek hizmet talebinin bireyin, toplumun ve devletin ortak menfaatlerini gözeterek şekilde yönlendirilmesi de önemlidir. Sağlık hizmetlerinin çeşitlilik kazanması ve ihtisaslaşma tarih boyunca kaçınılmaz şekilde kendi dinamikleriyle öncesinde gelen geleneksel yaklaşımları adeta yitirerek yürüyen bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıp ve sağlık bilimlerinin tarihsel sürecine baktığımızda başlangıçta sağlık hizmetinin merkezinde tıp ve uygulayıcı olarak hekimler tek başına hastayla karşı karşıya konumlanmışken giderek yanlarına ebeler, hemşireler, hasta bakıcılar katılmıştır. Cerrahlar ve diş hekimleri başlangıçta hekim grubundan bile sayılmayan teknik personel gibi rol almışlar ancak zaman içerisinde bugünkü anlayış kazanılmıştır. Yine tarihsel perspektifte, hekimler aynı zamanda eczacı da olmak zorunda olduklarından eczacılığın ayrı bir bilim dalı olarak kabul görmesi de zaman almıştır. Günümüzde sağlık bilimlerine bakış tamamen değişmiş hastanın merkezde olduğu tıp ve diğer bütün disiplinlerin hasta merkezli yaklaşımla ortak hareket ettikleri hizmet anlayışına geçilmiştir. Toplumun ve bireyin sağlık hizmeti talebinin nasıl karşılanacağı problemi ortak akılla çözülmeye çalışıl-

maktadır. Bu süreçte kaçınılmaz şekilde işletmecilik, ekonomi bilgisi ve planlama gerekli olduğundan işin içine sağlık yönetimi, sosyal hizmet gibi doğrudan hasta bakımı veya tedavisi yapmayan unsurlar dâhil olmuştur. Yazının başında da belirtildiği gibi arz-talep dengesinin toplum ve birey menfaatlerine uygun şekillenmesi için mutlaka bir üst aklın devrede olması gerekmektedir. Başta devlet olmak üzere tüm üniversiteler ve ilgili kurumlar insanların neye ihtiyacı olup neye ihtiyacı olmadığını yakından takip ederek iyi anlatmalı sağlık hizmetlerinde arz-talep dengesinin başına buyruk gelişmesini takip etmek yerine insanların ve toplumun taleplerinin doğru yönde şekillenmesine öncülük etmelidir. Özellikle uluslararası sermayenin sadece hastaları değil sağlıklı insanları da tedavi etme arzusundan kaynaklanan suni ihtiyaçlar ile yerel gerçekçi ihtiyaçların birbirinden ayrılmasına dikkat edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve OECD ortak raporlarında kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine ulaşmanın gerekliliklerini tarif etmişlerdir. Buna göre; hükümetler, sağlık hizmeti veren kurumlar ile bu kurumların çalışanları, hastalar ve tüm vatandaşlar sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak için birlikte çalışmalıdır. Vatandaşlar sağlık hizmetiyle ilgili karar mekanizmalarına katılmalı toplumun lokal ihtiyaçlarını karşılamaya dönük yeni modeller geliştirilmesine katkı sağlamalı, sağlık çalışanları da hastaları etkin ve güvenli sağlık hizmetinin geliştirilmesinde bir ortak olarak görmelidirler. Sağlık hizmeti veren kurumlar ise sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin ve özellikle tıp dışındaki alanların akılcı kullanımının sağlayacağı avantajları farkında olarak hizmet spektrumlarını ve perspektiflerini geliştirmek durumundadırlar.

Kaynaklar

Joint Report by the OECD, World Health Organization (WHO) and the World Bank, 2018.

Low Quality Healthcare is Increasing the Burden of Illness and Health Costs Globally, WHO-OECD-World Bank Joint Publication-July 2018.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Haziran 2010 – ANKARA

Sağlık Bakanlığı, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, 2014 – Ankara

Sağlık Bakanlığı, 2040 yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri, Mart, 2018, Ankara

Sosyal Hizmet Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, Eylül, 2018, Ankara.

Türkiye'de Sosyal Hizmet Uzmanı Sayıları ve İstihdam Açısından Durumları. SHUDER Adına Derleyen Bülent Karakuş, Mayıs 2015.

Biyomedikal sektöründe nereye gidiyoruz?

Mustafa Durna



1982 yılında İstanbul'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Biyomedikal Cihaz Teknolojisi Yüksekokulu'ndan 2003 yılında mezun oldu. İstanbul Üniversitesi hastanelerine biyomedikal-klinik mühendislik birimi kurulması projesini hazırladı ve birimin kurulmasında öncülük yaptı (2003). Özel bir şirkette görev aldıktan sonra Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyomedikal-Klinik Mühendislik ve Kalibrasyon Merkezi Kurucu Müdürü olarak görev yaptı (2005-2010). İstanbul ilindekiler başta olmak üzere birçok kamu hastanesine klinik mühendislik birimlerinin açılmasında görev aldı. Hâlen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

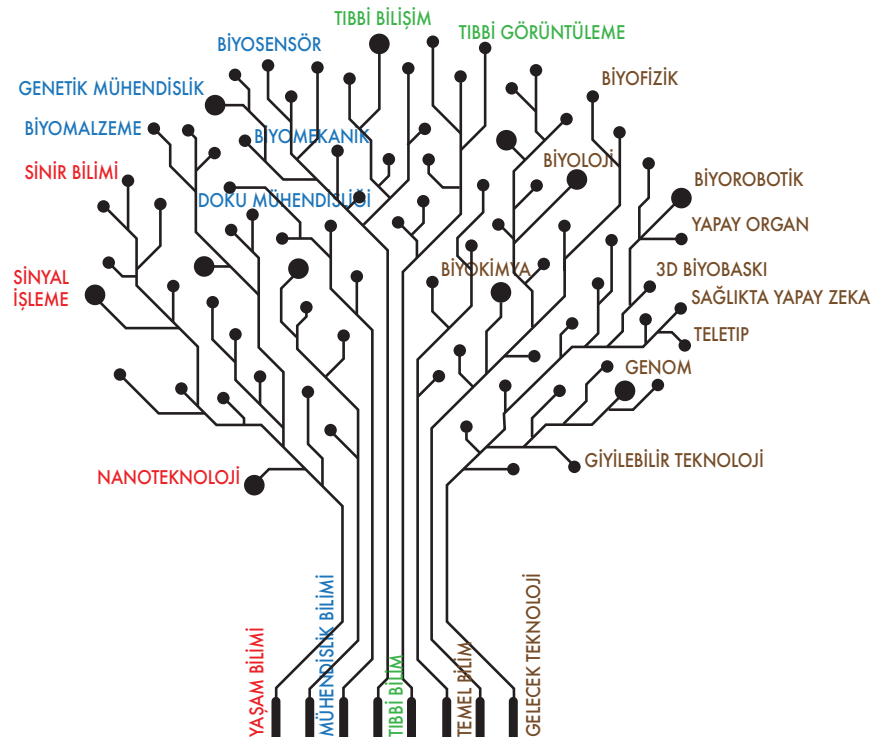
Biyomedikal mühendisliği uygulaması uzun bir tarihe sahiptir. Basit medikal cihazlar olan kırık kemikleri yerinde tutmak için yapılmış tahtalar veya derme çatma koltuk değnekleri, yazılı insanlık tarihinden de eskidir. En erken örneklerden biri, 3.000 yıllık Mısırlı bir mummyada bulunan ahşap ve deri protez ayaktır (1). Eski Mısır'da kullanılmış diş implantları arkeolojik kazılarda keşfedilmiştir. Daha gelişmiş mekanik ya da elektrikli medikal cihazların başlangıcı ise 1778'de Paris'te yaşamış Franz Aston Mesmer'e dayanabilir (2).

Sağlık teknolojilerinde insanlığın hizmetine sunulan ilk teknolojileri inceleyecek olursak, 1896 yılında X-Ray icadı ile görüntüleme sistemleri, 1906 yılında EKG ile elektriksel aktivitenin ölçümü, 1929'da ilk mekanik ventilatör cihazı ile diş destekli solunum, 1935 yılında kalp akciğer pompası cihazı ile eş zamanlı kalp ameliyatı, 1931'de elektron mikroskobu ile minimal görüntüleme, 1941'de radyopak madde ile yapılan anjiyografi işlemi, 1955 yılında pacemaker ile kalp ritim yönetimi gibi birçok teşhis ve tedavi amaçlı tıbbi cihaz sistemleri icat edilmiş ve yaşam kalitesine fayda sağlaması amacıyla değerlendirilmiştir. 1968 yılında dünyanın ilk biyomedikal mühendislik eğitimi Case Western Reserve University The Department of Biomedical Engineering ismiyle açılmıştır (3).

Hastanelerde klinik mühendislik birimlerinin kuruluşu ilk olarak 1946 yılında

ABD'de hayata geçmiştir, ancak klinik mühendisliği ifadesi ilk olarak 1969'da kullanılmıştır (4). Bu terime yapılan ilk referans, 1969'da Landoll ve Caceres tarafından yayımlanan bir makalede yer alır. Ülkemizdeki biyomedikal tarihine bakıldığında 1982 yılında Boğaziçi Üniversitesi'nde, 1985 yılındaysa ODTÜ'de biyomedikal yüksek lisans programları açıldığı görülmektedir. 2000 yılında Başkent Üniversitesi biyomedikal lisans programı açmıştır. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi'nde Biyomedikal Cihaz Teknolojisi adıyla ön lisans programı açılmıştır. 20. yüzyılın başlarından itibaren

tıp teknolojisinde yaşanan hızlı gelişim süreci birçok yeniliği de beraberinde getirmiştir. Teşhis ve tedavide kullanılabilecek birçok yeni cihazın icadı, sağlık hizmetlerinde kaliteyi önemli bir oranda artırmıştır. Bu cihazların; planlama, tedarik, kurulum, eğitim, arıza tespiti, onarım, bakım, performans testleri ve kalibrasyonu ile montaj ve demontaj gibi hizmetlerinin sağlanması birçok teknik gerekliliği de ön plana çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinin kesintisiz sağlanabilmesi ile teşhis ve tedavi sürelerinin en aza indirilmesi için, kullanılan tıbbi cihazların sorunsuz çalışması, hassasiyet ve



Şekil: Geçmişten Geleceğe Multidisipliner Biyomedikal Mühendislik Ağacı-MD



doğruluk gibi parametrelerinin hatasız olması gerekmektedir. Bu nedenle tıbbi cihazlarla ilgili teknolojik yaşam döngüsünü yönetecek olan klinik mühendislik birimleri 1984 yılında ülkemizde hizmete başlamıştır. Biyomedikal mühendislik, global alanda multidisipliner bir bölüm olarak kabul görmesi nedeniyle ilgili birçok alt bilim programlarını bünyesinde bir araya getirmiştir.

Mevcut Durum

Sağlık teknolojileri alanında lise, ön lisans ve lisans seviyelerinde gelişmiş ülkeler karşısında rekabete gireceğimiz eğitim alanlarına artık sahibiz. Bu eğitim kurumlarının seviyelerine bakılmaksızın mezun edeceği her birey, sektörün gelişiminde önemli bir yer edinecek ve ülkenin bilimle ve sanayile ekonomik kalkınmasına ileri derecede katkılar sağlayacaktır.

Konuya hastaneler penceresinden bakacak olursak şunları söyleyebiliriz:

- Biyomedikal mühendisliği alanında sağlık hizmet sektörünün ihtiyacı, kamu ve üniversite hastanelerinde her 200 yatağa bir mühendis, özel hastanelerde ise her 100 yatağa bir mühendis olacak şekilde planlanmıştır. 2023 yılına ilişkin planlanan yatak sayısı, kamu ve üniversite hastaneleri için yaklaşık 211.500, özel hastaneler için ise yaklaşık 53.500 olduğundan, biyomedikal cihaz teknikeri 2023 ihtiyacı 1.645 olarak belirlenmiştir. Nüfus artış hızı ve nüfus projeksiyonları dikkate alındığında 2040 hedefi ise 1.900'dür.

- Biyomedikal cihaz teknikerliği alanında sağlık hizmet sektörünün ihtiyacı, her 100 yatağa 1 tekniker olacak şekilde planlanmıştır. 2023 yılı için planlanan toplam yatak sayısı 265.000 olduğundan

İstatistiklere göre, 2050 yılına kadar insan popülasyonunun artışı medikal gelişmelerden çok daha önce zirve yapacaktır. Batı ülkelerindeki obezite yükselmeye devam ederken, gelişen ve fakir ülkelerde de kaliteli yemek ve medikal servislere ulaşım yaşam kalitesini belirleyecektir. Medikalde yaşanacak devrim niteliğindeki teknolojik gelişmeler insan ömrünü radikal şekilde uzatabilirken, bundan yararlanmak için teknolojilerin efektif ve doğru bir şekilde dünyaya yayılarak uygulanması en önemli unsur olacaktır.

biyomedikal cihaz teknikeri 2023 ihtiyacı 2.734 olarak belirlenmiştir. Nüfus artış hızı ve nüfus projeksiyonları dikkate alındığında 2040 hedefi ise 3.156'dır.

Şirketler ve sanayi penceresinden bakacak olursak şunları söyleyebiliriz:

- Özel sektör tarafında ithalat, üretim, danışmanlık ve hizmet faaliyetlerinde bulunan şirket sayısı 5.000'e yaklaşan iştirakler biyomedikal tekniker/biyomedikal mühendis kadroları ile istihdama destek olmaktadır. Bununla birlikte girişimci meslektaşlarımız tarafından şirket ortaklığı veya kuruculuğu görevi icra edilmektedir.

- Vakıf ve devlet üniversiteleri, oluşan talepler karşısında akademisyen ve araştırma görevlisi kadrolarında biyomedikal uzmanlarına yer vermeye başlamıştır.

- Kamu alanında merkezi ve taşra teşkilatlarında biyomedikal uzman ekiplerine kadrolar açılmış ve istihdam sağlanmıştır.

Tablo: Türkiye'de Biyomedikal İnsan Kaynağı Verileri

	Program Sayısı	Yıllık Mezun Sayısı	Mevcut Eleman Sayıları (2018)	Sektörde Biyomedikal İnsan Kaynağı Sayısı (2040 Yılı Tahmini)
Lisans Programı (Mühendis)	28	1.250	3.000	29.250
Ön Lisans Programı (Tekniker)	46	2.500	10.000	62.500
GENEL TOPLAM			13.000	91.750

Kaynak: BİYOTED (Biyomedikal Teknikerler Derneği) ve BİYOMED (Biyomedikal Mühendisler Derneği).

Geçmişten aldığımız eksik/sorunlu/hastalıklı sistemi tüm taraflarca iyileştirip geleceğe sağlam ve kuvvetli bir sektör bırakmalıyız. Ortaya çıkardığımız en iyi yönleri, mesela yetenekli genç insan kaynağını, bilgi birikimine ulaşmış özel sektörde görev alan şirket sahibi veya yöneticilerden ortaya çıkacak kümelenmeleri, üniversitelerimizde yer alan akademisyenleri ve sağlık alanında paydaş olan kamu yöneticilerini bir sistem kurgusu altında bir araya getirmeliyiz.



Gelecek Projeksiyonu

İstatistiklere göre, 2050 yılına kadar insan popülasyonunun artışı medikal gelişmelerden çok daha önce zirve yapacaktır. Batı ülkelerindeki obezite yükselmeye devam ederken, gelişen ve fakir ülkelerde de kaliteli yemek ve medikal servislere ulaşım yaşam kalitesini belirleyecektir. Medikalde yaşanacak devrim niteliğindeki teknolojik gelişmeler insan ömrünü radikal şekilde uzatabilirken, bundan yararlanmak için teknolojilerin etkili ve doğru bir şekilde dünyaya yayılarak uygulanması en önemli unsur olacaktır (5).

Dünyada katma değeri yüksek sektörlerin başında gelen sağlık teknolojileri alanı, bilimsel gelişimini hızla ilerletmesi nedeniyle her geçen yıl global anlamda önemini arttırmaktadır. Bilhassa sektörün stratejik değerini fark eden uluslar, geçmişten günümüze taşıdığı ekonomik, bilimsel ve insan kaynağı yatırımlarını 2050 dünyasında daha güçlü ve etkin kullanmak üzere çalışmalarını ciddiyetle sürdürmektedir. Dünyada 2050 yılı hedef noktası alındığında Asya ve Amerika'da

yer alan birçok üniversitede sağlığın gelecek teknolojileri olarak aşağıdaki bölümlere yer verildiğini görmekteyiz:

Büyük Veri Analizi ve Sağlık Bilişimi: Radyomik, Radyojenomik, Bilgisayar Destekli Tanı, Dijital Patoloji, Ortak Kayıt, Kanseri Tespiti, Karar Verme, Hassas Tıp, Biyoinformatik, Görüntü Bilişimi, Makine Öğrenmesi, Örüntü Tanıma, Yapay Zekâ, Derin Öğrenme.

Sinir Mühendisliği ve Nöral Protezler: Nöronal Mekanizmalar, Elektriksel Ve Manyetik Uyarım Ve Kayıt İçin Sinirsel Arayüz; Nöral Dinamikler, İyon Kanalları, Uzun Hareketi, Mesane, Bağırsak Ve Solunum Fonksiyonunun Kontrolü İçin Nöral Protezler; Hareket Bozuklukları, Epilepsi, Ağrı Azaltma, Visceral Fonksiyonlar İçin Nöromodülasyon Sistemleri; Nöral Yapıların Sayısal Modellenmesi ve Simülasyonu.

Biyomekanik Sistemler: Hesaplamalı Kas-İskelet Modellemesi, Kemik Biyomekaniği, Yumuşak Doku Mekaniği, Motor Fonksiyon İçin Nöroprotezlerin Kontrolü, Nöromüsküler Kontrol Sistemleri, İnsan Hareketleri ve Kalp Mekaniği.

Biyomedikal alanında yaşanan baş döndürücü gelişmelerin arka planında bu alanda çalışan akademisyenlerin özel sektörle iş birliği içinde hareket etme kültürü vardır. Dünyadan bilimsel çalışmaları yapılan ve sektörel katılımın sağlanacağı birkaç önemli çalışmayı inceleyecek olursak şunları söyleyebiliriz:

1- Fiberle güçlendirilmiş alüminyum oksit alaşımı; (kısaca alümina) kalça, diz ve her türlü eklem protezlerinde kullanılmaya başlanacaktır. Üç boyutlu yazıcılarla üretilen alümina, kompozit ve fonksiyonel materyallerin yerini alacaktır. Ultra-minyatürize edilmiş ve binlerce kanala sahip alüminadan yapılmış biyonomik göz implantları, görme engellilere görme yetisini geri kazandıracaktır (6).

2- Hong Kong Şehir Üniversitesi (CityU) tarafından geliştirilen, tırtıl benzeri ayakları olan yeni ve hafif bir robot ile insan vücudunda ilaç salınım tedavisi planlanmıştır. Son derece çevik robot, bacak uzunluğunun 10 katından fazla sıçrama yapabilir. Robot, sürtünmeyi önemli ölçüde azaltan çok bacaklı tasarımı sayesinde, kan veya mukus gibi vücut sıvılarıyla kaplı

veya tamamen içine daldırılmış vücuttaki yüzeylerin içinde etkili bir şekilde hareket edebilir (7).

3- Sağlık değerlerini izleyebilmek için giyilebilir biyosensörlerin gelişimini engelleyen önemli bir faktör, hafif ve uzun ömürlü bir güç kaynağının olmaması idi. Bugün ise Massachusetts Amherst Üniversitesinde giysilere kolayca entegre edilebilen bir şarj sistemi yapmak için bir yöntem geliştirilmiştir (8).

4- Washington State Üniversitesi tarafından giyilebilir monitörlerde kullanılmak üzere bir 3D baskılı glikoz biyosensörü yapılmıştır. Milyonlarca diyabet hastasının cildine uyum sağlayabilen ve terleme gibi vücut sıvılarında glikozu izleyebilen giyilebilir, esnek elektronikler geliştirmek için çalışılmaktadır (9). Tüm bu inovasyonlar yepyeni bilim dallarına, uygulamalara ve mühendisliğe yol açacaktır.

Ülkemizde Durum

Dünyada bu gelişmeler olurken ülkemizde de yüzümüzü güldüren çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Biyomedikal alanda geleceğimize güven ve ümit veren birçok kıymetli bilim insanımızın yaptığı çalışmalardan örneklerin yer aldığı bazı haberleri hem yeni neslimize cesaret olması hem de özel sektöre teşvik olması temennisiyle Elektrik Mühendisliği Dergisinden aktarmak istiyorum (10):

Dijital Kanser Teşhisi Ödül Getirdi: Uluslararası Biyomedikal Görüntüleme Sempozyumu (International Symposium on Biomedical Imaging-ISBI) kapsamında, göğüs kanserindeki yayılımın otomatik olarak belirlenmesi konusunda yapılan Camelyon 16 ve Camelyon 17 yarışmalarında ODTÜ ekibi, derin öğrenme uyguladığı yöntemlerle 4. ve 9. oldu.

Felsen Elektromanyetikte Üstün Başarı Ödülü: Leopold B. Felsen Vakfı'nın 2007 yılından bu yana elektromanyetik alanındaki öğrenci ve araştırmacıların çalışmalarını teşvik etmek amacıyla verdiği Leopold B. Felsen Elektromanyetikte Üstün Başarı Ödülü 2016'da 3; 2017'de de 2 araştırmacı arasında paylaşıldı. Felsen Ödülü 2016 yılında Doğu Üniversitesi'nden Ayşegül Pekmezci, Bilkent Üniversitesi'nden Burak Özbey ve Gebze Teknik Üniversitesi'nden Mehmet Burak Özakin'a verildi.

Mikro Robotlarla Tedavi: Küçük-ölçekli fiziksel akıllı sistemler, gezgin mikro robotlar gibi konularda dünya çapında ses getiren araştırmalar yapan Prof. Dr. Metin Sitti, halen insan vücudunda rahatsızlık vermeden şu an ulaşılması çok zor ya da mümkün olmayan bölgelerde, hastalık tanısı ve tedavisi yapabilecek tıbbi mikro robotlar ve yumuşak akıllı robotlar üzerinde çalışıyor. Sitti'nin çalışmaları arasında mikro robotik yüzücülerle hedefli kanser ilacı tedavisi ve mideyi inceleyen milibotlar gibi projeler yer alıyor.

Cep Telefonu ile Hastalık Teşhisi: Geliştirdiği "kan tahlili yapan cep telefonu" ile 2012 yılında dünyanın en parlak 10 bilim insanı arasında gösterilen Prof. Dr. Aydoğan Özcan, "Fen, Mühendislik ve Tıp" alanında dünya çapında ses getiren çalışmaları nedeniyle Koç Üniversitesi Rahmi M. Koç Bilim Madalyası'nı aldı. Kaliforniya Üniversitesi ve Howard Hughes Sağlık Enstitüsü'nde görev yapan Prof. Dr. Aydoğan Özcan, hesaplamalı görüntüleme, mikroskopi ve fotonik alanlarında üst düzey temel bilimsel çalışmalarının yanı sıra teletıp, mobil algılama ve teşhis uygulamaları konusunda yenilikçi teknolojiler geliştirmesi nedeniyle bu ödüle değer görüldü.

Sonuç

Üzerimize düşen görevleri, bireysel menfaatlerden uzak durarak ulusal menfaatlere göre yerine getirmeliyiz. Geçmişten aldığımız eksik/sorunlu/hastalıklı sistemi tüm taraflarca iyileştirip geleceğe sağlam ve kuvvetli bir sektör bırakmalıyız. Ortaya çıkardığımız en iyi yönleri, mesela yetenekli genç insan kaynağını, bilgi birikimine ulaşmış özel sektörde görev alan şirket sahibi veya yöneticilerden ortaya çıkacak kümelenmeleri, üniversitemizde yer alan akademisyenleri ve sağlık alanında paydaş olan kamu yöneticilerini bir sistem kurgusu altında bir araya getirmeliyiz. Türkiye'nin ilgili tüm taraflarıyla üretim ve AR-GE kültüründen yoksun gelişimine ek olarak mali yönetim sorunları eklenince, burada oluşan negatif tecrübeleri değer bilip, riski fırsata çevirecek olan çalışan ve pratik zekaya sahip genç neslinden faydalanılması gelişen ülkeleri yakalamamıza vesile olabilir. Japonya, G. Kore, Çin gibi ülkelerde yapılan politik/

sanayi atılımlarını örnek alarak ülkemize uyarlayabiliriz.

Mesela Sağlık Sanayi Başkanlığı adında kamu ve özel ortaklığın yönetiminde olan, finansal sistemi devlet tarafından belirli bir süre ve koşulla desteklenen, sermaye ve bilgi/deneyim ortaklıklarının kurulduğu, girişimcilere pozitif ayrımcılık yapıldığı, gençlerin gelişimine ortam sağlandığı, kamu ihtiyacı ürün veya sistem teminlerini ihalesiz satın aldığı, Sayıştay denetimine tabi, ülkelerin Sağlık ve Ticaret Bakanlıkları ile entegre çalışan, dış ticaret sistemi tek çatı altında toplanan, bağlı bulunduğu şirketlerden ortaya çıkacak net gelirinin %5'ini AR-GE için ayıran, regülasyon ve standart çalışmalarında tam destek gören, STK'ların ve gençlerin danışma kurulunda olduğu, risk sermayesine sahip, faturasını SGK'ya keserek 60 gün sabit dönemde doğrudan ödeme alan bir sistem yapısı neden hem de acilen kurulmasın? Hepimizin hayranlıkla baktığı Aselsan, Havelsan, Roketsan şirketlerini meydana getiren Savunma Sanayi Müsteşarlığı hepimiz için zaten bunun en sağlam kanıtı değil mi?

Zamanı yakalamak ve zamanı aşmak yeni neslin en büyük gayesi olmalıdır.

Kaynaklar

1) Jim Lucas, Live Science Contributor, <https://www.livescience.com/48001-biomedical-engineering.html> (Erişim Tarihi: 12.12.2018).

2) The Medical Device Industry: Science, Technology, and Regulation in a Competitive Environment Norman F. Estrin CRC Press, Aug 31, 1990.

3) <http://engineering.case.edu/ebme/academics/graduate> (Erişim Tarihi: 12.12.2018).

4) Landoll JR and Caceres CA, Automation of Data Acquisition in Patient Testing, Proceedings of the IEEE, Vol. 57, No. 11, November 1969, 1941-1953.

5) Randers, J., 2052: A Global Forecast for the Next Forty Years.

6) Ruys, A. J., Alumina Ceramics: Biomedical and Clinical Applications.

7) Haojian Lu, Mei Zhang, Yuanyuan Yang, Qiang Huang, Toshio Fukuda, Zuankai Wang, Yajing Shen. A Bioinspired Multilegged Soft Millirobot That Functions in Both Dry and Wet Conditions, Nature Communications, 2018; 9 (1).

8) Lushuai Zhang, Wesley Viola, Trisha L. A., High Energy Density, Super-Deformable, Garment-Integrated Microsupercapacitors for Powering Wearable Electronics. ACS Applied Materials & Interfaces, 2018; 10 (43): 36834.

9) Sepehr Nesaei, Yang Song, Yijia Wang, Xiaofan Ruan, Dan Du, Arda Gozen, Yuehe Lin. Micro Additive Manufacturing of Glucose Biosensors: A Feasibility Study. Analytica Chimica Acta, 2018; 1043: 142.

10) Elektrik Mühendisliği Dergisi 2017 Ekim, Sayı-462, ss. 105-112.

Dr. Fahrettin Koca: Herkesin vaktinde, yerinde, hakkaniyetli ve kaliteli sağlık hizmetine erişebildiği bir Türkiye'yi hedefliyoruz

SD

Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca SD'ye özel açıklamalarda bulundu. 1 milyona ulaşan sağlık ordusu ile 80 milyonu aşkın vatandaşa hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunduklarını kaydeden Dr. Koca, tükettiğimiz her 100 kutu ilacın 80'inin ülkemizde üretildiğini, ancak bu rakamın değer bazında %54 seviyesinde kaldığını söyledi. Önümüzdeki 5 yılda ilaç, tıbbi cihaz, malzeme ve aşıda dışa bağımlılığı yarı yarıya azaltmayı hedeflediklerini belirten Koca, 1,5 milyarlık sağlık turizmini de 5 yılda 10 milyar dolara çıkartmak istediklerini söyledi. AK Parti Hükümetlerinin göreve başladığı 2003 yılında mevcut hastanelerimizin yaş ortalamasının 48 olduğunu ve toplam 107 bin yatağın sadece 7 bininin nitelikli durumda olduğunu kaydeden Dr. Koca, 'hastane şehirleri' diye tanımladığı şehir hastanelerinin de etkisi ile bugün hastane yaşımızın 13'e düştüğünü kaydetti.

Efendim, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçtiği 2003 yılından bu yana ülkemiz sağlıkta çok ciddi mesafe kat etti. İyi işleyen bir sistemi daha da geliştirmek için önümüzdeki süreçte sağlık vizyonunuz ne olacak, hedefleriniz neler?

Sağlık Bakanlığı olarak nihai vizyonumuz, tüm toplum olarak sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkının korunduğu, ihtiyaç halindeki herkesin vaktinde, yerinde ve kaliteli sağlık hizmetine kolayca erişebildiği bir Türkiye'ye

sahip olmak. Bunun kamu, üniversite ve özel sektör ayrımı yapılmaksızın, tüm ülke kaynaklarının seferber edildiği, riskli grupları öncelikle toplumun en ücra köşesine ulaşabilen, tüm toplumu sağlıklı olmaya teşvik eden, verimli, hakkaniyetli, sürdürülebilir, vatandaşımızın alışkanlıkları, inançları ve beklentilerine saygı göstererek onların ihtiyaçlarını karşılayan bir sağlık sistemine sahip olarak başarılabileceğine inanıyorum. Bugün ihtiyaç duyduğumuz sağlık personeli değil, geleceğin sağlık teknolojilerini ustalıkla kullanabilecek "sağlık profesyonellerini" yetiştirmeliyiz. Meslek eğitiminde hedefimiz sadece kontenjan değil, kaliteli eğitim olacak. Sağlıklı bir gelecek için tütün, alkol, madde ve teknoloji dahil her türlü bağımlılığı ve kötüye kullanımı da engelleyeceğiz. İnsan gücü, süreç ve teknoloji verimliliğini ölçülebilir ve kıyaslanabilir hale getirerek performans yönetimi ile ilişkilendirilmiş bir hizmet modelini ortaya koyacağız. Anne-bebek ölümü, bağışıklama ve kronik hastalık yükü dahil tüm temel sağlık göstergelerinde en üst düzeye ulaşmak hedefimiz. Türkiye'nin sağlık turizmi üssü haline getirmek, sağlıkta dijitalleşmeyi hızlandırmak, aşı, ilaç ve tıbbi cihaz teknolojilerini de olabildiğince yerelleştirmek gelecek hedeflerimiz arasında. Öte yandan sağlığı sadece bu alanda görevli profesyonellerin sorumluluğu olmaktan çıkarıp toplum hayatına etkili olan tüm yapı ve sektörlerin gündemine sokarak, "çok sektörlü sağlık sorumluluğu" bilincini geliştireceğiz. Toplumun yapı taşları olan bireylerin ve

sivil grupların sadece sağlık hizmeti tüketicileri olmaları değil, "sağlık avukatlığı" yapma bilincine ulaşmalarını sağlamak, sağlıklı bir toplum yaratmanın ön şartıdır. Bu sayede toplumun tamamınca sevk edilen bir sağlık yönetim modeli temin edilebilir.

Artısı ve eksisiyle ülkemiz sağlık sisteminin bir röntgenini çekebilir misiniz?

Bir taraftan artan nüfusu ile dinamik bir yapı gösteren ülkemiz, diğer taraftan uzayan yaşam süresi ile birlikte hızla yaşlanan bir nüfusa sahip. Bu bağlamda özellikle yaşla birlikte ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle ayakta ve yataklı hasta hizmeti arzında da artışa ihtiyaç duyuluyor. Bir taraftan temel sağlık göstergelerimizde iyileşme sağlarken, diğer taraftan hastaya zamanında ulaşılması, yerinde müdahale, ihtiyaç duyulan yatak sayısının ve niteliklerinin artırılması, cihaz parkının genişletilmesi, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması en temel görevlerimiz. Son yıllardaki çalışmalarla ülkemizde sağlık hizmetine erişemeyen vatandaşımız kalmadığı gibi, yapılan yenilik ve uygulamalar tüm ülkeler tarafından ilgiyle izleniyor. Bakanlığımız bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da insanı temel alan bir sağlık politikası izlemeye devam edecek. Amacımız tüm vatandaşlarımıza sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulmak. Bakanlığımız sağlık hizmetleri ve hizmet birimlerinin sayısını arttırmanın yanında nitelikli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine de önem

vermekte. Bu hizmetleri şu anda 894 hastane, 7950 aile sağlığı merkezi, 2700'e yakın 112 acil sağlık istasyonu ve önemli bir eksiği tamamladığına inandığımız 171 toplum ruh sağlığı merkezi ile sunmaktayız. Bakanlığımızın gelecek vizyonu doğrultusunda şehir hastanesi-üniversite iş birliği ile oluşturulacak mükemmeliyet merkezleri, kaliteli ve özelliikli sağlık hizmetleri ile ülkemizi uluslararası sağlık turizminin ve sağlık eğitiminin önemli markaları arasına sokmak istiyoruz. Sağlıkta insan kaynağımız hızla artıyor. Bu alandaki eksiklerimizi gidermek için çalışmaktayız. Sayısı artan sağlık eğitim kurumları aracılığıyla bir taraftan sağlık insan gücü ihtiyacını karşılarırken diğer taraftan Millî Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu ile iş birliği yaparak sağlık eğitiminin kalitesini yükseltmeye çalışıyoruz. Bir milyonu bulan sağlık personeli ile 80 milyonu aşkın insanımıza hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktayız. Bu artış eğilimine rağmen hâlâ uluslararası kıyaslamalarda hekim sayısı açısından oldukça gerideyiz. İstatistikler hekim ihtiyacımızın daha uzun süre devam edeceğini gösteriyor. Hekim sayımızı OECD ülkeleri ile karşılaştırdığımızda nüfus başına düşen hekim sayısının düşük olduğu dikkat çekmektedir. 100 bin kişiye 351 hekimin düştüğü OECD ortalamasına karşı ülkemizde 186 hekim düşmektedir. Yine OECD ülkelerinde ortalama 100 bin kişiye 1.025 ebe ve hemşire düşerken, ülkemizde ancak son yıllarda 272'ye ulaşılmıştır.

Sayın Bakanım, Türkiye birkaç alanda yerleşmek, millileşmek ve bağımsızlaşmak için büyük çaba harcıyor. Savunma sanayii başta olmak üzere sonuçlarını da almaya başladı. Peki sağlık alanında dışa bağımlılığı azaltmak için ne gibi çalışmalarınız var? Sağlıkta millileşmede ne aşamadayız?

İlaçta yüzde 54, tıbbi cihazda yüzde 82 civarında, tıbbi malzemede yüzde 80 ve aşıda yüzde 100'e yakın bağımlılığımız söz konusu. Önümüzdeki 5 yıllık süreçte bunu yarı yarıya azaltmayı hedefliyoruz. Hükümet olarak ilaçta, aşıda, tıbbi cihaz ve sarf malzemesinde yerli üretimi fazlasıyla önemsiyor ve destekliyoruz. Hedefimiz, stratejik önemdeki bütün ilaç ve aşıların ülkemizde üretilmesi. Gerekli teşvikleri her koşulda sağlamak istiyoruz. Bu süreçte özellikle ilaç, tıbbi cihaz ve aşıda toplamda 12 milyar dolara yakın bir



dışa bağımlılığımız söz konusu. Bu dışa bağımlılığı önümüzdeki beş yıllık süreçte en az yarı yarıya azaltmayı hedefliyoruz. Bunun için doğrusu yapmak istediğimiz şöyle bir yaklaşım: Bizim TÜSEB yani Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı gibi bir yapımız var. Özellikle bu yapı üzerinden teknoloji transferi ve AR-GE'yi önemli kılıp ürün odaklı, ürün hedefli fonlama yapmak istiyoruz. Burada yer yer stratejik gördüğümüz ürünlerde, altın hisse dahil olmak üzere iş birliklerini de çeşitlendirmek istiyoruz. Erken dönemde, özellikle görüntüleme başladığımız bir ihale süreci var; MR, tomografi, dijital röntgen, ultrason ve monitör. Bu, 2 milyar dolarlık bir paket. Bununla ilgili görüştüğümüz, iletişimde olduğumuz önemli firmalar var. Önümüzdeki üç-dört ay içinde bunun şekilleneceğini düşünüyorum. Bunu ilaçta da malzemede de yapmak istiyoruz. Özellikle hepatit aşısından başlamak üzere aşıda da yerleştirme hedefimiz söz konusu.

“Hekim sayımızı OECD ülkeleri ile karşılaştırdığımızda nüfus başına düşen hekim sayısının düşük olduğu dikkat çekmekte. 100 bin kişiye 351 hekimin düştüğü OECD ortalamasına karşı ülkemizde 186 hekim düşüyor. Yine OECD ülkelerinde ortalama 100 bin kişiye 1.025 ebe ve hemşire düşerken, ülkemizde ancak son yıllarda 272'ye ulaşıldı.”

“100 kutu ilacın 80’ini ülkemizde üretiyoruz”

Ne kadar ilaç yerelleşme kapsamına alındı?

İlaçta yerelleşme çalışmalarımıza başlarken üç temel hedefimiz vardı: İthalatı azaltarak cari açığı düşürmek, ilaç sanayimizin kapasite kullanım oranını geliştirmek ve buna bağlı olarak nitelikli iş gücü istihdamını arttırmak. Bugün tükettiğimiz her 100 kutu ilacın 80’ini ülkemizde üretiyor hâle geldik. Ancak bu rakam değer bazında %54 seviyesinde kaldı. Bu da katma değeri daha yüksek ürünleri yerelleştirmemiz gerekliliğinin bir göstergesi. Sanayimizin kapasite kullanım oranı %65’lerden %75’lere çıktı. İstihdamda da 35 binler seviyesini yakaladık. Burada yakaladığımız ivme ile daha fazla sayıda yüksek katma değerli ürün üretme ve bu ürünleri dünya pazarlarına ihraç etme hedefimize ulaşacağız. 609 ilacımızı yerelleşme kapsamına aldık. Bunların da maliyeti yaklaşık üç milyar kadar. Plazma ürünleriyle ilgili zaten bir projemiz başladı. Bir diğer konu, bazı kitleri de yerleştirmek istiyoruz. Mesela, hepimizin bildiği SMA. SMA ile ilgili tanı kitini yerleştirerek bundan sonraki süreçte o anlamda maliyetleri daha da aşağıya çeken bir yaklaşımımız olacak.

Yerli aşı konusunda bir çalışmamız var mı?

Ülkemizde 13 antijen ile hastalıklara karşı aşılama yapılıyor. Nüfus büyük, dolayısıyla aşı ihtiyacımız da büyük. Bu alanda hemen yerleşmemiz lazım. Aşıda ilk olarak yüzde 100 dışa bağımlı olduğumuz Hepatit-A aşısıyla başlıyoruz. Bu projenin kamu maliyesine katkısı 860 milyon lira olacak. 100 milyon doların üzerinde de ihracat bekliyoruz. Yerli difteri-tetanos aşısı da ruhsat almak üzere.

Efendim, sağlık çalışanlarına şiddete verilen cezaları da artıran yasa teklifi geçtiğimiz dönemde TBMM’de kabul edildi. Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik ne gibi adımlar atıldı, atılacak?

Sağlıkta şiddete hiçbir şekilde tahammülümüz yok. Kutsal bildiğimiz sağlık hizmetini yaparken fedakârca davranan, çalışan, gece gündüz demeden üzerine düşeni yapmaya gayret eden sağlık çalışanına şiddet asla kabul edilemez. Bununla ilgili yer yer uygulamada da sorunlar oluyordu. Bu süreçte yoğun çalışmalarımız ve görüşmelerimiz oldu. Mecliste kabul edilerek yasalaşan kanun,

bugüne kadar sorun olan pek çok soruyu çözebilecek çapta. Sağlıkta şiddetin önlenabilir, vuku bulduysa da şikâyet bile gerekmezsiniz kolluk kuvvetlerince sorumlularının derhal yakalanabilir ve yargı eliyle cezalandırılabilir olmasını istiyoruz. Yakalanmanın bir kamu davası gibi görülmesini önemsiyoruz. Yakalanmayla birlikte karakoldan serbest bırakılma değil, savcılık ve başsavcılığa kadar dosyanın tekemmül etmesini önemsiyoruz. Dolayısıyla serbest bırakılabilirliği başsavcılık dosya tekemmülüyle mümkün olabilir olsun diye düşünüyoruz. Darp edilen sağlık personelinin ifadesinin karakolda değil, çalıştığı iş yerinde alınmasını da önemsiyoruz. Ayrıca cezaların uygulanmadığını, ötelendiğini, paraya çevrildiğini görüyoruz. Bununla ilgili de Adalet Bakanlığıyla ve yetkililerle yoğun görüşmelerimiz oldu. Ceza Kanunu’nda sadece sağlık çalışanlarına yönelik değil bütün şiddet gören, hırsızlık, gasp ve benzeri dahil olmak üzere herkesi ilgilendiren genel bir düzenlemeyle ilgili çalışma başlatıldı. Ben bunun da Meclis’teki grubu bulunan partilerle görüşülerek Meclis’in iradesiyle çok uzamadan önümüzdeki aylarda gündeme geleceğini düşünüyorum. Vatandaşlarımızın ve sağlık çalışanlarının karşılıklı itimat ve saygıya dayalı, iletişimin sağlıklı kurulabildiği ortamlarda bir araya gelmesini hedefliyoruz. Kapsamlı bir sağlıkta şiddeti önleme eylem planı hazırlıyoruz. Bu kapsamda, hasta ve sağlık personelinin bulunduğu fiziksel ortamların rehabilitasyonu, sağlık personelinde yorgunluk ve bitkinliğe yol açan aşırı iş yükünün azaltılması, doktorlarımızın malpraktis ve tazminat tehdidinden kurtarılması, vatandaşlarımızın sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık hizmeti verme ve hizmet alma kültürünün toplumsal barış anlayışıyla geliştirilmesi, hasta-hekim iletişimini geliştirici eylemlerin hayata geçirilmesi ve nihayet caydırıcı cezai yaptırımların uygulanması gerekmektedir.

“Sağlık turizmi gelirimizi 10 milyar dolara çıkartacağız”

Sağlık Bakanlığının verilerine göre dünyadaki sağlık turizmi harcamaları yaklaşık 500 milyar dolar seviyesinde. Bu rakamın 2023 yılında 1 trilyon dolara ulaşacağı tahmin ediliyor. Türkiye sağlık turizm gelirleri bakımında bunun neresinde? Sağlık turizminde geleneksel nokta ve hedefler neler?

Yeni dönemde özellikle özel hastaneler, özel sağlık kuruluşları, üniversiteler ve şehir hastaneleriyle bunun farklı bir ivme kazanacağını düşünüyoruz. Biz bununla ilgili devlet gücüyle güçlü tanıtımlar, Sağlık Bakanlarının yoğun katılımıyla şekillenen büyük, dev fuarlar da gerçekleştirmek istiyoruz. Şu an sağlık turizminde geldiğimiz noktada yıllık 1,5 milyar doları geçmeyen bir turizm gelirinden bahsediyoruz. Ama önümüzdeki dönemde bunu beş kat artıracığımızı düşünüyoruz. Bu süreçte görüştüğümüz birçok ülke oldu. Ben, önümüzdeki beş-altı yıllık süreçte 10 milyar doları çok rahat bulabileceğini düşünüyorum. Ülkemiz sağlık turizmi açısından pek çok avantaja sahip. Dört saatlik uçuş mesafesinde 57 ülke ve 1,5 milyar nüfus bulunuyor. Uygun fiyata kaliteli sağlık hizmeti veriyoruz. Yeni teknolojilerin tamamına sahibiz ve yetişmiş sağlık profesyonellerimiz var. Hastaların bekleme süresi Avrupa ülkelerine göre çok kısa. Sağlık turizmi öte yandan cari açığı da sağlıktaki ekosistemi de ciddi anlamda etkileyebilecek bir unsur. Sağlık turizmi vasıtası ile ülkemize katma değer katılacak, yapılan yatırımların geri dönüşü hızlanacaktır. Sağlık sistemimizdeki hızlı gelişim Türkiye’ye dünyada hızla sağlık turizmi odağı haline gelme potansiyeli sunmaktadır. Bu potansiyelin uygun şekilde değerlendirilmesi üniversitemize hızla “sağlık meslekleri eğitim turizmi” şansı verecektir. Bu sayede çeşitli ülkelere gelecek sağlık profesyonellerine sağlık bilimlerinde eğitim verilerek hem sağlık diploması adına çok önemli bir kazanç hem de yine ülkemiz adına bir kazanç imkânı sağlanmış olacaktır. Ayrıca sağlık turizmi açısından büyük öneme sahip termal kaynaklara sahibiz. Bu kaynaklarla birlikte fizik tedavi ve rehabilitasyon ve yaşlı bakım hizmetleri konusunda dünyada önemli bir konuma geleceğimizi düşünüyoruz. Bu amaçla gerekli mevzuat ve bilişim altyapılarını geliştiriyoruz. Sağlık turizmi alanında tesislerimizi yetkilendirmeye devam ediyoruz. 500 sağlık tesisi sağlık turizmi yetki belgesi aldı. Sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında sunulan sağlık hizmetleri fiyat tarifesini oluşturduk. Kültür ve Turizm Bakanlığı ile Ticaret Bakanlığı tarafından sağlık turizmi yetki belgesi alan sağlık tesisleri ve aracı kuruluşlara teşvik verilmesi sağlandı. Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi’nin (USHAŞ) kuruluş çalışmalarına başladık. Hedef ülkelere ofisler açarak sağlık açısından ülkemizin tanıtımını üstlenip



ülkemize hasta transferini kolaylaştırıcı tüm önlemleri alacağız. Diğer ülkelerin sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta şirketleri ile yapılacak sözleşmelerle sağlık turizmini destekleyeceğiz. Altı dilde 7/24 hizmet veren Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezi (UHDB) açtık. Sağlık turizminde 2023 yılı hedeflerimiz 1,5 milyon sağlık turistine ülkemizde sağlık hizmeti sunmak, 10 milyar dolar medikal turizm geliri elde etmek, sağlık turizminde dünyada ilk sıralarda yer almak ve sağlık turizmi alanında ülkemizi marka haline getirmektir.

Bir süredir bazı basın-yayın organlarında kurdaki artış nedeniyle piyasada bazı ilaçların bulunamadığına dair haberler yer alıyor. Bu konuyla ilgili değerlendirmelerinizi alabilir miyiz?

Dövizdeki kur artışının sağlık harcamalarında kısıntıya gidilmesine yol açtığı iddiası gerçeği yansıtmamaktadır. Keza döviz kurundaki yükseliş ilaç fiyatlarına yansıtılmamıştır. Piyasada bulunması kritik önemde olan ve tedavi alternatifi ya da eşdeğeri olmayan bir ürünün sadece

fiyatı nedeniyle piyasada bulunmamasına asla müsaade etmeyiz. Ülkemizde bulunan ithal ilaçların çoğunun muadili ise piyasada mevcut. Sağlıkta tasarruf olmaz, tasarruf nedeniyle sağlık hizmetlerinde herhangi bir kesintiye müsamaha gösterilemez. Ancak mevcut ekonomik şartlar içerisinde, israf kalemlerinin engellenmesi noktasında kurumlarımızın birtakım tedbirler alabilmekte. Piyasada bütün ilaçların bulunması konusunda saha ekiplerimiz her zaman olduğu gibi denetimlerini sürdürüyor. İlaç fiyatları her yıl bir kez hesaplanmakta, yıl içindeki döviz kurundaki dalgalanmalar ilaç fiyatlarını etkilememekte ancak biz Sağlık Bakanlığı olarak bu artışın hizmetlerimize yansımaması adına azami gayret göstermekteyiz. Hem ilaçta hem de tıbbi cihazda ürün tedarikini ve piyasa verilerini sıkı şekilde takip ediyoruz. Kur artışlarından veya dalgalanmalarından vatandaşımızın etkilenmemesi için her türlü tedbiri alıyoruz.

Bilhassa SMA hastalarının ilaç teminine ilişkin medyada bazı haberler çıktı...

İlaç Amerika'da Aralık 2016'dan sonra Tıp 1 için gündeme geldi ancak Tıp 2 ve

“Bugün tükettiğimiz her 100 kutu ilacın 80’ini ülkemizde üretiyor hâle geldik. Ancak bu rakam değer bazında %54 seviyesinde. Tıbbi cihazda yüzde 82, tıbbi malzemede yüzde 80, aşıda yüzde 100’e yakın bağımlılığımız söz konusu. Önümüzdeki 5 yıllık süreçte bunları yarı yarıya azaltmayı hedefliyoruz.”

“Sağlık turizminden yıllık 1,5 milyar dolar gelir elde ediyoruz, bunu 10 milyar dolara çıkartacağız. Ülkemiz sağlık turizmi açısından pek çok avantaja sahip. Dört saatlik uçuş mesafesinde 57 ülke ve 1,5 milyar nüfus bulunuyor. Uygun fiyata kaliteli sağlık hizmeti veriyoruz. Yeni teknolojilerin tamamına sahibiz ve yetişmiş sağlık profesyonellerimiz var. Hastaların bekleme süresi Avrupa ülkelerine göre çok kısa.”

Tip 3 hastaları için gündeme gelmedi. SMA Tip 2 ve Tip 3 hastalarına yönelik ilaçların klinik çalışmaları ise bu yıl mart sonu itibarıyla tamamlandı. Bu ilaç yıllardır piyasada var. Türkiye bu ilacı geri ödemiyor değil. Hastalar değerlendirildi ve uygun görülen, ‘İlacı verilebilir’ denilen hastalar olmaya başladı. Uygun görülen hastaların ilaca erişiminin önü açıldı. Müracaat edenler onaylanmaya devam ediyor. Tip 1 SMA hastalarının ilaçları nasıl veriliyorsa, Tip 2 ve Tip 3 hastalarının ilaçları da aynı şekilde alınmaya devam ediyor olacak. İlaça erişimde bu anlamda sorun yok. SMA Tip 2 tanılı 127, SMA Tip 3 tanılı 41 hasta olmak üzere 168 hasta için ilaç başvurusu yapıldı. SMA hastalarımız tedirgin olmasınlar, rahat olsunlar. İlaça erişimde asla bir sorun olmayacak. Hepimizin fırsatçılık noktasındaki yaklaşımlara nasıl cevap vermemiz gerektiğini de düşünmemiz gerekiyor.

Sn. Bakanım, devlet hastanelerinde tıbbi ürünler olmadığı için tedavilerin aksadığı iddiaları da var...

Tıbbi malzeme alınmaması sebebiyle hastanelerde ameliyatların durduğuna dair asılsız iddialar halen dile getiriliyor. Hiçbir devlet hastanesinde bu sebeple herhangi bir aksama yaşanmamıştır. Bütçe yönetimi ayrı olan ve temin süreçlerini kendileri yöneten üniversite hastanelerinde ise, kur dalgalanması nedeniyle ürün temininde gecikmeler

yaşandığı konusunda iddialar üzerine hastane yönetimlerine her türlü desteğin verileceği ifade edildi. Üniversite hastaneleri hizmetlerini kendi bütçelerinden karşılıyor. Sağlık Bakanlığı olarak biz müdahil olamıyoruz. Sadece Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ilaç ve malzeme için ihale yapar, SGK da fiyat belirler. Biz piyasadaki duruma göre hareket ederiz. Bakanlık olarak gerekirse aradaki açığı bütçemizden karşılarız. Hastaları mağdur etmeyiz, edilmesine de müsaade etmeyiz. Üniversitelerde yer yer sorun yaşandığı için bu yöntemi uygulayabilirler. Biz ilgili üniversitelerle görüştük. Bakanlık olarak devredebiz. Mağduriyet söz konusu olamaz. Biz kimi zaman firmalarla görüşerek ciddi indirimler sağlıyoruz. Tabi piyasada bu işi istismar etmek isteyenler de olabilir.

‘Hastane şehirleri’ ile bina yaşıma 48’den 13’e düştü

Şehir hastaneleri projesinde son durum nedir? Kamuoyunda da sıkça dile getirilen kamu-özel iş birliği tam olarak neleri kapsıyor?

Sağlıkta Dönüşüm Programının başladığı 2003 yılında mevcut hastanelerimizin yaş ortalaması 48’di ve birçoğu deprem güvenliği ve fonksiyonel açıdan çok kötü durumdaydı. Toplam 107 bin yatağın sadece 7 bini nitelikliydi. Çağdaş bir sağlık hizmeti verebilmek için 100 bin civarında yatağın yenilenme ihtiyacı yanında, artan nüfus nedeniyle yeni



tesislere ve en az 50 bin ilave yatağa ihtiyaç vardı. Günün ekonomik imkanları çerçevesinde yapılan planlamada, bir kısım hastaneler klasik ihale yöntemiyle planlanırken, özellikle büyük yapıların kamu-özel iş birliği modeliyle yapılması programlandı. Mevcut kaynaklarla ve kısa sürede sonuç alacak şekilde 150 bin yatak üretmenin finansal olarak mümkün olmayacağı, bu sebeple dış finansman kullanılması gereği değerlendirildi. Kamu-özel iş birliği modeliyle hastane inşası çok kısalmış olmanın yanında, modelin özel sektörün işletme dinamiğinin kamuya kazandırılması, uzun süreli tüm bakım ve onarım maliyetleri ile idame risklerinin özel sektöre ait olmasının verdiği avantajlar öne çıkmakta. Hastane faaliyete geçinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyetin üstlenilmemesi, klasik yöntemle kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin üç yılın altına düşürülmesi ve yatırım yükünün uzun yıllara yayılması gibi husus birçok ülkenin de dikkatini üzerimize çekmiştir. Nitekim Macaristan, Romanya, Ukrayna gibi Avrupa ülkeleri yanında Kazakistan, Pakistan gibi birçok ülke bizim kamu-özel iş birliği modelimizi kendi ülkelerinde uygulamayı hatta Türk firmalar tarafından üstlenilmesini talep etmektedir. Son 15 yılda inşa ettiğimiz hastanelerle birlikte ortalama hastane yaşımız 13'e düşmüş durumda. Kamu-özel iş birliği projelerinin %65'i yenileme, %35'i de tamamen yeni yatak olacak şekilde tasarlanmıştır. Bu yüzden bazı bölgelerimizde yeni ihtiyaçlar karşılanırken, eski hastanelerimizin bir kısmı ihtiyaca göre renove edilerek özelleşmiş sağlık hizmetlerine ayrılmakta, bir kısmı ise kullanım dışı kalarak arazilerin tahsisi iptal edilip hazineye devredilmektedir. Şu ana kadar faaliyete geçirdiğimiz Şehir hastanelerimiz hastalarımız yanında çalışan memnuniyetini de yükselterek hizmet vermektedir. Şehir hastaneleri, sadece bir hastane değil, alanında özelleşmiş çok sayıda hastanenin bir arada olduğu bir 'hastane şehri'dir. Amacımız, bu hastanelere başvuran hastaların, sağlıkla ilgili sorunlarının tamamını bir merkezde sonuçlandırmasıdır. Vatandaşlarımızın sağlık amaçlı seyahatlerini asgari seviyede tutmak istiyoruz. Nitelikli insan kaynağına alt yapısı güçlü modern tesislerde görev yapma fırsatının verilmesi, bu esnada belli teşvik modelleri ile desteklenmesi, ileri eğitim ve beceri gerektiren özelleşmiş tıbbi hizmetlerin başarıyla verildiği mükemmeliyet merkezleri kurmamızı



kolaylaştıracaktır. Şehir hastaneleri ile sadece geleceğin hastanelerini inşa etmekle kalmıyor, aynı zamanda buralarda planladığımız mükemmeliyet merkezleri ile birlikte ülkemize katma değer üretmeyi hedefliyoruz. Daha önce de ifade ettiğim gibi, üniversitelerimiz ile iş birliği içinde Türkiye'yi sağlık turizminde önemli bir marka haline getirmek hedefinin en önemli yapı taşlarından biri de şehir hastaneleri olacaktır. Toplam 32 tane planladığımız hastanemiz var. Eskişehir ve Manisa'nın yanı sıra Bilkent Şehir Hastanemiz de yakın zamanda hasta kabul etmeye başlayacak. Bilkent Şehir Hastanesi 3 bin 800 yatak kapasitesi ile dünyanın en büyük üçüncü sağlık kompleksi. Fiziki şartları konforu ve alt yapısıyla vizyoner bir projemiz. Vatandaşlarımız bu hastanelerde de ücret ödemedi sağlık hizmeti alacak.

Efendim son olarak şunu sormak istiyoruz: TBMM Sağlık Komisyonu'nda, torba paketin görüşmeleri sırasında muhalefet milletvekilleri, şehir hastanelerinde şirketlere yüzde 70 oranında 'hasta garantisi' verildiği iddiasında bulundu. Şehir hastanelerine garanti hasta sayısı verildiği iddiaları doğru mu?

Böyle bir şey söz konusu değil. Ne acil hizmetlerde ne poliklinik muayenelerinde ne hasta sayısında ne yatan hastada ne de ameliyatta herhangi bir garanti asla söz konusu değildir. Ayrıca yatak doluluk oranı ile de herhangi bir garanti söz konusu değildir. Bu anlamda birtakım hizmetlerde garanti söz konusu. Görüntüleme, laboratuvar gibi bu hizmetlerin doluluk oranı şu an kamuda yüzde 80

“2003 yılında mevcut hastanelerimizin yaş ortalaması 48'di. Toplam 107 bin yatağın sadece 7 bini nitelikliydi. 100 bin civarında yatağın yenilenme ihtiyacı yanında, artan nüfus nedeniyle yeni tesislere ve en az 50 bin ilave yatağa ihtiyaç vardı. Bugün geldiğimiz noktada inşa ettiğimiz hastanelerle birlikte ortalama hastane yaşımız 13'e düşmüş durumda.”

oranında. Burada özellikle görüntüleme, laboratuvarındaki yüzde 70 garanti durumu bizim daha fazla indirim sağlamak üzere olan bir garanti durumu. Görüntüleme ve laboratuvarı hizmet ağırlıklı olmak üzere kamu hastanelerinde ve üniversite hastanelerimizde yapılıyor. Hiçbir kamu veya üniversite hastanesinde asla bu indirim söz konusu değildir. Şehir hastanelerinde bizim “kullanım bedeli” dediğimiz sabit bir bedel artan bir bedel bunun dışındaki görüntüleme gibi hizmete dayalı olan zorunlu bir ödeme söz konusu değildir. Şehir hastaneleri sadece kirasını vermekle sorumludur. Ne Hazine ve Maliye Bakanlığı ne de Sağlık Bakanlığı, kamu özel iş birliği sözleşmelerine yönelik bugüne kadar hiçbir borç üstlenim anlaşması imzalamamıştır.

Sağlık politikalarında temel aktör kim (olmalı)?

Doç. Dr. Harun Kırılmaz



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalında doktorasını tamamladı. 2018 yılında Kamu Yönetimi alanında doçent unvanı aldı. 2001-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda çeşitli kademelerde görev yaptı. 2012 yılında bu yana Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Kamu yönetiminde hizmet programlarının yapılmasını ve bu programların uygulanmasını ve değerlendirmeler sonucunda çıkarılacak derslerle yeniden oluşturulmasını kapsayan bir kavram olarak ifade edebileceğimiz kamu politikası, hükümetlerin ve/veya kamu kurumlarının yapmayı ya da yapmamayı tercih ettiği şeyleri ifade etmektedir. Kamu politikaları sosyal, ekonomik, siyasi ve idari yapıyla doğrudan ilişkili olmakla birlikte toplumu ilgilendiren her konuyu kapsamı açısından son derece geniş bir perspektife de sahiptir. Talep ve çıktılar boyutunda toplumun genelini ilgilendirmesi açısından kamu politikaları arasında sağlık politikaların ayrı bir yeri ve önemi olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda sağlık politikası, sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm uygulamaları içermekte, sağlık hizmeti sunumunda rol alan tarafların eylemlerini kapsamakta ve sağlık üzerinde etkisi olan çevresel ve sosyo-ekonomik faktörlerin üzerinde durmaktadır.

Kamu politikalarıyla ilgili olarak siyasi partiler, sivil toplum kuruluşları, medya ve seçmenlerin politika yapıcılarını etkileme ve pazarlık yapma çabaları ile seçilmiş (politikacılar) ve atanmışların (bürokratlar) devlet içinde gerçekleştirdikleri faaliyetleri kapsayan kamu politikalarında resmî ve gayri resmî aktörlerin yanı sıra, küreselleşmenin etkileriyle birlikte uluslararası aktörlerin de söz sahibi olduğu görülmektedir. Kuşkusuz bir ülkenin

kamu politikalarında rol alan aktörler, o ülkenin siyasi sistemi ve kültürü ile idari sistemi ve kültürü başta olmak üzere pek çok faktöre göre değişim sergilemektedir. Bu çerçevede ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte genel olarak parlamento, hükümet ve sağlık bürokrasisinin sağlık politikalarında temel aktörler olarak öne çıktığını söylemek mümkündür. Söz konusu aktörler arasında sağlık politikalarında temel aktörün kim olacağı sorusunun cevabı ise kuşkusuz siyasi sistem ve kültür ile idari sistem ve kültür değişkenine göre ortaya çıkmaktadır.

Buradan hareketle Osmanlı döneminde 1876 yılında Kanun-i Esasi'nin yürürlüğe girmesi ile başlayan anayasal sistemin 1921'de Teşkilat-ı Esasiyenin kabul edilmesi ve akabinde, Cumhuriyet döneminde 1924, 1961 ve 1982 Anayasaları ile devam etmesiyle ortaya çıkan siyasi ve idari sistemde sağlık politikalarında yasa koyucu rolüyle parlamentonun, sağlık politikası belirleme ve uygulama rolüyle yürütmenin (Cumhurbaşkanı ve Bakanlar Kurulu) ve Sağlık Bakanlığının temel aktörler olduklarını söylemek mümkündür. Bununla birlikte, 16 Nisan 2017 tarihinde gerçekleştirilen Anayasa Referandumu neticesinde ortaya çıkan anayasal düzen ve siyasi sistem, 24 Haziran 2018 seçimleri sonrasında işlerlik kazanmış ve Parlamento Sistemden Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçilmiştir. Şüphesiz bu değişiklik siyasi ve idari sistemde hemen her alanda olduğu gibi sağlık politikaları konusunda da önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir.

Parlamentar sistemde sağlık politikalarında temel aktör olarak Cumhurbaşkanı ve Bakanlar Kurulu ile Sağlık Bakanlığı ön plana çıkarken Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde Sağlık Bakanlığının uygulama rolünün ağırlık kazandığı ve sağlık politikalarında Cumhurbaşkanının temel aktör konumunda yer aldığı görülmektedir. Bununla birlikte Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin işleyişine ilişkin çerçeve düzenleme olan ve 10 Temmuz 2018 tarihli Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Türkiye'nin siyasi ve idari sistemine dâhil olan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun da sağlık politikalarında önemli bir aktör olması beklenmektedir. Diğer taraftan, Sağlık Bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında yasal düzenlemeleri ortaya koyan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere oluşturulan, ancak 2 Temmuz 2018 tarih ve 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile mülga olan Sağlık Politikaları Kurulu tecrübesini de göz önünde bulundurmakta fayda vardır.

Bu çerçevede sağlık politikalarında temel aktör olma boyutunda 2011-2018 yılları arasında yürürlükte olan Sağlık Politikaları Kurulu ile 10 Temmuz 2018 tarihinde Türkiye'nin siyasi ve idari sistemine giren, 9 Ekim 2018 tarih ve 2018/196 sayılı Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları Üyeliklerine Yapılan Atamalar Hakkında Karar ile üyeleri atanan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu görev ve yetkileri boyutunda karşılaştırmalı perspektifte

analiz edilebilir. Ayrıca bu kapsamda Türkiye'de farklı bakanlıklarda kamu politikası aktörü olarak yer alan benzer yapıların bulunduğu ve dünyada sağlık politikalarında rol alan benzer kurulların var olduğuna değinilebilir.

Sağlık Politikaları Kurulu

2011–2018 yılları arasında yürürlükte olan Sağlık Politikaları Kurulu, 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"nin altıncı maddesinde düzenlenmiştir. Söz konusu 663 sayılı KHK'dan önce, 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"de, Bakanlığın merkez teşkilatının ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana geldiği ifade edilmiş, sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere bir kurul veya birim oluşturulmamıştır.

181 sayılı KHK incelendiğinde, Sağlık Bakanlığında politika belirleme görevinin sadece bakana verildiği, bakan dışında herhangi bir yetkili kişi veya organın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili görev üstlenmediği görülmektedir. 181 sayılı KHK'da Müsteşarın "Bakanlık hizmetlerini bakan adına ve bakanın direktif ve emirleri yönünde, bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenleme ve yürütmekle" görevli olduğu ve ana hizmet birimlerinin alanlarıyla ilgili politika belirleme görev ve yetkisini haiz olmadığı düşünüldüğünde, 663 sayılı KHK ile hayata geçirilen "Sağlık Politikaları Kurulu"nın önemli bir rol üstlendiğini söylemek mümkündür.

663 sayılı KHK'da Sağlık Politikaları Kurulunun, bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen 11 üye ile müsteşar ve müsteşar yardımcılarının meydana geldiği ifade edilmiştir. Bu durumda Sağlık Politikaları Kurulu 17 üyeden oluşmuştur. Müsteşar ve müsteşar yardımcılarını Sağlık Politikaları Kurulunun doğal üyeleri konumunda yer almıştır. Kurula müsteşar veya görevlendireceği yardımcılardan biri başkanlık etmiştir. Bakan tarafından görevlendirilen 11 üyenin görev süresi iki yıl ile sınırlandırılmış olmakla birlikte, süresi sona eren üyeler yeniden görevlendirilebilmiştir.

Sağlık Politikaları Kurulu belirli konularda görüşlerini almak üzere, üniversitelerden, STK'lardan, bağlı kuruluşlardan ve bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişileri davet edebilmektedir. Kurul bünyesinde bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabilmektedir. Danışma kurullarında ve komisyonlarda, bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilmektedir.

Müsteşar ve müsteşar yardımcılarının yanı sıra sağlık politikaları ile ilgili ana hizmet birimi yöneticilerinin yer almasının öngörüldüğü Sağlık Politikaları Kurulunda üniversitelerde sağlık politikaları alanında öne çıkan iki öğretim üyesinin görev alması planlanmıştır. Ayrıca sağlık politikaları ile ilgili meslek kuruluşları, sendikalar ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden bir kişinin ve özel sektörü temsilen de bir kişinin Sağlık Politikaları Kurulu üyesi olarak görevlendirilmesi tasarlanmıştır.

663 sayılı KHK'ya göre Sağlık Politikaları Kurulu'nun hiyerarşik yapıda müsteşar ve müsteşar yardımcılara bağlı olarak "Hizmet Birimleri" ve "Bağlı Kuruluşlar"la aynı düzeyde yer aldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığının 2011–2018 yılları arası teşkilat yapısına göre Sağlık Politikaları Kurulunun merkezi bir kurul olduğu ve Sağlık Bakanlığının idari yapısı içinde yer aldığı görülmektedir. 663 sayılı KHK incelendiğinde Hizmet Birimleri ve Bağlı Kuruluşların sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili doğrudan herhangi bir görev ve sorumluluk üstlenmedikleri görülmektedir. Bununla birlikte, bazı hizmet birimleri ve bağlı kuruluşlara dolaylı olarak sağlık politikası belirleme görevinin verildiği dikkat çekmektedir.

663 sayılı KHK'da dolaylı olarak sağlık politikası belirleme görevi verilen hizmet birimi / bağlı kuruluş ve üstlendikleri görevleri şu şekilde sıralayabiliriz:

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü: "Sağlık Politikası Kuruluna, politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirme sürecinde Genel Müdürlükten talep edilen bilgi, belgeleri sunmak. Politika oluşturma sürecinde sağlığın geliştirilmesine ilişkin öneri ve teklifler sunmak."

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü: "Sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak."

Strateji Geliştirme Başkanlığı: "Ulusal kalkınma strateji ve politikaları, yıllık program ve hükümet programı çerçevesinde bakanlığın orta ve uzun vadeli strateji ve politikalarını belirlemek, amaçlarını oluşturmak üzere gerekli çalışmaları yapmak."

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu: "Görev alanı ile ilgili faaliyetleri izlemek, değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, politika üretilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için bakanlığa teklifte bulunmak."

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: "Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması amacıyla bakanlığa teklifte bulunmak."

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, ana hizmet birimleri ve bağlı kuruluşların görev alanları göz önünde bulundurularak 663 sayılı KHK bütüncül bir bakış açısıyla incelendiğinde, sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerin Sağlık Politikaları Kurulu tarafından yerine getirileceği görülmüştür. Diğer taraftan Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu dolaylı olarak sağlık politikalarının belirlenmesinde rol oynaması beklenmiştir. 663 sayılı KHK'da belirtilmemekle birlikte Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün de dolaylı olarak sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alması gerektiği düşünülmüştür.

Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu

16 Nisan 2017 Anayasa değişikliğinden günümüze Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçiş sürecinde gerçekleştirilen düzenlemelerin, 24 Haziran 2018 seçimleri sonrasında daha netlik kazandığı, sistematik ve kurumsal bir

yapıya kavuştuğu görülmektedir. Bu doğrultuda yürürlüğe giren Kanun Hükmünde Kararnameler, Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ve Cumhurbaşkanlığı Kararları yeni sisteme ilişkin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır. Özellikle 700 ve 703 sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, 1 sayılı “Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi” ve 4 sayılı “Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi” Türkiye’nin yeni siyasi ve idari sistemini kurgulayan temel düzenlemeler olarak dikkatleri çekmektedir.

Söz konusu düzenlemeler Sağlık Bakanlığını ve dolayısıyla da sağlık politikalarını yakından ilgilendirmektedir. Bu düzenlemeler neticesinde Sağlık Bakanlığının kurumsal yapısında, görev ve yetkilerinde birtakım değişiklikler ortaya çıktığı gibi, sağlık politikaları alanında da radikal değişimler gündeme gelmiştir. Daha önce Sağlık Politikaları Kurulu ile sağlık politikalarında temel aktör olarak yürütme içinde Sağlık Bakanlığı ön plana çıkarken Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile birlikte Sağlık Bakanlığı’nın icracı rolünün ön plana alındığı ve Cumhurbaşkanı ile Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu’nun sağlık politikalarında temel aktör konumuna geldiği görülmektedir.

24 Haziran 2018 seçimleri sonrası ortaya çıkan yapıda Sağlık Bakanlığının daha sade ve az hiyerarşik kademeli bir teşkilat yapısına kavuştuğunu, müsteşar, müsteşar yardımcılığı ve genel müdür yardımcılığı makamları ile Sağlık Politikaları Kurulunun lağve edildiğini, Cumhurbaşkanı ile Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun belirlediği sağlık politikalarını hayata geçirme odaklı bir Sağlık Bakanlığının kurgulandığını söylemek mümkündür.

10 Temmuz 2018 tarih ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Cumhurbaşkanlığı Politika Kurullarının oluşumu, görev ve yetkilerine ilişkin genel çerçeve belirledikten sonra, Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun görev ve yetkilerini detaylı olarak sıralanmıştır. Buna göre cumhurbaşkanlığı bünyesinde dokuz politika kurulu oluşturulmuş

olup, bunlardan biri de Sağlık ve Gıda Politikaları Kuruludur. Politika kurullarının en az üç üyeden oluşacağı, kurul üyelerinin cumhurbaşkanınca atanacağı ve kurul üyelerinden birinin başkanvekili olarak görevlendirileceği hüküm altına alınmıştır. Bu doğrultuda 8 Ekim 2018 tarih ve 2018/196 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı ile cumhurbaşkanlığı politika kurulları üyeliklerine atamalar yapılmıştır. Söz konusu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinde yer alan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun görev yetkileri şunlardır:

- Sağlık sisteminin geliştirilmesi amacıyla politika önerileri geliştirmek, gıda sağlığı ve güvenliği konusunda araştırmalar yapmak, risk analizi yaparak gıda sağlığının korunması için politika önerileri geliştirmek.
- Bitkisel ve hayvansal ürün arzının, ürün kalitesinin artırılmasına yönelik politika önerileri geliştirmek.
- Su kaynaklarının etkin kullanılması, su israfının önlenmesine yönelik araştırmalar yaparak politika önerilerinde bulunmak.
- Sağlık ve gıdayla ilgili olarak üretim ve tüketim alışkanlıklarını iyileştirmek için araştırmalar yapmak.
- Tarım ve hayvancılıkta yerli gen kaynaklarımızın korunması, ıslahı ve çeşitlendirilmesi için araştırmalar yapmak ve politika önerileri oluşturmak, destekleme politikaları geliştirmek.
- Önleyici sağlık hizmetlerinin artırılarak sağlık hizmeti veren kuruluşların yüklerinin azaltılması ve etkinliklerinin artırılmasına yönelik araştırmalar yapmak ve önerilerde bulunmak.
- Tıbbi teknolojiler ve ilaç sanayinin yerleştirilmesi için politika önerileri oluşturmak.
- Sağlık hizmetleri ve teknolojilerinde uluslararası gelişmeleri takip ederek, sonuçları raporlamak.
- Toplumda artan hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasına yönelik politika önerileri oluşturmak.
- Biyogüvenlik alanında politika ve stratejilerin geliştirilmesini, uygulamanın izlenmesini sağlamak.
- Bağımlılıkla mücadele konusunda politika önerileri ve stratejiler geliştirmek.

Değerlendirme

Türkiye’de kamu yönetimi teşkilat yapısı göz önünde bulundurulduğunda, kamu politikalarında aktör konumunda bazı bakanlıklarda da benzer yapılanmaların mevcut olduğu görülmektedir.

Örneğin Dışişleri Bakanlığında “Dış Politika Danışma Kurulu”, Milli Eğitim Bakanlığında “Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı” ve Çevre ve Şehircilik Bakanlığında “Yüksek Çevre Kurulu”, “Mahalli Çevre Kurulları” ve “Çevre ve Şehircilik Şurası” bağlı oldukları bakanlığın uygulamaya koyduğu veya koyacağı politikaların belirlenmesinde rol oynamaktadır.

Farklı ülkelerde de sağlık politikaları alanında aktör olarak yer alan kurulların yer aldığı görülmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde federal düzeyde Sağlık Bakanlığına bağlı (Department of Health and Human Services) Sağlık Reformu Ofisi (Office of Health Reform) merkezi düzeyde sağlık politikalarında önemli bir aktör olarak yer almaktadır. Diğer taraftan, örneğin sağlık reformlarının hayata geçirilmesi amacıyla 2009 yılında kurulan Oregon Sağlık Politikaları Kurulu (Oregon Health Policy Board) da federe düzeyde sağlık politikalarında öne çıkan bir aktör olarak görülmektedir. Dokuz üyeden oluşan ve üyelerin görev süresinin 4 yılla sınırlandırıldığı Oregon Sağlık Politikaları Kurulu, yerel sağlık otoritesinin en önemli birimi olarak kabul edilmektedir.

Bu çerçevede sekiz yıllık Sağlık Politikaları Kurulu deneyimi ile birlikte Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunu değerlendirecek olursak; mevcut yapıyı sağlık sistemi yönetimi ve sağlık politikası belirleme alanında “üst kurul” veya “düzenleyici kurul” olarak ele almak mümkündür. Her ne kadar sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere oluşturulmuş olsa da yapısı ve işleyişi ile Anglo-Sakson geleneğine dayanan ve bu gelenekte geçmiş 19. yüzyıla uzanan, literatürde “bağımsız idari otorite”, “bağımsız düzenleyici kurum”, “üst kurul”, “düzenleyici kurul”, “düzenleyici ve denetleyici kurum” gibi kavramlarla ifade edilen yapılanmalardan farklılık arz etmektedir. Diğer taraftan sağlık alanındaki karmaşık ve teknik sorunların çözümünün uzmanlık gerektirmesi, siyasal etkilerden arındırılmış kurumların uzun dönemli politika oluşturulup izlenmesini olanaklı kılması gibi gerekçeler göz önünde bulundurulduğunda yapı ve işleyiş açısından olmasa da yasal düzenlemenin ruhu açısından Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunu “üst kurul” veya “düzenleyici kurul” olarak kabul etmek mümkündür.

Kamu sektöründe özellikli alanların düzenlenmesi ve denetlenmesi, rekabete açılan hizmet sektörlerinde “yönetim” ve “düzenleme” işlevlerinin ayrılması sonucu düzenleme işlevini yerine getirecek kurula / birime duyulan gereksinim, klasik idari kuruluşlardan farklı yeni bir idari yapılanma modelini ortaya çıkarmıştır. Üst kurullar, 1990 sonrası yükselen “düzenleyici devlet” modelinin en temel kurumsal yapıları olarak ortaya çıkmışlardır. Kurumsal tanımları, işlevleri, yetkileri, örgütsel nitelikleri ve devlet içindeki yerleri ile kendine özgü özellikler gösteren bu kurullar klasik idari yapılardan farklılık arz etmektedir.

Üst kurulları klasik idari kuruluşlardan ayıran en önemli özellikleri, idari bağımsızlığa sahip olmaları ve regülasyon (düzenleme) işlevini yerine getirmeleridir. İdari bağımsızlıklarını ise organik bağımsızlık ve işlevsel bağımsızlık olmak üzere iki başlık altında değerlendirmek mümkündür. İdari bağımsızlık bu kurulların organları ve işlevleri üzerinde siyasi iktidarın ve idari makamların klasik idari denetim yetkilerinin uygulanmaması ve bu kurullara başka organların emir ve talimat verememesi anlamına gelmektedir. Organik bağımsızlık, bu kurullarda görev alanların atanma usullerinde, görev sürelerinde ve görevden ayrılmalarında, diğer idari kuruluşlarda görev yapanlara göre daha fazla güvenceye sahip olmalarına vurgu yapmaktadır. Üst kurulların hiyerarşik ve idari vesayet denetimine tabi olmamaları ise, bu kurulların işlevsel bağımsızlık özelliğine vurgu yapmaktadır. İşlevsel bağımsızlık, üst kurulların işlem ve eylemleri üzerinde yürütme organına dâhil birimlerin bu eylem ve işlemlerin geçersizliği sonucunu doğuracak, işlemi onaya tabi tutma, işlemin yürürlüğünü engelleme veya geciktirme gibi doğrudan yetkiye sahip olmaması, hiçbir kurum ve makamın bu işlemlerin değiştirilmesi ve yürürlüğe sokulmaması yönünde emir ve talimat verememesi anlamına gelmektedir. Regülasyon ise, belirli bir faaliyete ilişkin olarak kurulların belirlenmesi (düzenleme) ve bu kurullara riayet (denetim) sağlanmasını ifade etmektedir.

Kamu yönetiminde karar verme mekanizması temelde hiyerarşik örgütlenmeye dayalı olmakla birlikte ekonomik, ticari, bilimsel vb. klasik hizmetleri dışında kalan hizmet alanlarında faaliyet gösteren kuruluşlarda kararlar kurullar aracılığı ile

alınmaktadır. Bir yönetim türü olarak kurul yönetimi, yönetim sürecinde kararların birden fazla kişinin katılımıyla alınmasını ve sorumluluğun da paylaşılmasını ifade etmektedir. Bu açıdan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunu farklı yönetim mekanizmaları içinde yer alan sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevleri üstlenmek üzere oluşturulan bir üst kurul olarak değerlendirilmek mümkündür.

Sonuç olarak Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin getirdiği yeniliklerden biri de Sağlık ve Gıda Politikaları Kuruludur. 1980 sonrasında siyaset ve yönetim anlayışında ortaya çıkan değişim doğrultusunda, 2000 sonrasında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen “planlayıcı ve denetleyici merkezi yönetim”in yansıması sonucu öncelikle 2011 yılında Sağlık Politikaları Kurulu, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile birlikte de Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu hayata geçirilmiştir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’na yüklenen “politika belirleyici, planlayıcı ve denetleyici rol”de, Sağlık Politikaları Kuruluna önemli görevler düşmüştür. Sağlık Politikaları Kurulunun etkin çalışması durumunda, Sağlık Bakanlığının üstlendiği yeni rolün daha iyi bir şekilde yerine getirilebileceği ortadadır. Ancak uygulamada sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılamaması başta olmak üzere çeşitli nedenlerle Sağlık Politikaları Kurulu’nun önemli bir rol üstlenemediği görülmüştür. Kuşkusuz geçmiş tecrübeler göz önünde bulundurularak Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun görev ve yetkilerini etkin bir şekilde yerine getirebilmesi, sağlık politikalarında temel aktör olarak rol alabilmesi için gerekli yasal ve kurumsal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulunun alacağı kararların bakanlık icra birimleri tarafından yerine getirilmesine yönelik işleyişin belirlenmesinde ve bu sürecin işlerlik kazanmasında fayda vardır.

Kaynaklar

Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 02.07.2018, No: 700.

Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 02.07.2018, No: 703.

Bacchi, C., “Problematisations in Health Policy:

Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies”, SAGE Open, 6 (2), 2016, syf. 1-16.

Baggott, R., Understanding Health Policy, 2nd Edition, Policy Press, Briston, 2015.

Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar İle Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Sayı: 4, Yayımlandığı Resmî Gazetenin Tarihi - Sayısı: 15.07.2018 – 30479.

Blank, Robert, Burau, Viola ve Kuhlmann, Ellen, Comparative Health Policy, 5th Edition, Palgrave, 2018, London.

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Sayı: 1, Yayımlandığı Resmî Gazetenin Tarihi - Sayısı: 10.07.2018 – 30474.

Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları Üyeliklerine Yapılan Atamalar Hakkında Karar, Karar Tarihi: 08.10.2018, Karar Sayısı: 2018/196.

Dilekçi, N., “Farklı Kamu Yönetimi Örneklerinde Politika Analizi Deneyimleri”, Yasama Dergisi, 29, 2015, syf. 109-127.

Emini, F. T., “Tarihsel Perspektiften Türkiye’de İzlenen Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Reform”, Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, Eds: Özge Uysal Şahin ve Nilay Köleoğlu, Rating Academy Yayınları, Çanakkale, 2018, syf. 1-23.

Gözübüyük, A. Ş., (2017), Açıklamalı Türk Anayasaları, 7. Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara.

Greer, Scott L. ve Lillis, Denise F., “Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies”, Health Policy, 116, 2014, syf. 12-17.

İleri, Hüseyin, Seçer, Betül ve Ertaş, Handan, “Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, 12, 2016, syf. 176-186.

Leeuw, Evelyne de, Clavier, Carole and Breton, Eric (2014), “Health Policy – Why Research it and How: Health Political Science”, Health Research Policy and Systems, 12(55), syf. 1-10.

Oregon Health Policy Board, <https://www.oregon.gov/oha/OHPB/Pages/index.aspx>, (Erişim Tarihi: 18.11.2018).

Öztop, Sezai, Ateş, Hamza ve Lamba, Mustafa (2016), “Kamu Yönetimi Reformları”, Türkiye Ekonomisinin Dönüşümü, Eds: Seyfettin Erdoğan ve Ayfer Gedikli, Umuttepe Yayınları, Kocaeli, syf. 1-28.

Peters, David H., “Health policy and systems research: the future of the field”, Health Research Policy and Systems, 16(84), 2018, syf. 1-4.

Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 11.10.2011, No: 663.

Sevinç, İsmail ve Özer, Kubilay (2016), “Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları”, International Journal of Social Sciences and Education Research, 2(4), syf. 1373-1387.

Sezen, Seriya, Türk Kamu Yönetiminde Kurullar, TODAEI Yayınları, 2003, Ankara.

Turan, A. Menaf, “Türkiye’nin Yeni Yönetim Düzeni: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi”, Social Sciences Research Journal, 7(3), 2018, syf. 42-91.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları

Dr. H. Volkan Kara



1974'de Muğla'nın Milas ilçesinde doğdu. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Göğüs cerrahisi uzmanlığını Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde tamamladı. Gümüşhane İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığında sağlıkta etkili kaynak yönetimi ve sürdürülebilirlik konularında danışmanlık ve Stok Yönetimi Şube Müdürlüğü yaptı. Dr. Kara hâlen İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AnaBilim Dalında görev yapmaktadır.

İşletme ve kurumlar, belirlenen amaç ve görevleri gerçekleştirmek üzere kurulur. Kurum yönetiminin öncelikli görevi, belirlenen amaçların mümkün olan en iyi kalitede ve başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktır. Bu, kurumsal performansı gösterir. Kurumsal olarak belirlenen amaçlar gerçekleştirilirken çalışanların organizasyona katkı düzeyinin tespit edilmesi ve teşviki için zaman içinde "kişisel performans" kavramı ortaya çıkmıştır. Performansın ölçümünde kıyaslama ve bireysel performans değerlendirilmeleri uygulanmaktadır. Bu değerlendirmeler kurum yönetimine, çalışanlara yönelik uygun kariyer planı, ödüllendirme ve kaynak paylaşımı yapılması imkânı sağlar ve çalışanların gelecek planlamalarına ilişkin doğru kararlar almalarına yardımcı olur. Kişisel açıdan gösterilecek yüksek performans ek kariyer ve ekonomik fırsatlar için imkân sağlayıcı motivasyondur.

Sağlık hizmetleri çeşitlilik gösterir. İhtiyaç ortaya çıktığında ertelenemez. Stoklanması da mümkün değildir. Üstelik hizmet alıcısı açısından farklı bilimsel ve sosyal yönleri ve beklentileri vardır. Dünyada sağlık hizmetlerinde performans, 1980 yılında Danimarka ve Hollanda'da üretilen hizmete karşılık ücretlendirmeler şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. 2000'li yıllarda Almanya, İsviçre, ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde de artan maliyetleri engellemek, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek, hasta bakımına erişimi ve klinik yapı kalitesini artırmak üzere kullanımı yaygınlaşmıştır. Sağlık Bakanlığımız 2003'de pilot uygulama olarak 10 hastanede başlattığı performansa dayalı ek ödeme uygulamasını, 2004 yılından itibaren ülke genelinde

deki tesislerinde uygulamaya geçirmiştir. Bakanlık kurumlarında, aktif klinisyenlerin ürettikleri sağlık hizmetleriyle performans puanları hesaplanmaktadır. Aktif puan üretimi olmayan kadro ve pozisyonlar için göreviyle ilgili performansa esas teşkil edecek tanımlamaları vardır. Toplam puan hesaplanmasında ilgili ayda çalışma süresi, tam zamanlı çalışma, yöneticilik ve ek görev verilme durumu, bilimsel üretim, görevlendirme, çalıştığı birimin riskli olması gibi bir kısım kriterlerde kullanılır. Oluşan formüller dâhilinde aylık toplam performans puanı hesaplanmaktadır. Bu puan, kurumun o aya ait fatura gelirinden yine mevzuat ve kurumsal performans başarısına göre belirlenen oranda personele dağıtım için ayrılan miktarında nakit karşılık bulur ve ödenir. Uygulama başladıktan sonra, zaman içinde ortaya çıkan ihtiyaçlar ve saha geri bildirimler, doğrultusunda mevzuatta bir kısım değişiklikler ve iyileştirmeler yapılmıştır. Bu konuda değişim ve gelişim ihtiyaçları devam etmektedir ve edecektir. Sağlıkta başarılı performans tanımı, konunun farklı paydaşları açısından doğru yapılmalıdır. Performans ile ilişkili olabilecek başlıca paydaşlar şöyle tanımlanabilir:

- Sağlık hizmeti alıcıları: Sağlıklı olmama durumu beyan eden ve gerektiğinde her tür ve nitelikte sağlık hizmeti alabilmeyi (acil ve planlı) bekleyen toplum bireyleri.

- Sağlık hizmeti sunucuları: Sağlık kurumları, birimleri ve görevli sağlık çalışanları. Sağlık çalışanları aktif hizmet üreticileri (hekimler, dişhekimleri), yardımcı sağlık ve idari sınıf çalışanları olarak sınıflandırılabilirler. Bu grubun hekim olan bir kısmı, aktif olarak sağlık hizmeti üretirken aynı zamanda eğitim

almak (tıpta uzmanlık, yandal uzmanlık) ve vermek (öğretim üyesi, eğitim sorumlusu) ve bilimsel üretim-araştırma da (öğretim üyesi) yaparlar.

- Sağlığın finansmanını sağlayan kurumlar: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sağlık sigortaları, devletin oluşturduğu diğer fonlar.

- Devlet-yönetim: Tüm paydaşları denetleyen, hizmetlerin kalite standartlarına uygun şekilde devamlılığını ve hizmet kalitesinin gelişmesini sağlayan, ülke ihtiyaçlarına göre öncelik belirlemek ve strateji geliştirmek ile mesul olan devlet otoritesidir. Devlet, Sağlık Bakanlığı ve devlet üniversiteleri marifetiyle en büyük hizmet sunucusudur. Yine devlete bağlı SGK ülkedeki en büyük sağlık finansörüdür (hizmet alıcısıdır). Sigorta işletmecisi olarak prim ödeyenlere ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmeti alımında finansörlük sorumluluğunu yerine getirir. Otorite vatandaşlarının her açıdan sağlıklı olma (fiziksel, ruhsal) durumunu sağlamakla yükümlüdür. Vatandaşlarına koruyucu ve önleyici hizmetleri kapsayan şekilde eşit imkânlarda sağlık hizmeti sağlar, bu hizmeti denetler ve geliştirir, ülke kaynakları etkili kullanır ve herkesin hakkını korur. Hizmetlerin devamında önemi büyük olan sağlık çalışanı insan gücü kapasitesini oluşturmayı ve bu insan gücünü eğitmeyi ve verimli kullanmayı sağlar. Sonuçta büyük kısmı kendisine bağlı olan kurum ve kuruluşlar arasında hem kolay hem de zor bir koordinasyon görevi icra eder. Bu durum kurumsal çalışmaya olan ihtiyacı artırmaktadır. Sağlıkta performans kavramını danıştığımız bu paydaşlar, kendi öncelikleriyle farklı tanımlamalar yapabilir:

- Hizmet alıcılarının beklentisi sağlık

hizmetlerinin yaygın, kişisel ödeme olmaksızın (tamamen ücretsiz), hızlı ve kolay ulaşılabilir olmasıdır. Gerek duyduğunda acil ve nitelikli sağlık hizmeti (üst branş, yoğun bakım vb. hizmetler) almakta için sorun yaşamamak ve yerinde veya etkin ulaşımın sevk zinciri ile hizmeti almak isterler. Bu konuda gerekli olmayan bir yaygın nitelikli hizmet beklentisi de olabilir (tüm hastanelerde rollerinden bağımsız her branşın veya yan dal uzmanının, en gelişmiş altyapının olmasını beklemek gibi). Bu açıdan bakıldığında hizmet alıcılarının doğru yönetilmesi gereken algısıyla talep etmediği ancak koruyucu sağlık hizmetleri gibi önemli ihtiyaçları da vardır.

- Sağlık hizmeti üreticileri, kurumsal olarak öncelikli hizmetin devamını sağlamak ve belirlenen rolü en iyi şekilde yerine getirmek gayretindedir. Bunları yaparken ekonomik sürdürülebilirliği sağlamayı ve gelir gider dengesini kurmayı hedefler. Bireysel olarak, hekim ve dış hekimleri sarf ettikleri eğitim ve emeğin ekonomik ve sosyal açıdan karşılığını almayı bekler. Tercih edilen branşın ve kişinin sahip olduğu ek eğitimler, çalışma ortamındaki fiziki ve ruhi riskler ile yıpranma olasılıklarının da dâhil edilmesini gerektirir. Çalışma şekillerinin (mecburi hizmet, istek dâhilinde tayin), çalıştıkları kuruma yaptığı ek katkıların (yönetmelik, eğitim, bilimsel üretim) göz önüne alınmasını beklerler. Özellikle hizmet puanı üretimi mümkün olmayan ya da kurumsal ortalamaların altında kalan branşlar bütünün parçası olmaktan uzaklaşmak istemez.

- Finansman sağlayıcılar (SGK ve sağlığa bütçe ayıran maliye, özel sağlık sigortaları) teşhis ve tedavi aşamasında, verimli kaynak kullanımı ile israfın önüne geçerek, doğru teşhise hızlı ve uygun maliyetlerle ulaşmak ister. Bu konuda sigortalının tıbbi açıdan mağdur olmaması ve aldığı hizmetten memnun kalması etik ve iş ahlakı açısından gereklidir.

- Otorite vatandaşının sağlığa dair hizmet beklentilerini karşılar, tedbirler alır ve mevcut sigortacılık anlayışıyla sigortalılarının sürdürülebilir sağlık finansmanını sağlar. Sağlık hizmeti için iş gücü kapasitesi (kurumsal ve bireysel) oluşturmak için gayret gösterir. Bu kapasiteyi etkili kullanmayı, devamlılığını sağlamayı ve hizmet standartlarını geliştirmeyi hedefler. Aynı anda iç ve dış müşteri memnuniyetlerini gözetir. Çalışma prensipleri (verimlilik tanımları) farklı kurumlar arasındaki koordinasyonu sağlar ve kendi önceliklerini ön planda tutan kurumların aklışa zarar vermesine engel olur.

Uygulamada olan performansa dayalı ek

ödeme sisteminde bireysel performans, üretilen sağlık hizmeti sayısına göre puan oluşturur. Bilimsel ve -tanımlandı ise- eğitim fonksiyonları, idari görev ya da ek sorumlulukların kişiye sağladığı puanlar da buna eklenir (bir kısmı net puan, bir kısmı ise katsayılar ile desteklenir). Kurumların çalışanlarından klinik hizmet, eğitim, bilimsel üretim, koruyucu sağlık gibi konularda asgari beklentisi ve oranı net tanımlanmadığı için yüksek performans oluşturmada rutin yapılan sağlık hizmeti (muayene, tetkik, cerrahi işlem) üretimine yönetim mevcuttur. Çalışma saatlerinde daha fazla hasta muayene ve ameliyat etme çabası, kişi ve olgu başına düşen zamanı azaltıp sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkiler, teşhis ve tedavi başarısına zarar verebilir. Her zaman matematiksel ve algoritma ile yürüyemeyen sağlıklı hizmetlerinde “Hastalık yoktur, hasta vardır” gerçeği emek gerektiren durumları performans baskılı iş yetiştirme çabasına dönüştürebilir. Çözülemedi ya da eksik iletişimden kaynaklı hasta memnuniyetsizliği, hastaları tekrarlayan başvurulara yönlendirir. Bir kısım tıbbi veri sisteme entegre olamadığı ya da güncelliğini kaybettiği için bu başvurularda tekrar tetkik ve diğer işlemlerin yapılması kaçınılmaz olur. Bir kısım klinisyenin fazla zaman ayıramadığı tıbbi durumları hatalı yorumlama endişesi veya pratik yoldan performans puanı için hastalara sık aralıklı (10 gün içinde ikinci muayeneyi kabul etmeyen SGK sisteminde 11. günde kontrol) takip planlanması, ilaç ve tıbbi rapor geçerlilik sürelerinin kısa tutularak başvuru tekrarı sağlanması izlenmektedir. Cerrahi işlemlerindeki hızlanma asepsi kurallarının esnemesi, örnek olarak enfeksiyon kontrol kurallarına benzeri eğitim konularının, uygulayıcılarının öneminin azalması (yeterince dikkate alınmaması) nedeniyle aksamalar olabilir. Bu durum hastane enfeksiyon oranlarını olumsuz etkiler. Buna ve hızlı cerrahiye bağlı diğer teknik sorunlardan kaynaklı yinelenen cerrahi, tekrarlayan ve uzamış hastane yatışları, ek morbiditeler ile sağlıklı olma durumuna kavuşulmasını geciktirir. Bu şekilde hem sağlık maliyetleri doğrudan artar hem de dolaylı olarak sağlığına kavuşmamış kişinin çalışma dışı kaldığı zaman dilimindeki üretkenliği ortadan kalkar. Bu süreçte sağlık hizmet kapasitesi gereksiz kullanılmış olur, sağlığa israf ortaya çıkar. Komplikasyon nedenli mortalitelerin rakamsal karşılığı zaten olamaz.

Özellikle aktif hizmet puanı üreticilerinin (klinisyenler) ürettikleri hizmete karşılık

olarak net tanımlanan bir gelirin olmaması motivasyon kırıcıdır. İşlem içeriği, emek dolayısıyla maliyet kalemleri ve fatura ederi benzer iken bunun ekonomik karşılığının her ay değişkenlik göstermesi tartışılmalıdır. Asgarisi belli olan durumlar için üst risk grupları ve ödeme tutarlarının çalışılması gereklidir. Bazı kurumlarda zaman içinde aynı gelir düzeyi için (performans ödeme miktarı) daha çok klinik puanı toplama ihtiyacı olduğu gözlenmiştir.

Performansa bağlı ek ödemede uygulamalarından sonra sağlık hizmetlerinde faturalama maliyetlerinde artış olduğu gözleme dayalı bir tespittir. Burada performansın çıkış noktalarından olan iyi dökümantasyon ve faturalama hizmetlerinin daha usule uygun, detaylı ve gerçekçi yapılmasını sağlamak öncelikli etkindir ve bu hedefe ulaşılmıştır. Ancak hizmet puanı temelli performans, işlemlerde aşırı kodlama, risk ve emeğe göre puan getirisi yüksek vaka ve olgu-endikasyon seçimi olasılığını ortaya çıkartmaktadır. Klinik uygulamada, doğru endikasyon, teşhis tedavi sürecinin uygulama başarılarının doğruluğunu değerlendiren bir sistem mevcut değildir. Bu amaç için kurulmuş döner sermaye inceleme komisyonları vardır. Hastane içinden belirlenmiş, hekimlerin de bulunduğu döner sermaye komisyonları bu denetimi ek görev olarak yapmaktadır. Değerlendirmeler geçmiş dönemi kapsamaktadır ve etkinliği sınırlıdır. Görev alan komisyon üyelerine ek ödeme tanımlanmasına rağmen etkili çalışmaya dair hem teknik hem sosyal nedenli sınırlamalar vardır. Global bütçe uygulamalarından sonra hastanelere aylık kaynak aktarımı yetkisi Sağlık Bakanlığına verildiğinden, önceleri SGK tarafından uygunsuz faturalamayı tespit için yapılan incelemelerin azaldığı ya da artık yapı(a) madığı gözlenmiştir. Denetimin iyi yapılmasına ve iş kapasitesi geliştirmeye yönelik ek tedbir ve desteğe ihtiyaç vardır.

Vaka ve endikasyon seçimindeki “pratik” tercihler, kurumsal ve bireysel olarak performans puanını kolay yoldan artırmada başarılı olabilir. Bir kısım hastalık ve tedavisinde emek ve malzeme kullanımı yoğun olmasına rağmen mevcut fiyatlandırmasındaki düşük ödeme, malzeme, iş gücü veya alınan tıbbi riski karşılamamaktadır. Kurumlar ve klinisyenler bu olgular ile mücadele etmek yerine resmi ya da tavsiye sistemiyle hastalara sevk önerilerinde bulunmaktadır. Bu tercihler ülke genelinden sevk zincirinin sonlarında bulunan kesişme noktası durumundaki

kurumlarda yığılmalara yol açar. Büyük şehirlerdeki (İstanbul, Ankara) üniversite hastaneleri bunlara örnek verilebilir (burada büyükşehir kavramı özellikle kullanılmıştır). Kuruluş yılı itibarıyla kurum-sallığını ve çok yönlü hizmet imkânlarını tamamlaması gereken bir kısım üniversite ve eğitim araştırma hastanesi hala farklı gerekçeler ile büyükşehir üniversite hastanelerine hasta yönlendirmektedir. Bu endikasyon ve olgu kayışının hasta, hasta yakını, sosyal güvenlik kurumu açısından sosyal ve ekonomik maliyetleri de olmaktadır. Üçüncü basamakta tedavi maliyetleri için ek iyileştirmeler vardır, ancak bir kısım vakalar kurumsal olarak sürekli zarar ettirme potansiyeline sahiptir. Kurumsal açıdan verimliliği en yüksek başarılı çalışma, bir kısım branşlarda poliklinik hizmetidir. Altyapı ihtiyacı az, hekim gücü yeterli ve kârlı olan bu imkân, kurum yöneticilerini hastane rollerinden uzaklaştırmıştır.

Performansa dair ek ödemenin ortaya çıkışındaki beklentilerden sağlık çalışanının gelirini artırma hedefi yüksek oranda gerçekleşmiştir. Bir kısmı peşin ödenen performans, bu iyileştirmedeki en somut katkı olarak yerini almıştır. 2007’de performansa dair önerileri ele aldığımız ilk yazımızda altyapı ya da hasta sayısı yetersizliği nedeniyle hizmet puanı üretimi kısıtlı veya mümkün olmayan branşlarda, koruyucu ve sosyal güvenlik sisteminde faturalanması olmayan sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere dair ödeme eşitsizliğinin giderilmesi konusu kısmen iyileştirilmiştir. Bu konuda uygun şartlarda kurum ve il ortalamasından çalışana ek ödeme desteği pratik olarak uygulanmaktadır. Bu sistemde ihtiyacı seyrek ama müdahaleleri hayati olabilen branşların, yani “sağlığın itfaiyecilerinin” (belli cerrahi branşlar), koruyucu hizmet yönü ağırlıklı olan ve hastanelerin işleyişindeki etkinliği puan ile karşılık bulamayan (enfeksiyon hastalıkları) branşların sistemden kopmasına engel olmuştur. Fakat Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve bir kısım hekimleri mecburen atayan kadrolarda aynı branştan birden fazla hekim olmasının her birine kurum ortalamasından ödeme yapılmasını engelleyen uygulama mevcuttur ve gözden geçirilmelidir. Kurum açısından ortalama döner sermaye imkânının çalışanlarda hatalı kullanımına ve ataletle yol açmasına müsaade edilmemelidir. Bir kısım branş ve hizmet için etkili iş gücü ve kapasite planlaması, verimlilik ve iş potansiyeli çalışmaları yapılmalıdır. Özellikle cerrahi ve dahili branşların ve-

rimlilikleri hesaplanırken kullanılan fiziki ve insan gücü altyapısının, sabit ve değişken maliyetlerinin doğru tespiti gerekir.

Performansın sadece ek gelir değil farklı şekillerde de sağlık çalışanlarına yansıtılması düşünülmelidir. Yakın zamanda planlanan yıpranma etkisi buna güzel bir örnektir, geçmişe kapsamına dair beklenti devam etmektedir ve performans ile çeşitlendirilmesi mümkündür. Performansın çalışılan gün ve puan baskısı hekimleri izin kullanma ve bilimsel-eğitim aktivitelerine katılmada isteksiz kılabilir. Bireysel performans sicilinin tanım ve etki olarak güçlendirilmesi gereklidir. Örnek olarak geçici görevlendirmelerde (hizmet veya eğitim amaçlı) kişiye kurum ortalamasından puan verilmesi teşvik edici görülebilir. Oysa kişisel performansın kurumdaki yüksek kişiler için gönüllü olmadığı geçici görevlendirme ve sorumlulukların kendi ortalamasının altında takdir edilmesi verimli üretkenlik açısından uygun değildir. Sağlık çalışanının aktif görev yerini ay bazında terk etmesi hasta devamlılığı için olumsuzdur. Eş zamanlı çalıştığı proje, bilimsel yayın vs. varsa olumsuz etki alanı daha da geniş olabilir.

Aile hekimleri için neredeyse sabitlenmiş ödeme miktarları değerlendirme kriterleriyle orantılı olarak ödenmektedir. Doğru tanımlanacak ve birinci basamak hizmetlere katkı sağlayacak standart üstü hizmet performansları için aile hekimliğine de açık kapı ve fırsat bırakılmalıdır. Sağlık dışı bir kısım idari personel için tanımlanmış ortalama veya ek performans, yine kurumda aylık çalışan sayısının %5’ine verilen ek performans uygulamalarının gözden geçirilmesi ve gerekliliklerinin ve uygulama esaslarının tekrar tanımlanması gerekir.

Diş hekimlerinin de çalışma yerleri, altyapı imkânları ve hizmet puan üretimlerinde fırsat eşitliği sağlanmalıdır. Diğer hekim grupları için uygulanan eğitim, bilimsel faaliyet, geçici görevlendirme ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi çalışmalar nedeniyle çıkabilecek farklılıklar giderilmez. Silahlı Kuvvetler adına ve tesislerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri de hizmet zincirinde doğru konumlandırılmalıdır.

Döner sermaye gelirlerinin merkez payı, vergi ve personele dağıtım oranları gözden geçirilmeli, çalışana aktarılacak kısım için iyileştirmeler yapılmalıdır. Bunu yaparken kurumsal hizmet maliyeti, amortisman gibi kârlılığa etkisi olacak rakamlar tekrar değerlendirilmelidir. Kurumların

döner sermaye gelirleriyle sağladığı hizmet alımı, hizmet ve ödemeler finansal güçlükler yaratmaktadır. Bu giderler, dağıtılacak ek ödeme miktarına ve düzenli ödemelere olumsuz etki etmektedir. Özellikle finansal sorunları devam eden üniversite hastanelerinde tahsilatların öncelikli hizmet alımları ve eski finansal yüklere kanalize edilmesi, ek ödemenin çok düşük ve gecikmeli yapılmasına (hatta hiç yapılmamasına) neden olmaktadır. Performans sistemiyle elde edilen fatura gelirlerinin, geliri sağlayan hekimler yerine başka önceliklerde kullanılması “zaten ödeme alamayan hekimleri” takip eden dönemlerde performans sisteminin tamamen dışında bırakmaktadır.

Bilimsel üretim ve eğitim başlıkları, gerekli olduğu üzere performans kriteri olarak çalışılmış ve ek ödeme sistemine dâhil edilmiştir. Bilimsel makale ve yayınlara destek, bilimsel yazının yayınlandığı derginin kalitesine göre katkı sağlayan ekip üyelerine parçalanmış performans puanı verme şeklindedir. Aylık 10 bin puan üst limiti ve yılın sadece altı ayında ek puan alınabilmesi gibi kısıtlamalar vardır. Aktif hizmet puanı üretebilen klinisyen için nitelikli ve atıf alabilecek bilimsel yayın için harcanan zaman ve emeğin gerçek karşılığı olmayabilir. Hipotez oluşturma, oluşturulan hipotezi uygulama, veri toplama, makale haline getirme ve basımına takip etme şeklinde emek vererek katkı sağlayan tüm ekip üyelerine tatminkâr dönüşü olması uygun olacaktır (makaleler için ilk yazara 2.500 puan verilmektedir, ekip için bu destek daha da düşüktür). Çok merkezli projelere uzun ve ciddi emeklerle dahil olup orta sıralarda bir yazar konumlamasının bu dağıtım şeklindeki getirisi mütevazı ve heves kırıcıdır. Kişileri bilimsellik yerine stratejik davranmaya sevk edebilir. Mevcut performans uygulamasının bilimsel üretime yeterli katkı sağlamadığı toplam yayın üretimi, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin önemli fonksiyonlarından olan tıpta uzmanlık eğitimi ve bunların sonucu olarak bitirme tezlerinin bilimsel kalitesinde de kendisini hissettirir. Üretilen tezlerin bilimsel yayına dönüşme oranı düşük, kaliteli yayın olma kriteri olan atıf almadaki başarısı daha da düşüktür. Ekiplerin asli vazifeleri olan bu üretimi performans desteğiyle bile fazla önemsememeleri üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Nitelikli bilimsel çalışma sonucunun ülke sağlığına ve sağlık AR-GE’sine katkı sağlayabilme potansiyeli vardır. Bu konularda sarf edilen emeklerin israf edilmemesi ve doğru kurgulanması gerekir.

Tıp fakültesi ve devam eden dönemdeki eğitimlerin (tıpta uzmanlık, üst ihtisas) nitelikli olması, eğitimcilerin bu konudaki yüksek motivasyon ve işe olan bağlılıklarıyla ilişkilidir. Ülkemizde sağlığa dair iş gücünün çoğunu devlet kurumları yetiştirmektedir. Mevcut tıp pratiği uygulamalarında dönemseller yeterlilik sınavları gibi ara değerlendirme maalesef yoktur (ama olmalıdır). Bu denetimlerin eksikliği tıbbiye ve ihtisas dönemlerindeki eğitimi daha da önemli hale getirir. Eğitimcilerin performans puanı endişesi ile daha fazla iş üretimi gayretini ön plana çıkartıp öğrencilere zaman ayırma, fırsat verme, sabır gösterme ve bunları etkili şekilde denetlemeyi gözden kaçırmamalıdır. Öğrenim hedeflerine ulaşmış, profesyonel yetkileri oluşmuş sağlık çalışanları kaliteli sağlık hizmeti, etkili iletişim, hasta memnuniyeti ve iş birliği devam edecektir. Bir kısım genç kuşak, kariyer tercihlerini bilim insanı ve eğitmen olarak şekillendirip bu konuda da devamlılığı sağlayacaktır. Eğitim fonksiyonu tanımlanmış pozisyonlar için performans sistemindeki puan veya katsayıların uygunluğu gözden geçirilmelidir. Sağlık çalışanlarının kendilerine ayırdıkları eğitim zaman ve yatırımının (yüksek lisans, doktora gibi), katıldıkları ve işlerinde kullandıkları sürekli tıp eğitimine dair faaliyetlerin performans uygulamalarında net karşılığı yoktur. Çalışanın ürettiği işin niteliğini artıracak yüksek lisans, doktora ve sertifika programları ek ödeme sisteminde göz ardı edilmemelidir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük kısmı devlet finansmanı ile oluşturulan iş gücü, altyapı ile sunulmakta ve diğer bir devlet kurumu olan SGK üzerinden fiyatlandırılmaktadır. İcap nöbeti, nöbet, mesai dışı gibi ek maliyetleri gözeterek eklemeler, hizmet puanlarına yansıtılmış olsa dahi tespitimiz gerçek fiyatlamaların olmadığı şeklindedir. Koruyucu amaçlı ve erken teşhise yönelik sağlık hizmetleri, eğitim ve rehabilitasyon gibi performans konusunun bir kısmı gerisinde kalmış “puanzede” bazı branş ve kadrolara yapılan desteklere (peşin ödeme, ortalama ödeme için kolaylıklara) rağmen bunların kazanılmış hak olmaması ve devamlılığındaki belirsizlik, bir kısım branşların veya görev coğrafyalarının tercih edilebilirliğini engellemektedir. Orta ve uzun vadede bütüncül sağlık hizmetlerinin kaliteli ve istikrarlı devamlılığı tehlikeye girebilir. Otorite ve finansman sağlayan kurum için sağlık hizmeti üretim kaynağı (devlet hastanesi, üniversite) ne olursa olsun, çalışan ve performans gösteren sağlık

çalışanına “eşit işe eşit gelir” uygulaması performansa dayalı ek ödeme için de istisnasız uygulanmalı ve denetlenmelidir. Nitelikli ve çıktıları başarılı sağlık hizmetinin esası iyi eğitime ve profesyonel vicdani değerlere sahip, rekabetçi ve işine bağlı mutlu sağlık çalışanlarıdır. Performansa bağlı ek ödeme bu konuda vaha olmuştur ancak herkesi kapsama ve imkân sağlama noktalarında eksiktir. Kalıcı ve hak edilmiş ekonomik iyileştirmelere bunların doğru kriterlerle denetlenmesi gerekmektedir. Özel sektörün rekabetçiliği, özel üniversiteler ve kariyer olanaklarıyla çeşitlenmektedir. Kaliteli iş gücünün olgunlaşmasını tamamladıktan sonra özel sektöre geçişi, devlet için yıllarca süren emek ve yatırımın boşa çıkması demektir.

Devlet kurumları arasında sağlık çalışanlarına ciddi gelir artışına imkân sağlayan performans uygulamasına dair yapılan bir kısım saha çalışmalarında hala memnuniyetsizliklerin tespiti ciddi şekilde irdelenmelidir. Kamu çalışanları ve topluma sağlık çalışanlarının emek ve gayretleri, performans uygulamaları yeterince ve doğru anlatılamamıştır (diğer bir kısım kamu görevlisinin çok daha fazla ekonomik ve sosyal ayrıcalığı olmasına rağmen bunlar toplum tarafından kabul edilmiştir. Yıllarca eğitim alan, gece gündüz yıpranarak çalışan sağlık çalışanlarının performans uygulamasıyla hak etmedikleri kazançlara sahip olma ithamı ortada yanlış bir algı olduğunu göstermektedir).

Kaliteli eğitim, nitelikli hizmet, ekonomik sürdürülebilirlik ve toplumun sağlıklı olma durumu birbiriyle bağlantılı konulardır. Performansa dayalı ek ödeme bu konular arasında etkili bağlantı için kullanılabilir. Bu şekilde devlet eliyle üretilen yüksek standartlı sağlık hizmetleri iç (özel sektör) ve dış (global) hizmet sunucularıyla rekabetçi olabilmeyi getirecektir. Bu rekabet ülkedeki hizmet kalitesi standartlarını yükseltecek iç ve dış müşteri memnuniyetine de olumlu katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

Coşkun, S., Dulkadiroğlu, H., ve Kunduracı, N. F. (2016). Kamu Sektöründe Bireysel Performansa Göre Ücret Uygulamaları: Başansızlığın Yaygınlaşması. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 71(2), 627-651. (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Çankaya M. Hastane Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Görüşleri *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir Araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2017 Cilt 4 Sayı 4 272-284. https://www.researchgate.net/profile/Muhammet_Cankaya/publication/322129069_Hastane_calisanlarinin_performansa_dayali_ek_odeme_sistemine_iliskin_gorusleri_Mugla_Sitki_Kocman_Universitesi_Egi-

tim_ve_Arastirma_Hastanesi%27nde_bir_arastirma/links/5a464edfaca272d2945e9ef4/Hastane-calisanlarinin-performansa-dayali-ek-odeme-sistemine-iliskin-goeruesleri-Mugla-Sitki-Kocman-Ueniversitesi-Egitim-ve-Arastirma-Hastanesinde-bir-arastirma.pdf?origin=publication_detail (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Çil Koçyiğit S., Karadoğan N. Sağlık İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) ve Maliyetlere Etkisi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği *İşletme Araştırmaları Dergisi* 9/1 (2017) 505-526 DOI: 10.20491/isarder.2017.256 http://isarder.org/2017/vol.9_issue.1_article025_full_text.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Demir, M. ve Güler, H., “Sağlıkta Performansın Performansına Eleştiriler”, 2008 http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Erkan A., Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması Maliye Dergisi Sayı 160 Ocak-Haziran 2011 423-438 https://dergiler.sgb.gov.tr/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/160/021.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Fettah, K. (2009), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hayran O., Sağlık Hizmeti Sunan Bir Sistemin Performansı Nasıl Değerlendirilmelidir? *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD) Platform 2017 tarihli 41. sayıda, 72-75 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/510/Saglik-hizmeti-sunan-bir-sistemin-performansi-nasil-degerlendirilmelidir.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamalarının Hekimler Üzerindeki Etkileri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Bitirme Çalışması 2007.

Kara V., Öztürk R. Sağlıkta Performansın Performansı, Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 5, 34-39 2008 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/168/Saglikta-performansin-performansi-1.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Öztürk R. Sağlıkta Performansın Performansı 2 Eleştirilere Cevap *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD) Platform Sayı 7, 28-33, 2008 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/278/Saglikta-performansin-performansi-2-Elestirilere-cevap.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Performansa dayalı ek ödeme sisteminin tıpta eğitim ve bilimsel üretime etkisi: Gözlemsel değerlendirme *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD) Platform Sayı 46 sayfa 80-83, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1102/Performansa-dayali-ek-odeme-sisteminin-tipta-egitim-ve-bilimsel-uretime-etkisi-Gozlemsel-degerlendirme.aspx> (Erişim Tarihi: 06.07.2018).

Öztürk R., Bilimsel yayın noktasında neredeyiz? *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD) Platform Sayı 37, 10-13 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/455/Bilimsel-yayin-noktasinda-neredeyiz.aspx> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).

Öztürk R., Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sisteminin SWOT (GZFT) analizi, *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi* (SD) Platform Sayı 19, 74-75, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/284/Saglikta-performansa-dayali-ek-odeme-sisteminin-SWOT-GZFT-analizi.aspx> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).

Yıldırım Kaptanoğlu A., Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science Cilt 1, Sayı 3, Aralık 2011; 142-151 DOI: 10.5961/jhes.2011.021 http://higheredu-sci.beun.edu.tr/pdf/pdf_HIG_1544.pdf (Erişim Tarihi: 01.08.2017).

Sağlığı pazarlama pratiği olarak sosyal pazarlama

Dr. Abdullah Uçar



2011 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Bir süre acil servis hekimi olarak görev yaptı, 2013 yılında aile hekimi olarak göreve başladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdürmektedir. Hâlen aile hekimi olarak görev yapmaktadır.

Bir insanın sağlığını ne belirler sorusu, sağlığı belirleyen faktörleri açıklamak için birçok araştırmacıyı çeşitli modeller oluşturmaya yöneltmiştir.

Bu modellerin en bilinenlerinden biri de Dahlgren-Whitehead'in 1991'de oluşturdukları modeldir (1). Bu modele göre sağlığımızı etkileyen faktörlerden ilki, yaş-cinsiyet-yapısal faktörlerdir. Bir sonraki ise "bireysel yaşam tarzı faktörleri"dir. Diğer 3 faktörle birlikte bu faktörler merkezden dışarı doğru dizildiğinde ilk faktör dışındaki tüm faktörlerin müdahale edilebilir nitelikte olduğu görülür. Ayrıca tabloda "sağlık hizmetleri" küçük bir alanı oluşturmaktadır. Yani toplumun sağlıklı olmasında profesyonel sağlık hizmetlerinden daha önemli faktörler söz konusudur. Tam da bu noktada, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için etkili çözümler sunabilecek olan "halk sağlığı" ve "sosyal pazarlama" disiplinleri karşımıza çıkmaktadır. Sosyal pazarlama ve halk

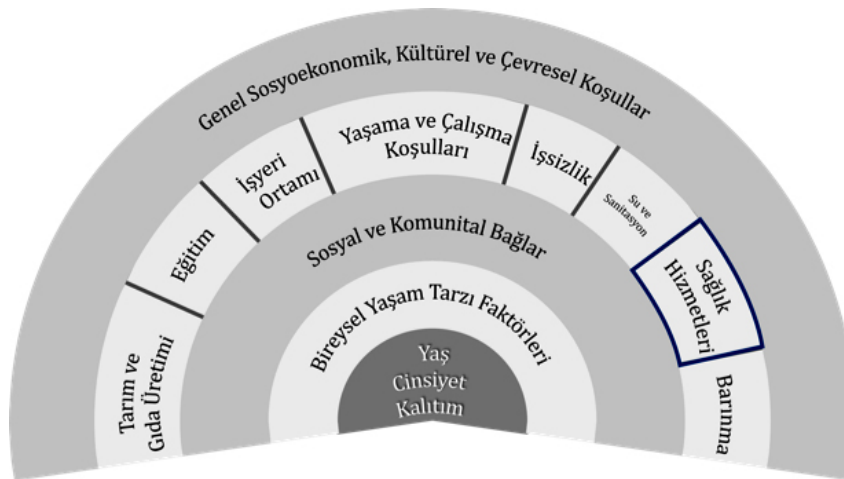
sağlığı disiplinleri kişinin kendi sağlığı üzerindeki otonomisini güçlendirmektedir.

Bu yazının ana konusu, kâr amacı gütmeyen ve kamu yararına çalışan kuruluşlarda giderek yükselen bir trend olan "sosyal pazarlama"nın sağlık alanına da uygulanmasıdır. Sosyal pazarlama, ürünler yerine fikirlerin pazarlanmasıdır (2). Bir hamburger, ticari pazarlama metotları ile nasıl pazarlanabiliyorsa benzer metotlar kullanılarak "sağlık davranışı" da pazarlanabilir. Bunu sağlayacak bir araç olarak "sosyal pazarlama" gün geçtikçe sağlık alanının içine daha fazla girmektedir. Sosyal pazarlama, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde olumlu etkiler oluşturarak toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi çabalarında umut vadetmektedir. Sosyal pazarlamanın sağlık için önemini iyi anlayabilmek adına, temel disiplin olan "pazarlama"ya dair bazı kavramlara da bu yazıda değinilmiştir. Yazı, pazarlamanın temel dinamikleri, sosyal pazarlamanın ortaya çıkışı ve

gelişimi, sağlık alanındaki başarılı sosyal pazarlama uygulamalarından örnekler ve tartışma bölümlerinden oluşmaktadır.

Pazarlama Tanımı ve Gelişim Süreci

Pazarlamaya yaklaşım, talebin arzdan çok fazla olduğu 1800'lü yılların sonundan 1980'lere kadarki dönemde "ne üretirsem, satarım" şeklindedir. Bu geleneksel anlayış içinde pazarlamanın temel eksenini, "ürün-üretim-satış" olarak kabul edilmiştir. Yani üreticiler satış sonrası müşterinin memnuniyetini önemsemeksizin doğrudan ürün üretmeye ve satmaya odaklanmışlardır. Arzın talebi dengelediği 1970'li yılların başında pazarlamanın eksenini "tüketicinin istekleri ve ihtiyaçları" şeklinde değiştirmeye başlamıştır. Yani üreticiler müşterilerinin taleplerine yönelmişler, müşterilerini memnun etmek üzere bir yönelim içerisine girmişlerdir (3). "Sosyal pazarlama" fikrinin de mimarı olan Philip Kotler'in 1967'de ilk basımı yapılan "Pazarlama Yönetimi" kitabı ile pazarlama kavramı yeni bir yüz kazanmıştır. Böylece "Pazarlama Yönetimi Yaklaşımı" (Anglo-Sakson modeli) dönemin pazarlama anlayışında hâkim görüş haline gelmiştir. Bu modele göre pazarlama, "işletme"nin fonksiyonlarından biridir. Bu görüşün savunucusu olan Amerikan Pazarlama Birliğinin (AMA) 1985'teki pazarlama tanımı şöyledir: "Pazarlama; bireylerin ve örgütlerin amaçlarına uygun değişimi sağlamak üzere malların, hizmetlerin ve fikirlerin oluşturulma, fiyatlandırma, dağıtım ile tutundurma çabalarını planlama ve uygulama sürecidir." (3). 1990'lı yıllara gelindiğinde ise Christian Grönroos, pazarlamanın işletmenin bir fonksiyonundan öte bir işletme felsefesi



Şekil: Sağlığın Temel Belirleyicileri / Dahlgren - Whitehead 1991

(ilişkisel pazarlama) olduğunu ifade etmiş ve pazarlamanın tarihinde bir kırılmaya sebep olmuştur (4). Grönroos'un ortaya koyduğu ilişkisel pazarlama yaklaşımına göre pazarlama "iştirak eden tarafların amaçlarını karşılayacak şekilde uzun dönemli müşteri ilişkilerinin kurulması, geliştirilmesi ve ticarileştirilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır (5). Yani ilk yaklaşıma göre pazarlama işletmenin sadece bir fonksiyonudur ve "satış" yapmak için bir araçtır. Müşteri, satıcı için elde edilmesi gereken bir avdır. Buna karşın ikinci yaklaşıma göre ise pazarlama, üretimin başından müşterinin memnuniyetine kadar uzanan "uzun vadeli müşteri iletişimi"ni kendine eksen olarak belirler.

Pazarlamada Bazı Kavramlar

Pazarlama başlığı altında sosyal pazarlamayı ilgilendirebilecek birçok kavram olsa da en öne çıkan kavramlardan birkaçına burada değinmek isterim. Çünkü pazarlama kavramlarının ve metotlarının sosyal pazarlama içinde bir izdüşümü vardır.

Pazarlama Karması Elemanları

Pazarlama yönetiminin bileşenlerini tanımlamak için 1960 yılında 4P modeli geliştirilmiştir. (6). Dört kavramın İngilizce baş harflerini ifade eder; ürün (*product*), fiyat (*price*), dağıtım (*place*), tutundurma (*promotion*). Pazarlamanın hizmet sektörüne doğru da yayılmasıyla birlikte 4P'ye, 3P daha eklenmiştir; İnsan (*people*), Süreç (*processes*), Fiziksel varlık (*physical evidence*) (7). Bu kavramlar ticari pazarlamanın planlanmasında omurga görevi görür. 4P + 3P araçları pazarlama yönetimi modelinin temel unsurlarıdır.

İlişkisel Pazarlama Elemanları

Müşteriyi merkeze alan ve onunla uzun süreli ilişkilerin kurulması esasına dayanan bu modeldeki bileşenler "bağlılık-güven-vaat-empati-karşılıklık" şeklinde tanımlanmıştır. Müşteri ile uzun vadeli ilişki kurmanın planlanmasında bu bileşenler kullanılır (3). Bugün bazı ünlü markaların müşterilerinin güvenini kazanmış olmaları ve kendi müşteri kitlelerini oluşturmaları bu anlayışa bir örnek olarak verilebilir.

Pazar Bölümleme

Hedef kitlenin gruplandırılması ve her gruba yönelik müstakil stratejilerin belirlenmesidir. Örneğin Yeşilay'ın koordine ettiği Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programında hedef kitle "anaokulu-ilkokul-ortaokul-lise-yetişkin-ebeveyn-uygulayıcı" şeklinde gruplara ayrılmış

ve her gruba yönelik müstakil programlar oluşturulmuştur (8).

Ekonomik İnsan (Economic Man) & Pazarlama İnsanı (Marketing Man)

"Ekonomik insan" yaklaşımı, tüketicilerin rasyonel davrandığını ve tamamen "fayda" endeksli tüketim yaptıklarını varsayar. Daha sonra ortaya atılan görüş olan "pazarlama insanı" yaklaşımı ise insanların tüketim yaparken sadece somut faydayı değil, imaj-konfor-güven gibi psikolojik ve sosyolojik unsurları da kararlarında kullandıklarını varsayar (9). Bu bağlamda henüz 40 yıllık bir geçmişi olan "sosyal pazarlama" kavramının sağlık alanındaki uygulamalarının "ekonomik insan" modeline göre değil "pazarlama insanı" modeline göre uygulanması daha verimli sonuçlar doğurabilir. Ekonomik insan modeline göre tasarlanacak bir sağlık pazarlaması sadece bedensel iyilik halini göz önüne alma riski taşıırken, pazarlama insanı modeline göre sağlığın pazarlanması, bedensel iyiliğin yanında ruhsal ve sosyal iyilik haline erişilmesi konusunda daha etkili bir pazarlama zemini oluşturabilir.

Değer Kavramı

"Değer/değer yaratma" işletmelerin modern dönemde ilgilendikleri kavramlardan biridir. Yapılan tüketici araştırmaları "algılanan değer" kavramını ön plana çıkarmıştır. Denklem "algılanan değer=toplam algılanan fayda / toplam algılanan maliyet" şeklindedir. Yani bir malın müşterinin gözündeki değerini artırmak için müşteri tarafından algılanan faydanın artırılması veya müşteri tarafından algılanan maliyetin minimize edilmesi gerekir (10). Buradaki fayda, ürün-hizmet-personel-imaj faydalarının toplamıdır. Maliyet ise finans-zaman-enerji-psikolojik etki maliyetlerinin toplamıdır. Faydanın maksimum ve maliyetlerin minimum olabilmesi için her alt kaleme göre strateji belirlenir. Müşteri nezdinde değerli olmak uzun süreli ilişkileri gerektirmektedir.

Sosyal Pazarlamanın Tanımı, Gelişimi ve Sağlıkta Kullanımı

Sosyal pazarlama, müşterilerin kısa vadeli istek ve ihtiyaçlarının uzun vadeli toplum refahı ile ilintili olduğunun pazarlama tecrübeleri sonucu anlaşılması üzerine üretilmiş bir teoridir (3). 1969 yılında Kotler ve Levy tarafından yayınlanan bir makale, adı konulmamış olsa da sosyal pazarlama yaklaşımının tartışıldığı ilk makale idi (11). Öne sürülen fikir, "ürün"lerin pazarlan-

masında kullanılan ticari pazarlama metotlarının "fikir"lerin pazarlanmasında da kullanılabileceğiydi. 1971'de Kotler ve Zaltman'ın makalesiyle ilk kez "sosyal pazarlama" (social marketing) kavramı resmi olarak tanımlanmış ve kullanılmış oldu. Yapılan tanım yıllar içinde geliştirildi ve Kotler 2006 yılındaki bir yazısında kavramı şöyle tanımladı: "*Sosyal pazarlama, hedef kitleye olduğu kadar topluma da faydalı olabilecek davranışları içeren değer yaratma sürecine, pazarlama tekniklerinin ve ilkelerinin uygulanmasıdır*" (12). Sosyal pazarlama, toplumun davranışlarını iyi yönde etkilemek ve/veya değiştirmek için çalışan bir disiplindir. Kotler'in deyişiyle "mal veya hizmetlerin satışını yapan ticari sektör gibi sosyal pazarlamacılar da davranışları satmaktadır" (13). Sosyal pazarlama, bir hedef kitlenin belirlenmesi, bu hedef kitlenin sosyal sorunlarına isteklerine ve ihtiyaçlarına uygun sosyal malların, sosyal fiyatla, uygun metotlarla kazandırılması ve sosyal tutundurma metotları ile de elde edilen davranış kazanımının sağlanmasıdır denilebilir (14). Sosyal pazarlamada hedef insanları belirli bir davranışa ikna etmektir. Amaçlar sadece ve öncelikli olarak ekonomik çıktılar değildir, bu yöntemle kültür ve toplumun dokusu da değişmektedir. Örneğin, eğlenceli eğitim (edutainment = education + entertainment) bir sosyal pazarlama uygulaması olarak örnek verilebilir. Bu uygulama, sosyal pazarlama kapsamında hedef kitleye mesajların ulaştırılabilmesi için eğlence şovlarının, radyo ve televizyon programlarının, bilgisayar ve video oyunlarının kullanılmasını ifade etmektedir. Örneğin TRT'de yayınlanan "Sen Olsan Ne Yapardın?" programı, toplumu iyi davranışlar kazanmaya yönlendiren ve eğlence içeren bir program olarak buna örnek gösterilebilir. Benzer şekilde "Black Mirror" dizisi ilk planda avantajlı gibi gözükken teknolojik yeniliğin tehlikelerine karşı izleyicilerini eğitmekte ve davranış değişikliklerine yönlendirmektedir. Özetle, sosyal pazarlamanın çıktısı davranış değişikliğidir.

Kotler, sosyal pazarlamanın toplumda kullanıldığı dört önemli alan olduğunu ifade etmektedir (11):

1. Sağlığın geliştirilmesi: HIV/AIDS, diyabet, obezite, meme kanseri gibi hastalıklarla mücadele.

2. Yaralanmaların önlenmesi: Emniyet kemeri kullanmama, alkollü araç kullanımı, aile içi şiddet gibi sosyal sorunlar.



3. Çevrenin korunması: Atıkların azaltılması, doğal yaşamın korunması, su sanitasyonu gibi çalışmalar.

4. Toplumun harekete geçirilmesi: Organ bağışı, kan bağışı, seçimlere katılım gibi konular.

Kotler'e göre sosyal pazarlamacılar dört davranışı etkilemeye çalışırlar (11): Yeni bir davranışın kazanılması (*accept*), kötü bir davranışın başlamadan reddedilmesi (*reject*), alışlagelen bir davranışın modifiye edilmesi (*modify*), alışılmış bir davranışın terk edilmesi (*abandon*).

Sosyal pazarlama kavramı hızla yayılmakta ve kullanılmaktadır. Ancak kavrama dair yanlış kullanımlar yanlış algıları da beraberinde getirmektedir (15). Örneğin dijital platformlardaki (sosyal medya, blog siteleri, forumlar vb.) ürün satışları, bir ürünün Google aramalarında çok sık görülmesi, sosyal reklamcılık yarışmaları sosyal pazarlama değildir (11). Sosyal medya kavramı yerine sosyal pazarlama kavramının kullanılması da sık yapılan yanlışlardan biridir. Sosyal pazarlama ifadesi ile karıştırılan bir diğer ifade de "sosyal sorumluluk projeleri"dir. "Sosyal sorumluluk" müstakil bir kavramdır ve kendine özgü çalışma metodlarını içerir. Bu gibi hatalı kullanımlara dayanarak genel bir ifade ile söylenecek olursa, başına "sosyal" kelimesi gelen tamlamaların birbirlerinin muadiliymiş gibi algılanması yanlış bir eğilimdir. Sağlık alanında sosyal pazarlama, sağlık hizmeti veren kurumların kurumsal pazarlamalarıyla karıştırılmamalıdır. Bir hastanenin daha çok hastane başvurusu oluşturmak için yaptığı pazarlama, sosyal pazarlamadan ziyade ticari pazarlama konseptine yöneliktir. Ancak kâr amacı gütmeyen sağlık hizmet sunucularının varlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla yap-

tıkları pazarlama da sosyal pazarlama kapsamında değerlendirilir.

Halk Sağlığı Kavramı ve Sosyal Pazarlamanın Halk Sağlığına Uygulanması

Sosyal pazarlamanın sağlık alanına uygulanması, sağlığın diğer disiplinlere açılan bir kapısı olan "halk sağlığı" alanında gerçekleşmektedir. Toplum sağlığını etkileme potansiyeli göz önüne alındığında sosyal pazarlama "sağlığın bir belirleyicisi" olarak görülebilir. (16). Kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinin kullanımı, üreme sağlığı, aşılamalar, sağlıklı beslenme, fiziksel aktiviteler, anne sütüne teşvik, diş fırçalamak, gebe ve bebek bakımları gibi birçok konu sosyal pazarlama metodlarının bu alanlara uygulanmasını beklemektedir. Ayrıca sosyal pazarlama metodlarının profesyonel sağlık personeli davranışlarını etkilemek için kullanılması da önemli çözümler sunabilir. Örneğin hastane enfeksiyonlarının azaltılmasında sağlık personeli davranışlarının daha sağlıklı hale getirilmesi, sosyal pazarlamayla mümkün olabilir. Bireysel davranış değişiklikleri düzleminde bir çocuğu hamburger yemeye ikna edebilen reklamlar, onu sağlıklı bir davranışa da yöneltebilir.

Bir Sosyal Pazarlama Planının Temel Basamakları

Kotler, sağlık alanında bir sosyal pazarlama planının on basamaktan oluştuğunu ifade eder (11):

1. Sağlık probleminin ve varılmak istenen amacın tanımlanması
2. Durum analizinin yapılması
3. Hedef kitlenin seçilmesi ve bölüm-lenmesi

4. Pazarlama amaçlarının ve hedeflerinin belirlenmesi

5. Hedef kitlenin davranış biçimlerinin tespit edilmesi

6. Hedef kitlenin ne şekilde düşünmesi ve davranması isteniyorsa bunun belirlenmesi

7. Pazarlama karması (4P + 3P) araçlarının plana uygulanması

8. İzleme ve değerlendirme planının yapılması

9. Bütçe oluşturulması ve fon aranması

10. Kampanya uygulanması ve yönetiminin belirlenmesi

Sağlıkta Sosyal Pazarlamanın Başarılı Örnekleri

Sosyal pazarlamayı halk sağlığı alanına uygulayan ve olumlu sonuçlar alan ülke örnekleri, bu kavramın sağlığa yapabileceği katkının boyutlarını gözler önüne sermektedir. Konuyla ilgili ülkemizden bir uygulama olarak "Dumansız Hava Sahası" örneği verilebilir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırma Raporuna göre Türkiye'de 2008 yılı itibarıyla 16 milyon kişi sigara içmekteydi ve yılda -sigaraya bağlı sebeplerle- 100 bin ölüm gerçekleşmekteydi. 1996 yılında yasal zemini oluşturulan ve "Dumansız Hava Sahası" - "Havanı Korum" sloganları ile ulusal bir sosyal pazarlama uygulamasına dönüşen sigara karşıtı kampanyada devlet-siyaset-sivil toplum-eğitim-hukuk-medya paydaşları yer aldı. Bu kampanya dahilindeki sosyal pazarlama uygulamaları sonucunda dört yılda Türkiye'de sigara kullanımında yüzde 13'lük bir düşme gözlemlendi. Bu oran rakamlara dönüştüğünde, kampanya sayesinde 2 milyon kişinin sigarayı bıraktığı

tespit edildi (17). Yine ABD'de 1999 ile 2002 arasında uygulanan sigara karşıtı kampanyanın (*The Truth Campaign*) sosyal pazarlama ile halk sağlığına uygulanması, üç yıl içinde sigara içme düzeyinin %7,3 azalmasını sağladı. (18). "Kuzey Karelia Projesi" en fazla kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölüm oranlarına sahip ülke olan Finlandiya'da 1972 yılında başlatıldı. Sosyal pazarlama yöntemleri kullanılarak insanlarda belirli yaşam tarzı değişiklikleri oluşturuldu. "Sigaranın bırakılması, kolesterol düzeylerinin azaltılması, hipertansiyonun azaltılması" hedeflerini içeren 25 yıllık program sonunda Finlandiya'daki kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranları yüzde 65 azaldı (19). Sağlık düzeyleri yükselen insanların kazandığı kaliteli yaşam yılları ve sağlık harcamalarındaki azalmanın tüm nüfus ölçeğinde karşılığı düşünüldüğünde sosyal pazarlamanın ne derece ciddi bir etki olduğu görülebilir.

Sosyal Pazarlamanın Zor Yönleri

Ticari pazarlama metotları, sosyal pazarlamanın da temel dinamiklerini oluşturmakla birlikte bu metotlar her zaman tam olarak uygulanmayabilmektedir. Ticari pazarlamada hedef kitle bir malı satın aldığı anda faydayı doğrudan görmek ve bunu test etmek ister. Halbuki sosyal pazarlamada kazanılan davranışların etkileri genellikle uzun vadeli ve kısa vadede ikna edici sonuçlar doğurmaz. Sosyal pazarlamada "tüketici" kendisinden davranış değişikliği beklenen kişidir. Tüketici davranış değişikliğinde bulunsun da elde ettiği faydanın somut ve kesin olmaması bir sorun teşkil edebilir. Söz gelimi, düzenli spor yapmaya karşılık "diyabet olmamak" somut ve kesin bir fayda değildir. Kişi eliyle tutmadığı ve gözüyle görmediği yani ölçemediği bir faydayı elde ettiğini düşünmektedir. Sosyal pazarlamada "ürün" "davranış"lardır, "fiyat" ise bu davranışta bulunduğu anda "kişinin feda etmesi gerekli olan konfor ve maliyet"lerdir. Sosyal pazarlamada istenilen davranışlar için kişilerin hazırlarından, kişisel konforlarından vazgeçmeleri, zahmete girmeleri istenmektedir. Bu sosyal pazarlamanın önündeki en büyük engellerden biridir. Ticari pazarlamada bireylerin ihtiyaçları ve istekleri söz konusudur. Sağlık alanında bir sosyal pazarlamada ise kişiler ihtiyaçlarının farkına varmamış ve tehlikeleri fark etmemiş olabilirler. Fark etmedikleri ihtiyaçları talep edemeyecekleri için satın alma gerçekleşmez ve davranışı benimsemezler. Bu sosyal pazarlama için zorluk teşkil eder. Bu durumda "sağlık

arama davranışı"nın oluşturulması bir çözüme ulaşmada yardımcı olabilir. Karşıt grupların varlığı da sosyal pazarlamanın zorluklarından biridir. Örneğin aşı karşıtı grupların varlığı, aşı uygulanmasını reddedenlerin sayısını artırmaktadır.

Tartışma

- Pazarlama metotlarında genellikle tüketicinin alacağı ürün, ihtiyaç ve istek konusunda bilgi sahibi ve kendinden emin olduğu varsayılmaktadır. Kendi ihtiyacından ve isteğinden emin olan ve kendi rotasını çizebilen tüketici, uygun sunucuyu ve ürünü aramaktadır. Ancak sağlık alanında hizmeti arz eden ile hizmeti alan arasında büyük bir bilgi asimetrisi söz konusudur ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerine talep büyük oranda sunucu tarafından oluşturulmaktadır (20). Korumacı sağlık hizmetlerinde ise yapılan iş gereği henüz sağlık problemi ortaya çıkmadığı halde önlem alınmaktadır. Bu durumda istemesi gereken faydayı dahi bilmeyen kişiye davranışın pazarlanması ciddi bir zorluktur.

- Ülkemizde yeni yapılanma ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, ulusal ölçekte sağlık düzeyini etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Ancak bu potansiyelin sosyal pazarlama uygulamalarını da içerecek şekilde bir aksiyona dönüşebilmesi için ilgili birimin bütçesinin ve insan kaynaklarının da geliştirilmesi gerekir.

- Sosyal pazarlamanın sağlık alanında değiştirmeye çalıştığı davranışlara karşılık ticari sektör de var gücüyle çalışmaktadır. Örneğin obezite için risk faktörü olan sağlıksız beslenme, "fast food" kültürü, yüksek enerjili yiyecek ve içecek reklamları; sosyal pazarlama ile elde edilen kazanımları yok edebilir. Çünkü sosyal pazarlamacıların bütçesi ve insan kaynakları, ticari pazarlamacılarınkinden göre çok kısıtlıdır. Bu durumda iki karşı tarafın hedefleri çatıştığında nasıl bir strateji izleneceği tartışılmalıdır.

- "Gönüllülük" sosyal pazarlama çalışmalarını için bir insan kaynağı faktörü olarak kullanılabilir. 2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre 2009 yılında Kızılhaç ve Kızılay Hareketi'nin (IFRC) gönüllü sayısı 13,1 milyondur ve 13,1 milyon gönüllünün bir yılda ürettiği hizmet 6 milyar dolar değerindedir. Aynı yıl 13,1 milyon gönüllü, toplam 30 milyon kişiye hizmet ulaştırmıştır. Dünyadaki toplam gönüllü kişi sayısı yaklaşık 140 milyondur

(21). Tüm gönüllülerin ürettiği değer ise yıllık tahmini 400 milyar dolardır (22). Bu insan kaynağı, sağlık alanındaki sosyal pazarlama uygulamalarına önemli bir katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

- 1) Dahlgren G, Whitehead M.; *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*; Stockholm, Sweden; 1991.
- 2) Kotler P. and Zaltman G.; *Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*; *Journal of Marketing*, (1971); 35(3), 3-12.
- 3) Erdoğan Bayram Zafer vd.; *Pazarlama Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi; Yayın No: 2579; 2012.
- 4) Erdoğan Bayraktar Zafer; *Pazarlama Teorisinin Felsefi Temelleri: Değişim mi, İlişki mi? Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi*; 2013; 3 (1), 1-27.
- 5) Erdoğan Bayram Zafer; *Pazarlamaya Farklı Yaklaşımlar ve Kültürün Bu Yaklaşımlar Üzerindeki Rolü: Anglo-Sakson, Alp-Germen ve Anadolu Yaklaşımları Karşılaştırılması*; *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2013; Sayı 11, ss. 117-138.
- 6) McCarthy E. Jerome; *Basic Marketing a Managerial Approach*; Homewood Ill, R.D. Irwin, 1960.
- 7) Booms B., Bitner M. J.; *Marketing Strategies and Organizational Structures for Service Firms*; *Marketing of Services*, James H. Donnelly and William R. George, eds. Chicago: American Marketing Association; 1981; 47-51.
- 8) www.tbm.org.tr (Erişim Tarihi: 05.12.2018)
- 9) Bagozzi Richard P.; *Marketing as Exchange*, *Journal of Marketing*; 1975; s.32-39.
- 10) Raval A, Grönroos C.; *The Value Concept and Relationship Marketing*, *European Journal of Marketing*, 1996; 30(2), 19-30.
- 11) Cheng H, Kotler P, Lee N.; *Social Marketing for Public Health*, Jones and Barlett Publications; 2011.
- 12) Kotler P., Lee N. R., Rothschild M.; *Personal communication*, 2006.
- 13) Kotler P., Lee N. R.; *Social Marketing: Influencing Behaviors For Good (3rd ed.)*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.
- 14) Akbulut Y, Bayın G; *Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlamanın Kullanımı*, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2012.
- 15) Bayraktaroğlu G, İler B; *Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler*; Ege Akademik Bakış; 2007; 7(1) 117-132.
- 16) Ling C. J., Franklin B.A.K. vd.; *Social marketing: Its Place in Public Health*, *Annual Reviews*; 1992;13:341-62.
- 17) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması- Türkiye*; Sağlık Bakanlığı; Yayın No: 948; 2012.
- 18) Evans W. Douglas; *How Social Marketing Works in Health Care*; *BMJ*, 2006, 332: 1207-10.
- 19) Pekka Puska; *Successful Prevention of Non-communicable Diseases: 25 Year Experiences with North Karelia Project in Finland*; *Public Health Medicine*, 2002; 4(1): 5-7.
- 20) Hayran O; *Sunucular Tarafından Uyarılan Talebin Kontrolü*, *SD Dergisi*; 2015; Sayı 35, ss. 14-17.
- 21) *Volunteering - Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*; Population: United States Census Bureau.
- 22) UN Volunteers, *Dünyada Gönüllülüğün Durumu Raporu*, 2011.

Sağlıklı beslenme ve güvenli gıda ikilemi

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesinin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Metabolik Sendrom Derneği kurucu üyesidir. Öncelikli ilgi alanı insülin direnci ve metabolik sendrom ve tip 2 diyabet tedavisidir. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma ve İç Hastalıkları Kliniklerinde eğitim sorumlusu olarak görev yapmakta, aynı hastanede Klinik Çalışmalar Etik Kurul Başkanlığını yürütmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesidir.

Sağlıklı beslenme güvenli gıda anlamına gelmemektedir. Sağlıklı beslenme ve güvenli gıda birbirinin yerine kullanılmaması gereken iki ayrı terim olmasına rağmen birbirinin yerine geçen konular olarak anlaşılagelmıştır. Aslında beslenme eylemi ancak güvenli gıdayı içerdiğinde sağlıklı beslenme olmaktadır. Güvenli (sağlıklı) gıdayı, besleyici değerini kaybetmemiş, fiziksel, kimyasal ve biyolojik tehlikeler açısından temiz ve bozulmamış gıdalar olarak tanımlayabiliriz. Gıda güvenliği, Avrupa Birliği ülkeleri olmak üzere birçok ülkenin gıda kontrol otoriteleri tarafından "çiftlikten çatala gıda güvenliği" olarak ifade edilmektedir.

Dünyada genel olarak sağlıklı gıdaların tüketiminde artış görülürken işlenmiş gıdaların tüketiminde de ciddi bir artış görülmektedir. Sağlıklı ve sağlıklı olmayan her iki beslenme türünün de gelir düzeyi yüksek ülkelerde artış göstermesi dikkat çekicidir. Günümüzde çevre kirliliği, fazla kazanma hırsı ve aşırı rekabet gibi nedenler güvenli gıdaya ulaşımı sorunlu hale getirmiştir. Kontrol ve denetim mekanizmalarındaki yetersizlik ve bilinçsiz tüketim de eklenildiğinde büyük bir sağlık sorunu ile karşı karşıya olduğumuzu söyleyebiliriz.

Bazen de daha sağlıklı daha iyi beslenme isteği güvenli gıda konusundaki yanlış ve bilinçsizlik nedeni ile tam tersi sağlıklı beslenmeye dönüşebilmektedir. Örneğin bazı omega 3 kaynağı balık yağlarının tüketilmesi aynı zamanda vücut için çok

toksik olan ve atılamayan ağır metallerin alımını da sağlamaktadır. Yine sebze ve meyve tüketilmesi de görünürde sağlıklı bir eylemdir fakat tarım ilaçlarının kalıntıları hala büyük bir sorundur. Su tüketilmesi sağlık için önemlidir fakat plastik su şişelerindeki Bisfenol A maddesi gibi kimyasalların suya geçmiş olması bir güvenlik sorunudur.

Yanılıya Uğradığımız Gıdalar

Yıllardır biz hekimlerin bazı sağlıklı gıdalar konusundaki yanlışlarını masaya yatırmamız gerekir. Yanılıya uğradığımız sağlıklı gıdaların başında tereyağı gelmektedir. Onu yumurta, zeytinyağı ve bal izlemektedir. Yanılıya uğradığımız ve belli bir miktarın üstünde sağlıklı olmayan gıdalar olarak da başta margarin ile mısırözü yağı gibi bitkisel yağları sayabiliriz.

Tereyağı: Butirik asit gibi doymuş yağ içerdiği için uzun yıllar sağlığa zararlı olduğu ileri sürülen daha sonra temize çıkan besinlerden biri de tereyağıdır. Gelişmiş Avrupa ülkelerinin çoğunda doymuş yağların toplam kalori içindeki oranı önerilen %10'un üstündedir. Fransa'da bu oran %14,6'dır. Avrupa'da kişi başına en fazla tereyağı tüketimi 7,4 kg ile Fransa'dadır ve ilginç olarak kalp damar hastalıklarından ölüm %28 ile en az Fransa'dadır (1,2). Bizim ülkemizde bu oran %47'dir. Keza Portekiz'de de diyabet sıklığı %9,2 olmasına rağmen kalp damar hastalığından ölüm sıklığı %32 ile Fransa'dan sonra gelmektedir.

Fransa ve Portekiz hayvancılığın ve kaliteli tereyağı üretiminin ve tüketilmesinin en fazla olduğu ülkelerdir. Yine diyabet sıklığı %9,4 olan Çin'de kalp damar hastalıklarından ölüm oranı %45 olup bizim ülkemiz kadardır (3). Bu durum tereyağını kalp damar hastalığı ile negatif ilişkisi açısından fikir verebilir.

Endüstriyel tereyağlarının sağlığa etkileri faydaları zararları standart değildir. Tereyağının kendine has kokusunu içindeki yağ asitleri vermektedir. Pastörizasyon ile bu bileşimlerin bir kısmı kaybolacağından dolayı köy tereyağlarının lezzeti endüstriyel tereyağlarından çok daha güzel olmaktadır. Tereyağındaki pek çok yağ asidi ayrıca sağlığımıza faydaları olmaktadır. Lorik ve butirik asitleri bağışıklık sistemimizi güçlendirmekte, stearik ve palmitik asitler ise kötü kolesterol olarak adlandırılan LDL kolesterolü düşürmektedir.

Tereyağının kalitesi ve sağlığa faydalı olanı elde edildiği mevsim ve ineklerin yediği taze ot veya yeme göre değişir. İlkbahar ve yaz başında doğal tereyağının rengi olan koyu sarı rengi, taze otta yüksek oranda bulunan turuncu ve sarı karotenler vermektedir. Kışın ise kurutulmuş yemlerle beslendiklerinden tereyağının rengi soluk olmaktadır. Dolayısı ile endüstriyel, market tipi tereyağların bu özelliği gözden kaçmaktadır. Ayrıca denetimsiz işletmelerde de tereyağına sarı rengi vermek için içine kimyasal renklendiriciler katılması da gıda güvenliği açısından başlı başına bir sorundur. Genel olarak sağlığa faydası

yadsınamayacak olan kaliteli tereyağının maalesef ülkemizde tüketimi düşük olup kişi başı 1,5 kg kadardır.

Yumurta: Hekimlerin yıllarca kolesterolü yükseltiyor diyerek beslenme programlarından çıkardığı yumurta da aklanmıştır. Yapılan son çalışmalarda günde bir yumurta alanların almayanlara göre daha az kalp damar hastalığını yakalandığı gösterilmiştir (4).

Süt ürünleri, peynir, yoğurt: Fonksiyonel lipid olarak kabul edilen konjuge linoleik asidin (CLA) antitümör, antiobez, anti-aterojenik ve antidiabetik özellikleri ilgi çekicidir. İnsanlar için gerekli miktarın %60'ı süt ürünlerinden sağlanmaktadır. Sırası ile konsantre süt, tereyağı, beyaz peynirde en fazla bulunmaktadır. Süt ürünlerinin bu özelliği yıllarca gözden kaçmış ve fonksiyonel olumlu bir gıda olarak yeterince istifade edilememiştir.

Peynir tüketiminin kolesterol yüksekliğine yol açtığı savı yıllarca yanlış olarak benimsenmiştir. Oysa ki yakın zamanda yapılan araştırmalarda peynir tüketimi ile kalp damar hastalıkları arasında ters bir orantının olduğu gösterilmiştir (5). Ülkemizde sadece sabahları tüketme alışkanlığı olan peyniri salatalara ekleyerek kalp damar hastalığını azaltıcı etkisinden daha fazla faydalanılmalıdır. Yoğurt da ise durum farklıdır. Endüstriyel yoğurtlarda yoğurdun probiyotik özelliği zayıftır. Çiğ süttten yapılan ev yapımı yoğurtlarda probiyotik aktivite daha yüksektir. Yoğurta beklenen fayda probiyotik özelliğinden dolayıdır, bu nedenle yoğurt bu özelliği bilinmeden tüketildiğinde yanıltıcı olacaktır (6).

Yanılıya Uğradığımız Beslenme Şekilleri

Besin kompozisyonları: Beslenme rejimlerinin temel yasası karbonhidrat, protein, yağ gibi makronütrientlerin kabul edilmiş, test edilmiş belirli oranlarını kullanılmaktadır. Bu oranlar karbonhidratlar için %50-60, yağlar için %30, proteinler için %15-20'dir. Karbonhidratların kompleks, sindirilemeyen türden olması glikemik inseksi düşürüp kan şekerinin yükselmesini ve insülinin daha yavaş ve geç uyarılmasını sağlayacaktır. Yağların %10-12'si tekli doymamış yağ, %10'u çoklu doymamış, %7-10'u doymuş yağ sınıfından olmalıdır. Zayıflama için sadece protein ağırlıklı beslenmelerde kalp damar hastalığı ve kanser riski

artmaktadır. Sabah kahvaltısında KH protein yağ üçlüsü arasındaki sihirli oranın bozulması kilo aldırılmaktadır. Beyaz rafine undan yapılan beyaz ekmek, simit, poğaça, börek gibi unlu mamuller birkaç saat sonra acıktıracağından çok az tüketilmeli veya hiç alınmamalıdır. Kahvaltıda yumurta, peynir gibi proteinlerin ve de lif veya posa kaynağı olarak sebzelerin bulundurulması elzemdir.

Beslenme sıklığı: Beslenme rejimlerinde bir kural haline gelmiş olan (günde 4-6 kez) sık beslenme biçimleri çoğu bünye için uygun değildir. Yapılan çalışmalarda sık beslenme sonucunda kanda yemek sonrası enflamasyonun arttığı ileri sürülmüştür (7). Ne kadar sık beslenilirse o kadar çok enflamasyon olacağı bunun da diyabet, obezite, kalp-damar hastalıkları gibi düşük dereceli enflamasyon hastalıklarını bir anlamda tetikleyeceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle bazı yazarlarca beslenme sıklığının kişiye göre, yerine göre 2 kez olmasının bu riski azaltacağı düşünülmektedir. Kahvaltı atlanması kilo vermektan ziyade kilo artışına yol açtığı bilinen bir gerçektir. İçinde protein veya yağ olmayan rejimlerin acıktıracağı bilinmektedir.

Düşük kalorili beslenme modelleri: Halk arasında hızlı kilo kaybı yapması bakımından çok rağbet bulan düşük kalorili düşük karbonhidratlı ketojenik diyetler orta ve uzun vadede sağlığa zararlı olup kas yıkımına ve kalp damar hastalıklarına yol açabilmektedir. Bugün için kabul görmüş olan beslenme programları "Akdeniz Diyeti" dediğimiz sebze meyve tam tahıl, süt ürünleri, zeytinyağlılardan oluşan etkinliği ispatlanmış rejimlerdir. Günü birlik yapılan ve hiçbir bilimsel kanıtı olmayan diyetler halk sağlığını bozacak duruma gelmiştir. Düşük kalorili beslenme modelleri olarak aralıklı açlık, kalori kısıtlama, zamana kısıtlı açlık, alternatif gün orucu, periyodik açlık gibi modeller gündeme gelmiştir. Bunların arasında en emniyetli olanlar aralıklı açlık ve alternatif gün orucu sayılabilir. Düşük kalorili beslenme programlarında günlük enerjinin %20'si karbonhidratlardan olacağı için geriye kalan kısım kalori yağ ve proteinden karşılanır. Bu durum da kalp damar hastalıkları riskini artırabilir. Çok düşük kalorili yarı aç şeklindeki beslenme programları hem sürdürülebilir değildir hem de sağlık problemlerine yol açarlar. Zayıflama amaçlı beslenme programları orta-uzun vadede aylık 2-4 kg kilo kaybını hedefleyecek şekilde ol-

Halk arasında hızlı kilo kaybı yapması bakımından çok rağbet bulan düşük kalorili düşük karbonhidratlı ketojenik diyetler orta ve uzun vadede sağlığa zararlı olup kas yıkımına ve kalp damar hastalıklarına yol açabilmektedir. Bugün için kabul görmüş olan beslenme programları "Akdeniz Diyeti" dediğimiz sebze meyve tam tahıl, süt ürünleri, zeytinyağlılardan oluşan etkinliği ispatlanmış rejimlerdir. Günü birlik yapılan ve hiçbir bilimsel kanıtı olmayan diyetler halk sağlığını bozacak duruma gelmiştir.

malıdır. İnsan vücudu açlığa tahammüllü olarak şişmanlığa tahammülsüz olarak yaratılmıştır (8).

Güvenli Gıda Meselesi

Gıda üretiminde güvenlik sorunu üretimden tüketilmeye kadar olan tüm süreçlerde var olan bir sorundur. Gıdanın üretimi, işlenmesi, katkı maddelerinin eklenmesi, ambalajlanması, nakliyatı, depolanması ve pazarlanması gibi süreçler güvenlik açığını oluşturabilir bu yüzden her bir sürecin akredite edilmesi gerekmektedir. FAO tarafından 2014-2016 yıllarındaki yaklaşık 150 ülkede toplanan veriler, toplam nüfusun %9,3'ünün şiddetli gıda güvensizliğine maruz olduğunu göstermektedir. Afrika nüfusun yüzde 27,4'ünde şiddetli gıda güvensizliği mevcuttur. Örneğin diyet ekmeklerin bir kısmında koyu rengi veren kavrulmuş malt ununda kanserojen akrilamid miktarı yüksek olabilmektedir. Salam, sucuk, sosis ve pastırmada kullanılan nitrat ve nitritler de kanser, alerji, migren, kalp krizi ile ilişkili bulunmuştur.

Salam ve sosiste nispeten et miktarı az olup bol miktarda nişasta vardır.



Gıda üretiminde güvenlik sorunu üretimden tüketilmeye kadar olan tüm süreçlerde var olan bir sorundur. Gıdanın üretimi, işlenmesi, katkı maddelerinin eklenmesi, ambalajlanması, nakliyatı, depolanması ve pazarlanması gibi süreçler güvenlik açığını oluşturabilir bu yüzden her bir sürecin akredite edilmesi gerekmektedir. FAO tarafından 2014-2016 yıllarındaki yaklaşık 150 ülkede toplanan veriler, toplam nüfusun %9,3'ünün şiddetli gıda güvensizliğine maruz olduğunu göstermektedir.

Ayrıca renklendirici, raf ömrünü artırıcı koruyucular ve diğer katkı maddeleri vardır. Günde 50 gr salam sucuk sosis gibi işlenmiş et ürünü tüketenlerde bağırsak kanserine yakalanma riski %21 artmaktadır. Yine bu ürünlerde ambalaj olarak bağırsak yerine siğir ve domuzların deri ve kemiklerinden elde edilen kolajen kılıf kullanılmaktadır. Bu tür gıdalarda helal sertifikası bu yüzden önemlidir.

Kaş Yapayım Derken Göz Çıkarma

Sağlıkçıların sağlıklı beslenme önerilerinin biraz da medyanın işin içine bilinçsizce katılması ile popülerite kazandığı günümüzde belirli beslenme ürünleri ve biçimleri bilgi kirliliğini beraberinde getirmektedir. Aşırı tüketilen bazı vitaminlerin ve nutrasötiklerin kanser ile ilişkili olmasından tutun entoksikasyonlara kadar farklı yelpazelerde bu karmaşayı gözlemleyebiliriz.

Tatlandırıcılar: Tatlandırıcıların çoğunluğunu sentetik olarak üretilen siklamat, maltitol, sulfam, sukraloz, sakarin ve aspartam gibi maddeler olup, sukroz, glukoz, fruktoz ve hidrolize nişasta şurupları ve yüksek fruktozlu mısır şurupları tarımsal kaynaklı doğal tatlandırıcılardır. Hem sentetik hem de tarımsal kaynaklı olan tatlandırıcıların her ikisinin de sağlığa zararları tespit edilmiştir. Son yapılan çalışmalarda düşük kalorili tatlandırıcıların kilo aldırıcı (9) ve metabolik sendroma yol açtığı gösterilmiştir (10).

Balık yağları: Kalp damar hastalığının önlenmesinde ve de yüksek trigliserid düzeyi olanlarda (> 500 mg/dl) tedavi amaçlı olarak önerilen balık yağlarının (DHA+ EHA) elde edildiği menşe çok önemlidir. Zira bazı balık yağları içerdikleri ağır metaller nedeni ile zararlı olabilmektedir.

Nişasta bazlı şekerler: Başta mısır olmak üzere buğday ve patates gibi ürünlerin şurubundan elde edilen ve "früktöz" olarak adlandırılan nişasta kaynaklı şekerlerin, insan sağlığına olumsuz etkileri ile ilgili giderek artan endişeler ve kanıtlar ortaya çıkmıştır. Nişasta bazlı

şekerler bisküvi, çikolata, tatlı, şekerleme, ketçap gibi hazır gıda endüstrisinin başlıca endüstriyel şekeridir. Bunun nedeni ucuz olmasıdır. Türkiye'de obezitenin ve metabolik sendromun salgın hale gelmesinde, karaciğer yağlanması etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bu tehlike gebelerde çok daha sinsi olarak zarar vermektedir. Nişasta bazlı şekerler (NBŞ) gebelerde bebeğe geçebilmekte ve bebeğin beyinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Ayrıca NBŞ'ler bağırsak bakteri florasını da değiştirerek zararlı bakterilerin artmasına faydalı bakterilerin azalmasına yol açmaktadır. NBŞ'lerin toplam gıdanın içerisindeki miktarının yüzde 10'un altında olması gerekiyor.

Süt ve süt ürünlerinde aflatoksin tehdidi: Hayvanların (inek, manda, koyun ve keçi) yemlerle aldığı ve kanserojen etkisi yüksek olan aflatoksin B1 sindirim sistemlerinde metabolize olarak sütlerine aflatoksin M1 (AFM1) olarak geçmekte olup bu tür süt ürünlerini tüketen insanların özellikle bebek ve çocukların sütte bulunan AFM1 toksinine maruz kalma riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (11).

Gıda Etiketlemelerinde Sorunlar

Gıda ürünlerinin üzerinde menşeinin belirtimi ciddi bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Yapılan yeni düzenlemeler ile artık gıdaların üzerinde elde edildiği ürün veya kimyasal madde açıkça yazılacaktır. Örneğin gıda maddesinde nişasta bazlı şeker kullanılmış ise bu durum etikette açıkça yazılacaktır.

Gıda Katkı Maddeleri

Gıdalara çeşitli kaynaklardan karışan ya da dışarıdan eklenen gıda olmayan

kimyasal maddeler insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olurlar. Gıda katkı maddeleri gıdaların bozulmasını önlemek, besin değerlerini korumak ve dayanıklılığını artırmak amacı ile yaygın kullanılmakla beraber zararları konusunda bilinç ve bilgi düzeyi yeterli değildir. Belirli bir miktarın üzerinde tüketilmesine izin verilmekle beraber bu miktarların kontrolü oldukça zordur. Hiç ummadığımız besinler içerdikleri sağlığa zararlı katkı maddeleri ile sürprizler yapabilmektedir. Benzoik asit ve bileşikler, melamin renklendiriciler, tatlandırıcılar, sodyum nitrit ve nitrat, butillenmiş hidroksianisol (BHA) ve butillenmiş hidroksitoluen (BHT), olestra, olestra yağı, transyağlar bu katkı maddelerinin çoğunda kanser yapıcı etkiler gösterilmiştir. Benzoik asit ve bileşikler antimikrobiyal özelliklerinden dolayı içecekler, çikolata, soslar, ketçap, mayonez, katı ve sıvı yağlar, süt tozu, kuru maya, unlu mamuller, salata, çerez gibi gıdalarda sık olarak kullanılmaktadır. Gıda katkı maddelerinin aşırı duyarlılık, ürtiker, astım, çocuklarda hiperaktivite-dikkat eksikliği sendromu, östrojen hormonlarının artışı hatta tümör oluşumu gibi yan etkileri gözden kaçırılmamalıdır.

Süt, süt tozu, sütlü mama, dondurma, kahve gibi gıdaların üretiminde kullanılan melaminin kanser yapıcı etkileri gösterilmiştir. Şekerlemeler, gazlı meşrubatlar reçel, dondurma, salata sosları, ketçap, konserve, sosis, unlu gıdalar, balık, hazır çorbalar gibi gıdalarda kullanılan renklendiricilerin çocuklarda davranış değişiklikleri ve hiperaktiviteye, migren ve bazı kanser türlerinde artışa neden olduğu ileri sürülmektedir. Sosis, salam, sucuk, hazır et yemekleri, tütülenmiş balık gibi ürünlerde kullanılan sodyum nitrit ve nitratların vücutta çok çeşitli kanserlere yol açtığı gösterilmiştir. Patates cipsi ve kızartmalarda kullanılan sentetik olestra yağı da görme bozukluklarına ve bazı kanser türlerinde artışa yol açabilmektedir. Patates cipsinde ve bebek mamalarında ve bazı yiyecek ve içeceklerde kullanılan butillenmiş hidroksianisol (BHA) ve butillenmiş hidroksitoluen (BHT) de yine kanser ile ilişkisi gösterilmiştir (11).

Gıdalara Bulaşan Kimyasal Maddeler

Gıda içinde saklandığı ya da bekletildiği kaptan çözünme sonucu geçen veya çevresel atıklardan bulaşan zararlı maddeler

ciddi sağlık tehlikelerini barındırmaktadır. DSÖ, 2020 yılına kadar kanser hastalıklarının %60 oranında artacağına işaret etmektedir. Bu artıştan %35 oranında gıdalara katılan veya bulaşan kimyasal maddelerin sorumlu olacağını belirtmiştir. Bunlar; tarımsal ilaçlar olarak adlandırılan pestisitler, hayvansal ürünlerdeki veteriner ilaç kalıntıları, ağır metaller, dioksinler, hormonlar, aromatik hidrokarbonlar gibi çevre kirliliği ajanları, gıdaların pişirilmesi sırasında oluşan toksik maddeler, gıda üzerinde kimyasal reaksiyonlar ile oluşan bileşikler (nitrozaminler gibi), kaplar ve ambalajlardan gıdalara bulaşan kimyasallar (Bisfenol A gibi) olarak sayılabilir.

Ağır metaller endüstriyel atıklarla yer altı sularına, toprağa karışabilmektedirler. Ağır metaller kirlenmiş çevreden, tarım yapılan topraklara, ağır metal bulaşmış otlarla beslenen hayvanlardan süt ve etlerine, kirlenmiş sulardan avlanılan balıklara veya gıda üretimi esnasında kullanılan araç ve gereçlerden gıdalara bulaşabilmektedir. Ayrıca madencilik, egzoz atıkları, gübreler, kanalizasyon atıkları, ambalaj malzemeleri, gıdaların üretiminde kullanılan metalik alet-ekipmanlar diğer metal kaynaklardan gıda kaynaklarına veya doğrudan gıdalara bulaşabilmektedir (11). Ambalaj malzemelerinden gıdaya taşınan kimyasallar da başlı başına sessiz duran önemli bir sorundur.

Helal Sertifikasyonu

Halkımızın hassas olduğu konulardan birisi de helal meselesi olup son zamanlarda bazı gıdalarda helal sertifikası aranmaktadır. Helal sertifikasyonunda önemli ürünlerden veya katkı maddelerinden biri domuz menşeli ürünlerdir. Örneğin kakaolu pasta kremlerinde jelatin ve emülgatör kullanılabilmektedir. Salam, sucuk, sosis gibi ürünlerde ambalaj olarak bağırsak yerine siğir ve domuzların deri ve kemiklerinden elde edilen kolajen kılıf kullanılmaktadır. Boza üretilirken alkol oluşmaktadır. Taze iken alkol düzeyi düşük olup bekledikçe artmaktadır. Bu tür gıdalarda helal sertifikası bu yüzden önemlidir. Peynir tozu ve peynir altı suyu tozu gıdalarda çok farklı amaçlar için kullanılmaktadır. Peynir tozları ve peynir altı suyu tozu (whey) çoğu zaman şüpheli katkıları olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeni özellikle peynirin mayalanmasında kullanılan mayanın domuz kaynaklı veya İslami usullere göre kesilmeyen hayvanlardan elde edilmiş olabileceğidir (12). Siğir, koyun ve

domuz gibi hayvanların bağ dokuları ve kemiklerinden elde edilen jelatin, yoğurt, et ve sosis, et suyu konserve ürünlerinde kullanılmaktadır (13).

Sonuç

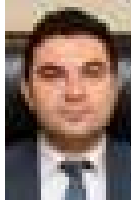
Beslenme bilimi ile ilgili bilgiler hızla değişmektedir. Sağlıklı beslenme, güvenli gıda ve de helal gıda iç içe girmiş kavramlardır. Her sağlıklı besin güvenli değildir. Her sağlıklı ve güvenli gıda da helal gıda değildir. Bu nedenle sağlıklı beslenme kriterlerine uyan besinlerde güvenlik aranmalı, sağlıklı ve güvenli gıdada da hassasiyeti olan insanlar için helal kavramı aranmalıdır.

Kaynaklar

- 1) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/243297/France-WHO-Country-Profile.pdf. (Erişim Tarihi: 25.05.2018).
- 2) http://www.who.int/diabetes/country-profiles/fra_en.pdf?ua (Erişim Tarihi: 1. 25.05.2018).
- 3) <http://www.who.int/diabetes/country-profiles>. (Erişim Tarihi: 25.05.2018)
- 4) Qin C, Lv J, Guo Y, Bian Z, Si J, Yang L, Chen Y, Zhou Y, Zhang H, Liu J, Chen J, Chen Z, Yu C, Li L; Associations of Egg Consumption with Cardiovascular Disease in a Cohort Study of 0.5 Million Chinese Adults. *Heart*. 2018 May 21. pii: heartjnl-2017-312651. Doi: 10.1136/heartjnl-2017-312651.
- 5) Chen GC et al. Cheese Consumption and Risk of Cardiovascular Disease. *Eur J Nutr* 2017; 56:2565-75.)
- 6) Lordan R, Tsoupras A, Mitra B, Zabetakis I. Dairy Fats and Cardiovascular Disease: Do We Really Need to be Concerned? *Foods*. 2018 Mar 1;7(3). pii: E29. doi: 10.3390/foods7030029
- 7) Calder PC, Ahluwalia N, Brouns F, Buetler T, Clement K, Cunningham K et al. Dietary factors and low-grade inflammation in relation to overweight and obesity. *Br J Nutr* 2011 Dec;106 Suppl 3:S5-78. doi: 10.1017/S0007114511005460. Review.
- 8) Wylie-Rosett J, Davis NJ. Low-Carbohydrate Diets: An Update on Current Research. *Curr Diab Rep*. 2009 Oct;9(5):396-404.
- 9) Chia CW, Shardell M, Gravenstein KS, Carlson OD, Simonsick EM, Ferrucci L, Egan JM. Regular Low-Calorie Sweetener Consumption is Associated with Increased Secretion of Glucose-Dependent Insulinotropic Polypeptide. *Diabetes Obes Metab*. 2018 Apr 23. Doi: 10.1111/dom.13328.
- 10) Hess EL, Myers EA, Swithers SE, Hedrick VE. Associations Between Nonnutritive Sweetener Intake and Metabolic Syndrome in Adults. *J Am Coll Nutr*. 2018 Mar 30;1-7. Doi: 10.1080/07315724.2018.1440658.
- 11) Erkmen O. Gıda Kaynaklı Tehlikeler ve Güvenli Gıda Üretimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010; 53: 220-235
- 12) Küçüköner E. Peynir Tozu ve Peynir Altı Suyu Üretimi. <http://www.helalvesaglikli.org/tr/bilgi-merkezi/goster> (Erişim Tarihi: 12.26.05.2018).
- 13) Yetim H. Jelatin Üretimi. <http://www.helalvesaglikli.org/tr/bilgi-merkezi/goster/13> (Erişim Tarihi: 12.26.05.2018).

Okul sağlığı ve sağlıklı beslenme

Dr. Çağrı Emin Şahin



İÜ Tıp Fakültesinden mezun oldu (2015). İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde çeşitli pozisyonlarda teknik personel ve Sultangazi Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı olarak görev yaptı. Genç Yeryüzü Doktorlarının kuruluşunda ve yönetim kurulunda görev aldı. Halk sağlığı doktora eğitimini sürdüren Dr. Şahin, halen Konak Sağlık ve Sosyal Bilimler Dergisi Sorumlu Yazı İşleri Müdürlüğü'nü yürütmekte ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığında çalışmaktadır.

Dr. Hüseyin Küçükali



Kocaeli Fen Lisesinden (2010) ve İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Programından (2016) mezun oldu. Halen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünde Ar-Ge Birimi Sorumlusu olarak görev yapan ve halk sağlığı doktora eğitimini sürdüren Küçükali, İstanbul'da sağlıkta geri bildirim yönetiminin yeniden tasarlanması başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik bir dizi projeye öncülük etti.

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde okul, “her türlü eğitim ve öğretimin toplu olarak yapıldığı yer” olarak tanımlanmaktadır. Hem bu eğitim faaliyeti hem de toplu bir yaşam alanı olması dolayısıyla okullar, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından birçok imkânı ve riski bünyesinde barındırmaktadır. Okul sağlığı, en geniş manasıyla eğitim kurumlarında öğrencilerin, okul çalışanlarının ve ailelerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik tüm çalışmalardır. Bu çalışma türleri politika belirleme, eğitim, düzenleme, denetim ve iş birliği başlıkları altında toplanabilir. Çalışmalarda öğrenciler ve personelin yanı sıra velilerin, fiziksel ve sosyal çevrenin de dâhil olduğu tüm okul ekosistemi bütüncül olarak ele alınmalıdır. Sağlığı koruma ve geliştirme bağlamında okullarda yürütülecek çalışmaların en büyük avantajı süregelen faaliyetlerle nüfusun çok büyük bir kısmına ulaşmanın mümkün olmasıdır. Zira birçok ülke için en çok sayıda vatandaşa temas eden, aktif ilişki kuran kurumlar okullardır. Değişkenlik göstermekle birlikte okul sağlığı programlarının hedef kitlesinin genellikle 6-14 yaş arasındaki öğrenciler (okul çağı ve erken adölesan) yani ilk ve ortaöğretim kurumları olduğu görülmektedir. Modern ve yaygın okul sağlığı çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosunun öncülüğünde 1991’de kurulan Sağlık Geliştiren

Okullar Ağı (ENHPS) ile başlamıştır. 1995 yılında Dünya Sağlık Örgütü bu faaliyetleri yaygınlaştırmak için Küresel Okul Sağlığı Girişimini başlatmıştır. Bu girişimin hedefi “Sağlığı Geliştiren Okullar” olarak nitelendirdikleri okulların sayısını artırmaktır. Türkiye’de de yürürlükte olan programda “Sağlığı Geliştiren Okul”; yaşamak, öğrenmek ve çalışmak için sağlıklı bir ortam olma kapasitesini sürekli olarak güçlendiren okul olarak tanımlanmaktadır.

Kanada’da yaygın olarak uygulanan “kapsamlı okul sağlığı” yaklaşımı da uluslararası alanda kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda “iyilik hali” öğrencinin okuldaki temel kazanımlarından biri olarak görülmektedir. Yaklaşımın dört esası Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Kapsamlı Okul Sağlığı Yaklaşımı

Esas	Açıklama
1. Sosyal ve Fiziksel Çevre	Ailevi ve toplumsal ilişkiler ile duygusal iyiliğin desteklenmesi Öğrenci ve okul çalışanlarının kendi içinde ve birbiri arasında kaliteli ilişki kurması Binalar, oyun alanları ve ekipmanlara; güvenlik, sanitasyon, hava temizliği ve sağlıklı gıda açısından dikkat edilmesi
2. Öğretme ve Öğrenme	Resmi ve gayri resmi müfredatlar, kaynak ve aktivitelerle öğrencilerin sağlık bilgi ve becerilerini artırmak
3. Politika	Kılavuzlar ve iyi örnekler yoluyla öğrencilerin ve tüm okul topluluğunun iyilik halinin desteklenmesi
4. İş Birliği ve Hizmetler	Okullar, aileler, toplumsal örgütler arası; sağlık, eğitim ve ilgili diğer sektörler arası iş birliği Toplumsal ve okul bazlı hizmetlerde öğrenci ve çalışan sağlığının teşviki.

Halk sağlığı profesyonelleri ile eğitimcilerin ortak çalışmaları neticesinde 2014 yılında Bütüncül Okul, Bütüncül Toplum, Bütüncül Çocuk (Whole School, Whole Community, Whole Child - WSCC) modeli geliştirilmiştir. Model merkezine çocuğu alarak; ailesine bağlı, toplum katılımı desteklenen, fiziksel çevrenin risklerine karşı güvenli ve psiko-sosyal yönden sağlıklı olabilmesi için toplumun, ailenin ve okul çalışanlarının koordinasyonunu sağlamak üzerine kurgulanmıştır. “Sanal sağlıklı okul” adı verilen etkileşimli bir çevrimiçi uygulama ile bu modelin okullarda nasıl uygulanabileceğinin örnekleri sunulmaktadır. Farklı programlar incelendiğinde aslında benzer fikirlerin farklı isimlerle ifade edildiği görülmektedir.



Model: Bütünçül Okul, Bütünçül Toplum, Bütünçül Çocuk Modeli (CDC, 2015)

Türkiye’de Okul Sağlığı

TÜİK’in 2016 tarihli verilerine göre ilk ve orta öğretim kurumlarına devam eden çocuklar nüfusumuzun yüzde 20,52’sini oluşturmaktadır. Okullar, çocukların toplu olarak vakitlerinin büyük çoğunluğunu geçirdikleri yerler olmaları sebebiyle gelişimlerinde aileden sonra en önemli yere sahip sosyal ortamlardır. Türkiye’de okul sağlığı çalışmaları cumhuriyet öncesine dayanmaktadır. Okul sağlığı çalışmalarına dair en eski belge 10 Şubat 1912 tarihli “Bilumum Mekatipte Emraz-ı Sariyenin Men’i, Tevessü’ü ve İntişarı Hakkında Nizamname”dir. Bu belgede bulaşıcı hastalıklarla mücadelede temel görev, eğitim kurumlarına yüklenmiş ve sağlık müfettişlerinin eğitim kurumlarına destek mahiyetinde çalışmasının önü açılmıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile okul sağlığı sorumluluğu Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Zaman içerisinde hekimlerin okul sağlığı konusunda görevleri tanımlanmış, yatılı okulların revirlerinde hizmet vermek üzere “okul hemşireliği” kurgulanmıştır. 1961 yılında 224 sayılı meşhur Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 154 sayılı yönergesi ile okul sağlığı hizmetleri ve meslek gruplarının görevleri açık bir şekilde ortaya konulmuştur. Okul sağlığında temel sorumlunun sağlık ocağı hekimi olduğu belirtilerek bu konuda okul yönetimi ve öğretmenleriyle ortak çalışmalarının önemi vurgulanmıştır. 2006 yılında Millî Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında “Okul Sağlığı İş Birliği Protokolü” imzalanmıştır. Bu protokol ile ekip çalışmasının önü daha da açılmıştır. Sağlık Bakanlığı genel muayene, aşı uygulamaları ve taramaların yanında; öğrenci, öğretmen ve velilere sağlık eğitimleri verilmesi, sağlıklı içme suyu ve tuvalet, bahçe dâhil sağlıklı çevrenin sürekli izlenmesi, kantinlerin ve yemekhanelerin çocukların gelişim çağına

uygun nitelikte ve hijyende bulunması ve hatta okulların çevresinde öğrencilere hitap eden yerlerin faaliyet uygunluğunun denetlenmesine kadar geniş çaplı değerlendirmeler ve yaptırımlar uygulayabilir duruma gelmiştir. İş birliği protokolü beş yılda bir gerekli düzenlemeler yapılarak yenilenmekte olup en son 2016 yılında yeniden imzalanmıştır. Günümüzde okul sağlığı hizmetleri, aile hekimleri ve ilçe sağlık müdürlüğü çalışanlarıyla yürütülmektedir. Günümüzde okul sağlığı çalışmalarının yoğunlaştığı başlıca alanlar Tablo 2’de özetlenmiştir.

6-14 yaş arası çocuklar okul çağı çocukları olarak tanımlanır. Bu dönemde öğrenme hızlıdır ve çocuklar dış etkilere son derece açıktırlar. Alışkanlıkları bu dönemde oluşmaya başlar. Sağlıklı bir çevrede vakit geçirmeleri, hareketli yaşama adapte olmaları bu dönemde mümkün olmaktadır. Özellikle büyüme ve gelişme süreçlerinin hızlı olduğu bu dönemde kazanacakları beslenme alışkanlıkları, bir ömür boyu oluşacak fazla kiloların ve bu kiloların sorumlu olacağı kalp-damar ve diğer sistemik hastalıkların edinilmesinin önünde önemli bir set olacaktır. Ayrıca büyüme sürecinde vücutlarının ihtiyacı olan önemli miktarda enerjinin yanında protein, mineral ve vitaminlerin de yeterli ölçüde alınması gerekmektedir. Bu ihtiyaçların dengeli ve yeterli sağlanabilmesi için bu yaş çocuklara özel beslenme programlarının geliştirilmesi ve çevrelerinde bu programlara yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Topluma bilinçli olarak ilk adımlarını attıkları büyüme sürecinde pek çok zararlı-zararsız gıdaya maruz kalan çocuklar neyi, nasıl yemeleri gerektiğini bilemediklerinden, ayrıca okullarda ve evlerde yenilen besinlerin

doğru seçilememesinden ve uygunsuz yöntemlerle pişirilmesinden beslenme sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu programlarda temel amaç çocuğun gelişiminin, doğru beslenme alışkanlığı kazandırılmasıyla desteklenerek fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişiminin en ideal düzeyde olmasını sağlamaktır. Dengeli ve yeterli beslenmenin en önemli göstergesi çocuğun yaşına uygun boy ve kilo değerlerinde olması, yani büyüme ve gelişmesinin sağlıklı sınırlar içerisinde bulunmasıdır. Bunun sağlanmasında anne, baba ve akrabalar olduğu kadar, okul yönetimine ve öğretmenlerine de önemli görevler düşmektedir. Sağlık Bakanlığı okul çağı çocuklarında beslenme uygulamalarıyla ilgili yapmış olduğu çalışmalarında meseleye aile-okul-çevre ve çocuk perspektiflerinin tümünü kapsar nitelikte yaklaşımlar geliştirmeye çalışmış ve birçok yeni uygulamaya imza atmıştır.

Türkiye’de Okullarda Sağlıklı Beslenme Uygulamaları

Müdahale ve çalışmaların tamamı Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” çerçevesinde geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığının 2018-2023 dönemi için güncellenmiş olan program, geniş tabanlı ve çok sektörlü bir yaklaşımı benimsemiştir. Başta sağlık, spor ve eğitim olmak üzere ilgili tüm kamu kurumları ile uluslararası kuruluşlar; üniversitelerin tıp, beslenme ve diyetetik, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve gıda mühendisliği bölümlerinden akademisyenler; meslek odaları ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin katılımıyla program değerlendirilmiştir. Ayrıca bakanlığın internet sayfasında da yayımlanarak tüm kamuoyunun gö-

Tablo 2: Okul Sağlığında Güncel Eğilimler

Okul ve çevresinde öğrenci ve çalışanlarca sağlığa faydalı gıdaların tüketilmesini temin ve teşvik etme.	Sağlıklı Beslenme
Tesislerin, oyun alanlarının ve çevrenin hijyen ve güvenlik açısından öğrenci ve çalışanların sağlığına olumlu etki edecek bir ortam olması	Sağlıklı Okul
Fiziksel aktivitenin öğrenciler, çalışanlar ve veliler için teşvik edilmesi.	Aktif Yaşam
Eğitim faaliyetinin kendisi veya okuldaki diğer faaliyetlerin öğrenci ve çalışanların sağlığına duygusal, davranışsal veya sosyal olarak olumlu etki etmesi.	Ruh Sağlığı

rüşüne açılmıştır. Okul sağlığına yönelik "okullarda obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması" amaçlı doğrultusunda beş hedef belirlenmiştir. Bunlar; öğretmen ve öğrencileri yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek; aile, okul ve medya iş birliği ile ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde çocukların ve gençlerin fiziksel aktivite, spor faaliyetleri ve sosyal aktivitelere yönlendirilmesini sağlamak; okullardaki fiziksel aktivite imkânlarını bütçe imkânlarını da dikkate alarak artırmak; okullarda verilen beslenme hizmetlerinde denetimleri etkin şekilde yürütmek ve standardizasyonu sağlamak; okullarda fazla kiloluluk ve obezite prevalansını yüzde 5 azaltmaktır.

Belirlenen hedeflere ulaşmak için Sağlık Bakanlığının şimdiki dek yürürlüğe koymuş olduğu uygulamalar; Beslenme Dostu Okullar, Okul Sütü ve Okullara Kuru Üzüm Dağıtım Programlarıdır. Bunların yanı sıra Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı, Pansiyonlu Okullar için Beslenme Hizmetleri Rehberi, Sağlıklı Beslenme Çantası ve okullarda sunulan yemeklere yönelik geliştirilen menü modelleri gibi kaynaklar da hazırlanmıştır. Yapılan çalışmaların vatandaşla paylaşıldığı, ilgi çekici görsellere, haberlere ve yayınlara yer verilen "beslenme.gov.tr" internet sitesi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığınca kurulmuştur. İnternet sitesi sağlık çalışanı olsun olmasın yetişkin bireylere hitap ettiği kadar; öğretici oyunlar, sesli kitaplar ve eğitim videoları ile de özellikle okul çağı çocuklarının ilgisini çekecek şekilde tasarlanmıştır. Okullarda, okul kantinlerinde ve okul çevresinde sunulan yiyecek içecekler standartlar getirilmiştir. Bu standartların temini için çok yönlü izleme ve değerlendirme faaliyetleri sürdürülmektedir. Çok yönlü yaklaşımın beraberinde getirdiği avantajların yanında bazı bakanlıklardan yeterli düzeyde destek alınamaması uygulamayı zorlaştırmaktadır. Her bakanlığın üzerine düşen görevlerini yerine getirmek gibi bir yükümlülüğü olduğu bilinmekle birlikte özenli, sistematik ve sürdürülebilir şekilde uygulamaya koyamaması da bazı programların zaman içerisinde etkisizleşmesine neden olabilmektedir. Örnek olarak Kuru Üzüm Dağıtım Programı gösterilebilir. Kamu Spotu ve "okuluzumu.com" web adresi ile tanıtımı gayet iyi gerçekleştirilen programın son dönemlerde web adresinin iptal olduğu ve

uygulamalarının aksadığı gözlenmektedir. Hedeflere ulaşmada ara ölçütlerin net olarak belirlenmemesi ve dönem dönem değerlendirme çalışmalarının niceliksel anlamda yetersiz kalmasından ötürü yapılan uygulamaların ölçülmesi noktasında eksiklikler mevcuttur. Değerlendirme çalışmalarının artırılması, kurumlar arası protokollerin geliştirilip sayısının artırılması gerekmektedir. Hâlihazırda sahada yürütülen uygulamaların takibinin yapılması, açıklarının giderilmesi noktasında da yardımcı olacaktır. Örneğin İstanbul'da bir toplum sağlığı merkezi tarafından yapılan kantin denetiminde; ünlü bir cips markasının ve satılan cipslere bire bir benzer şekilde tasarlanmış ambalajı üzerinde "kraker" ibaresi yazılı olduğu tespit edilmiştir. İçeriği incelendiğinde Tarım ve Orman Bakanlığı'nın kraker standartlarında üretilip onayını bu kategoriden almış olmasından ötürü herhangi bir işlem uygulanamamıştır.

Beslenme Dostu Okullar Programı

Her yıl ilgili ölçütler değerlendirilerek "Beslenme Dostu Okul" unvanı alan eğitim kurumları Bakanlıkça duyurulmaktadır. Programın teşvik ettiği hususlar içerisinde beslenme atölyelerinin kurulmasından, öğrenci-veli-öğretmen aktivitelerinin düzenlenmesinden; fırın, lokanta ve manav gezilerinden münazara turnuvalarının organize edilmesine kadar pek çok aktivite önerisini barındırmaktadır. Önerileri dört başlıkta toplamak daha iyi anlaşılması açısından uygun olacaktır: Yönetim ve öğrenci-veli aktivitelerinin düzenlenmesi; eğitim faaliyetleri ve farkındalığın artırılması; kontrollü ara öğün uygulamaları; okul yemekhanesinde, kantinde ve yakın çevrede Sağlık Bakanlığının belirlediği niteliklere uygun gıda sunumu ve satışı.

Okul Sütü Programı

Programın amacı; okul çağı çocuklarımıza süt içme alışkanlığını kazandırmak, dengeli ve düzenli beslenmeye dikkat çekerek destek olmaktır. 2016-2017 eğitim ve öğretim yılı ikinci döneminde özel okullar da dâhil olmak üzere 33.308 anaokulu ve ilkokulda 200 ml, yağlı, sade UHT süt dağıtılacaktır. Yaklaşık 6 milyon öğrenciye, haftada üç günden 48 günde, toplam 289.538,688 adet kutu süt dağıtılması planlanmıştır. Uygulamaya ilk kez geçilen 2011-2012 yılında basında da yer alan öğrencilerin zehirlenerek hastaneye kaldırıldığı haberleri programla ilgili şüpheler ortaya çıkarmıştır. Sonrasında yapılan

incelemeler neticesinde dağıtılan sütlerin bozuk olmadığı teyit edilip rahatsızlanma vakalarının laktoz intoleransı (süt şekerine aşırı hassasiyet) vakalarından kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Sütün bazı metabolizmalarda gaz ve hazımsızlık gibi etkileri olduğu bilinmektedir. Daha nadir olarak da laktoz intoleransına neden olabilmektedir. Türkiye'nin tamamında 6 milyon öğrenciye dağıtılan sütlerin bu etkisinin beklenen bir durum olduğu uzmanlarca da ortaya konulmuştur. O dönemden beri de alınan önlemler ve hazırlanan kılavuzlara düzenli uyulması sonucu herhangi bir sıkıntı oluşmamıştır.

Okullara Kuru Üzüm Dağıtım Programı

Obezite ile mücadelede geliştirilen stratejilerden birisi de okullarda meyvenin ve sebzenin özendirilmesi ve dağıtımının yapılmasıdır. Ayrıca sağlıklı ara öğün alışkanlığı kazandırmanın gerekliliği ve kuru üzümün besleyiciliği de bu programın geliştirilmesinde ana belirleyicilerden olmuştur. İlkokul çocukları için geliştirilen program üç ana öğünün yanında iki ara öğünü teşvik eder niteliktedir. Bu ara öğünlerde gelişime katkısı olacak, sağlıklı besinlerin tüketilmesini amaçlamaktadır.

Dünyadan Dikkat Çeken Uygulamalar

Birçok ülkede çeşitli sağlıklı beslenme uygulamaları mevcuttur. Ülkemizde gelecekte yapılabilecek çalışmalar için fikir verebilecek bazı iyi uygulama örnekleri aşağıda sıralanmıştır.

- ABD'de ulusal çapta düzenlenen yarışmalar ve verilen ödüller sayesinde okulların sağlıklı beslenmeye dair kendi yaklaşımlarını geliştirmeleri sağlanmıştır. Örneğin The Alliance for a Healthier Generation tarafından okullarda yürütülen çalışmalarla kahvaltıya katılım yüzde 20 artmış, bazı okullarda sınıflarda yapılan kutlamalarda yalnızca sağlıklı besinlerin tüketimine dikkat edilmiştir. Bu yolla sağlıklı beslenmenin eğlenceli olmasına da vurgu yapılmış, bazı okullarda ise okul menülerinde besleyiciliğe dair daha fazla bilgiye yer verilmiştir.

- Cornell Üniversitesinin geliştirdiği Akıllı Yemekhaneler Hareketi, düşük maliyetli ufak değişikliklerle öğrencileri sağlıklı yiyecekleri seçmeye ve yemeye özendiren ve onlardan keyif almalarını sağlamayı amaçlayan bir harekettir. Yap-

tıkları davranış araştırmalarına dayanarak besinlerin yemekhanede sunuldukları yerleri ve sıralarını değiştirmek, onlara isim vermek gibi basit uygulamalarla okul yemekhanelerinde meyve tüketimini yüzde 102'ye, sebze tüketimini yüzde 70'e, süt tüketimini yüzde 46'ya kadar artırmayı başarmışlardır. Uygulamalarda ortak olarak dikkat çektikleri nokta ise sağlıklı besinleri öne çıkarırken öğrencinin tercih hakkını korumanın daha iyi sonuç vermesidir.

- Amerikan Tarım Bakanlığının okullarda uygulanmak üzere belirlendiği beslenme standardına göre Akıllı Atıştırmalıklar belirlenirken uygulanan ölçütler şu konular göz önünde bulundurulmuştur: Tahıllı gıdalarda tam tahıl oranları, meyve, sebze, süt ürünleri ve proteinin öncelikli tüketimi, halk sağlığı açısından endişe konusu olarak belirlenmiş besleyicilerin günlük ihtiyaçlarını karşılama oranları, kalori üst sınırları, sodyum tüketim üst sınırları, yağ tüketim üst sınırları ile doymuş ve trans yağ oranları, şeker tüketim üst sınırları. 2005'te kurulan Başarı İçin Tarif Vakfı (Recipe for Success Foundation) geliştirdikleri kanıta dayalı "Tohumdan Tabağa Beslenme Eğitimi" ile okullarda öğrencilerin gıdalar hakkındaki farkındalığını artırmış, bu yolla öğrencilerin daha sağlıklı beslenme tercihleri ve davranışları sergilemesini sağlamışlardır. Eğitimlerde eğlence faktörünün önemine dikkat çekmektedirler. Yaptıkları derslerde öğrencilerin gıdaların tohumdan tabağa geliş süreçlerini ellerini kirleterek görmelerini sağlamışlardır. Bunun için kurdıkları bahçelerde öğrencilerle bahçıvanlık uygulamaları yapmışlardır. Uygulanan eğitim sonucunda daha önce sebzelere dokunmak bile istemeyen öğrencilerin sebzeleri sevdiği, evde yemek yapmaya yardım etmek istedikleri ve yönlendirilmeksizin daha sağlıklı seçenekleri seçtikleri görülmüştür.

- İngiltere'de Eğitim Bakanlığı tarafından desteklenen Okul Gıda Planı, okullarda tüketilen gıdaların kalitesinin geliştirilmesi amacıyla ortaya çıkmıştır. Bu plan kapsamında okullarda yemek pişirme, sebze yetiştiriciliği hatta hayvancılık üzerine gıda eğitimleri verilmektedir. Bu plan kapsamında okullara, takip etmeleri için bir dizi eylem sunulmuştur. Bu eylemler ile lezzetli ve besleyici gıdalar sunmak, yemekhanenin fiziksel mekân olarak geliştirilmesi, yemek ücretlerinin belirlenmesi, çocukların yemek pişirmek ve sebze yetiştirmeye ilgilerinin çekilmesi amaçlanmıştır.

- İngiltere'de ERIC (Enuresis Resource and Information Center) tarafından başlatılan "Okulda Su Çok Havalı" kampanyası ile çocukların sıvı alımlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

- Avrupa Birliği tarafından uygulanan Okul Meyve ve Sebze Projesi ile Okul Sütü Projesi kapsamında da üye ülkelerin, okul çocuklarına bu gıdaları ve türevlerini sağlaması beklenmiş, diğer tarımsal gıdaların (zeytin, zeytinyağı, bal, vs.) dâhil edilmesi ve sağlıklı beslenme üzerine eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları da desteklenmiştir.

Sonuç

Okul sağlığı; öğrencisinden velisine, eğitimcisinden diğer okul çalışanlarına kadar okul ile irtibatlı herkesin sağlığını ve katılımını kapsayan bir kavramdır. Okullar gerek yürüttükleri eğitim ve öğretim ile gerekse oluşturdıkları ortamın diğer unsurları ile sağlığı etkileyecek birçok potansiyel alan barındırmaktadır. Okul sağlığını güçlendirmek için yürütülen, yukarıda da birkaçını ele aldığımız programların her biri insanların hayat kalitesini etkileyen farklı yeteneklere sahiptir. Ülkemizde yürütülmekte olan programların kararlılıkla devam ettirilmesi, çıktıların takip edilmesi ve en önemlisi tüm paydaşların okul sağlığını daha üst düzeye çıkarmak için neler yapılabileceği üzerine sürekli araştırma ve geliştirme gayretinde olması gerekmektedir. Özellikle dünyadaki iyi uygulama örnekleri incelenip, kültürel farklılıkların avantaj ve dezavantajları da hesaba katılarak uygulamalarımız çeşitlendirilmelidir. Zira burada sadece genel çerçevesini ve sağlıklı beslenme boyutundaki uygulamalarını ele aldığımız okul sağlığı çok geniş bir çalışma alanıdır ve uzmanlaşmayı gerektirmektedir. Halk sağlığı profesyonelleri ile eğitimcilerin ortak çalışması, ülkemize özel girişimler geliştirilmesi ve bu yeni girişimlerin farklılık olsun diye değil, kanıta dayalı olarak uygulamaya geçirilmesi önemlidir. Pratikte okul sağlığının kapsamı, ilk ve orta öğretim kurumlarından ibaret görülmektedir. Esasında yüksek öğrenim kurumları ve hatta gayri resmî eğitimler veren kurumların da kapsama dâhil edilerek mevcut bilgi birikiminin benzer kurumlarda da kullanılmasında fayda vardır. Sağlık personeli sayıları yeterli düzeylere ulaştıkça münhasıran okul sağlığı alanında çalışmanın yaygınlaşması toplum sağlığını geliştirecektir. Bazı çalışmalarda öğrenci sağlığının, öğrenme çıktılarına olumlu et-

kilerine vurgu yapılmıştır. Bu gibi tespitler okul sağlığı politikalarının uygulanmasını desteklemede faydalı kanıtlar olmakla beraber nihai hedefin öğrenme çıktıları değil öğrencinin sağlığı olarak görülmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Kaynaklar

Alliance for A Healthier Generation. (2014, Temmuz 10). School Wellness Programs, www.schools.healthiergeneration.org/_asset/2s95jp/FUTP60-onepager-FINAL_20140710.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Alliance for A Healthier Generation. (2016). Healthy Schools Program: Framework of Best Practices. www.healthiergeneration.org/_asset/062yk/07-278_HSPFramework.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Beslenme Dostu Okullar Programı Uygulama Kılavuzu. (2016), www.beslenme.gov.tr/content/files/beslenme_dostu_okullar_program_uygulama_k_lavuzu.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

CDC. (2015, Ağustos 26). Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC), www.cdc.gov/healthyschools/wsc/index.htm, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Cornell Center for Behavioral Economics in Child Nutrition Program. Our Ideas. Smarter Lunchrooms Movements, www.smarterlunchrooms.org/ideas, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Dimbleby, H., & Vincent, J. (2013, Temmuz). The School Food Plan, www.schoolfoodplan.com/wp-content/uploads/2013/07/School_Food_Plan_2013.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

European Commission. (2016, Aralık 9). EU School Milk, Fruit and Vegetables Scheme - Agriculture and Rural Development, www.ec.europa.eu/agriculture/school-scheme_en, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Gündüz, S., & Mutlu Albayrak, H. (2014). Okul Sağlığında Neredeyiz? Ankara Medical Journal, 14(1), doi:10.17098/amj.42040.

İrmak, H., Torunoğlu, M. A., Yıldırım, N., & Keklik, K. (2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Küçüksüleymanoğlu, R. (2010). Öğrencilerin Bakış Açısından Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, 65-84.

Meydanlıoğlu A, Akcan A (2016). Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2016; 2 (1): 68-73

Okul Sağlığı Hizmetleri Genelgesi 2008/58. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/genelgeler/G_11092008_1.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Özcan, C., Kılınç, S., & Gülmez, H. (2013). Türkiye'de Okul Sağlığı ve Yasal Durum. Ankara Medical Journal, 13(2), 71-81.

Özcebe, H., Ulukol, B., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N., & Karaman, F. (Eds.). (2008). Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı. Ankara: "SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Pekcan, H. (2012). Okul Sağlığı. In Ç. Güler & L. Akın (Eds.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler (syf. 440-471). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Recipe for Success Foundation, www.recipe4success.org/about-us/, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

The Joint Consortium for School Health. (2016, Temmuz). Comprehensive School Health, jcsch-www.cces.ca/images/What_is_Comprehensive_School_Health_-_2_page1_-_July_2016.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

WHO. (2010, Aralık 6). Global School Health Initiative. World Health Organization, www.who.int/school_youth_health/gshi/en/, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

WHO Regional Office for Europe. (2006). Food and Nutrition Policy for Schools. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/152218/E89501.pdf, (Erişim Tarihi: 12.02.2017).

Dijitalleşme yolunda Türkiye'nin Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)

Dr. Şuayip Birinci



1998 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Çeşitli sağlık kuruluşlarında hekimlik görevinin ardından Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı, İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri olarak görev yaptı. Mayıs 2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığına, Ağustos 2018 itibarıyla Bakan Yardımcılığına atanan Birinci, büyük veri uygulamaları, veri madenciliği, elektronik sağlık kayıtları, ulusal sağlık sistemi, e-Nabız, karar destek sistemi, tele-radyoloji sistemi gibi projelerin geliştirilmesine öncülük etmiştir.

Özlem Akbudak



1991 yılında Ankara'da doğdu. 2014 yılında Çankaya Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Bölümü'nden mezun oldu. İngiltere ve ABD'de dil eğitimi aldı. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünde görev yapan Akbudak, altı sigma, yalın düşünce, süreç iyileştirme, nesnelerin interneti alanlarında çalışmaktadır.

Bugün global pazarda en çok telaffuz edilen kelimelerden biri olan dijitalleşme, inovasyonu ivmelendiren bir süreç olarak değerlendirilebilir.

Dijitalleşme ve bunun sonucunda ortaya çıkan inovasyonlar, etkinliği ve yeni mal ve hizmetlerin (ürünlerin) gücünü artırırken yeni iş modellerini de ortaya çıkaracak ve sektörler arası sınırların daha geçirgen olmasını sağlayacaktır. Deloitte'e göre bir gün her başarılı girişimin dijital girişim olduğunu göreceğiz (1). Bu da demek oluyor ki, organizasyonlar da dijitalleşme trenini kaçırmamak için yeni girişimlerde bulunmak zorundadır. Bu yarışa dahil olan ülkemiz, dijitalleşmenin sağladığı faydalardan en üst düzeyde istifade edebilmek için girişimlerde bulunmak ve 2016-2019 yıllarında uygulanmak üzere, Ulusal e-Devlet Stratejisi ve Eylem Planını hazırladı. Ağ temelli bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi ile ihtiyaç duyulacak (2) tüm e-Devlet politikalarına yol haritası olacak bu doküman, sadece özel sektörde değil, devlet kurumlarında da dijitalleşmenin ne denli önemli olduğunu vurgular niteliktedir.

Dünyada telaffuz edilen bir diğer popüler kelime de Akıllı Şehirler. Şehirlerimizde entegre ve dijital sistemler kurarak vatandaşlarımızın yaşam kalitesini arttırmaya çalışıyor ve onlara daha hızlı ve etkin çözümler sunmayı hedefliyoruz. Tüm bu dijitalleşme sürecinde yaşam kalitesini artırmak istediğimiz vatandaşlarımız, maalesef sadece sağlıklı bireylerden oluşmuyor. İstatistiklere baktığımızda dünya genelinde 34 milyonunu çocukların oluşturduğu 466 milyon insan (dünya nüfusunun %5'i) işitme kaybına sahip (3). 2050 yılında ise bu sayının 900 milyonu aşacağı öngörülüyor. Bu sayı, her 10 kişiden birinin işitme engeli ile karşı karşıya kalacağını ifade ediyor (4). Bu da gösteriyor ki süreçlerimizi iyileştirirken sadece sağlıklı vatandaşlarımızı değil engelli vatandaşlarımızı da düşünmeliyiz.

Ülkemizin sağlık politikalarına imzasını atarken engelli vatandaşlarımızı göz ardı etmeyen T.C. Sağlık Bakanlığı, işitme engelli vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve bu vatandaşlarımızın sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaştıkları iletişim sorunlarını ortadan kaldırmak için

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) projesini hayata geçirdi.

ESİM Projesi Nedir?

ESİM projesi, işitme engelli vatandaşlarımızın sağlık hizmetine kolay ve engelsiz erişim sağlamasını amaçlamaktadır. Vatandaşların Andorid ve iOS işletim sistemli akıllı telefonlarına ücretsiz olarak yükleyebilecekleri bu uygulamatelefona indirildikten sonra T.C. kimlik numarası ve telefona gönderilen doğrulama kodu ile kolayca kayıt yapılabilen bir uygulamadır. Uygulama üzerinden, profesyonel işaret dili tercümanları ve sağlık personellerinden oluşan bir ekip ile 7/24 hizmet verilmektedir.

ESİM uygulamasının en önemli kullanım alanlarından biri, işitme engelli vatandaşların acil durumlarda ambulans hizmetine erişiminin mümkün kılınmasıdır. ESİM Komuta Merkezinde çalışan uzman ekip, acil durumunu bildirip acil sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen engelli vatandaşlarımıza yardım eli uzatmak için tetikte beklemektedir. Bu sayede, ESİM uygulamasını kullanan işitme

engelli vatandaşlarımız, acil durumlarını görüntülü konuşma aracılığı ile işaret dili kullanarak hızlı bir şekilde uzman ekibe anlatabilmektedir. ESİM uygulaması ile sadece görüntülü konuşma değil, yazılı iletişim yöntemi de engelli vatandaşlarımızın hizmetine sunulmuş durumdadır. Diğer güzel bir özellik de, vatandaşların ihtiyaç duyarlarsa olay yerinden fotoğraf paylaşarak mevcut durumu hızlıca karşı tarafa aktarabilmeleridir. Böylece ihtiyaç sahibine yardımcı olacak acil sağlık hizmeti ekibi, gerekli teçhizatı ve uzman kişileri de yanlarına alarak en iyi hizmeti sunma imkânı bulabilmektedir. Dünya standartlarına göre acil sağlık hizmetlerinin olay yerine 10 dakikadan daha az bir sürede (5) ulaşması bekleniyor. Ambulansın olay yerine ulaşma süresi uzadıkça, acil sağlık hizmetine muhtaç vatandaşların hayata tutunma olasılığının azaldığını dikkate aldığımızda ESİM'in önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Zira ESİM ile engelli vatandaşlarımızın bulundukları yeri, uygulamanın konum paylaşma özelliği ile komuta merkezine bildirebilmekte ve ambulans, olay yerine hızlıca yönlendirilebilmektedir. ESİM acil sağlık hizmeti sunumunda sadece ekiplerin hastaya ulaştırılması sürecinde değil, hastanın olay yerinden hastaneye ulaştırılması ve doktor ile iletişim kurması sürecinde de vatandaşlarımıza hizmet vermektedir. Sağlık tesisine ulaştırılan engelli vatandaşlarımız, doktoru ile kolay iletişim kurmak adına yine komuta merkezinde bulunan uzman ekibimiz tarafından sağlanan işaret dili ile iletişim hizmetinden faydalanabilmektedir.

ESİM uygulamasının hizmet verdiği bir başka kullanım alanıysa sağlık hizmeti

tesislerinden randevu alma işlemidir. Sadece 2017 yılında 130 milyona (6) yakın çağrı alan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Türkiye'de sağlık hizmeti sunumuna erişim sağlamak isteyen vatandaşlarımızın kolayca randevu alabilmesini sağlayarak 2010 yılından (7) beri hizmet vermektedir. ESİM projesi, Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşlarımıza sunulan MHRS hizmetinin engelli vatandaşlar tarafından da kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. ESİM, vatandaşların sadece randevu oluşturmasını değil, randevu alarak muayene olmaya giden işitme engelli vatandaşların da yardımına koşmaktadır. Teşhis ve tedavinin en önemli unsurlarından biri olan sağlıklı iletişimi sağlamak için doktorlar ve vatandaşlar, komuta merkezinde bulunan uzman ekipten iletişim desteği alabilmektedir.

ESİM'in Çıkış Noktası

ESİM, Sağlık Bakanlığı'nın "sağlık hakkına herkesin kolayca erişebilmesi" ilkesinden esinlenerek hayata geçirilmiştir. Onuncu Kalkınma planının 401. maddesi ise şu şekildedir: "Etkin, katılımcı, şeffaf ve hesap verebilir kamu yönetimine katkı sağlamak üzere; dezavantajlı kesimler de dâhil kullanıcı ihtiyaçlarına göre tasarlanmış hizmetlerin, kişisel bilgi mahremiyeti ve bilgi güvenliği sağlanarak, çeşitli platformlardan, kullanıcı odaklı, birlikte işler, bütünlüklü ve güvenilir şekilde sunulacağı bir e-devlet yapısının oluşturulması temel amaçtır." 275. maddesinde de şu ifadeler yer almaktadır: "Sosyal hizmet ve yardımlar alanında hizmet standartlarının oluşturulması, nitelikli personel istihdamı ve denetimin geliş-

tirilmesi, korunmaya muhtaç çocuklara yönelik kurum bakımı dışında alternatif modeller geliştirilmesi yanında fiziki çevre şartlarının engellilere uygun hale getirilmesi, engellilerin eğitime ve işgücü piyasasına katılımının artırılması ve bakım hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi, artan yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve yaygınlaştırılması ihtiyacı önemini korumaktadır." Bu hedefleri destekleyen ESİM projesi, vizyonu ile engelli vatandaşlarımızın kaliteli yaşam standartlarına erişmesinde bir basamak oluşturmaktadır ve sağlık hizmeti sunumuna erişim ve sağlık hizmeti sunumu sırasında zorluklarla karşılaşan engelli vatandaşlarımıza, dijital dünyanın engelleri kaldırma gücünü hissettirmektedir.

Ödüllerimiz

Engelleri ortadan kaldıran ESİM projesinin kazandığı ödüller şunlardır:

- Türkiye Engelsiz Bilişim Platformu tarafından düzenlenen, Biltv't'18 Uluslararası Engelsiz Bilişim 2018 Kongresi'nde "Engelsiz Bilişim Kamu Hizmet Ödülü"
- Avrupa'nın dört bir yanından katılımcıların yer aldığı, Elsevier ICT Ödüllerinde "İnovasyon Ödülü"
- TBMM çatısı altında TÜSİAD ve Türkiye Bilişim Vakfı (TBV) tarafından düzenlenen 14. eTürkiye (eTR) Ödülleri Töreni'nde "Kamudan Vatandaşa En İyi Uygulama Ödülü."

Kaynaklar

1) Deloitte Insights, Digital Transformation, 2018, Erişim adresi: https://www2.deloitte.com/insights/us/en/topics/digital-transformation.html?icid=left_digital-transformation (Erişim Tarihi: 30.11.2018).

2) T.C. Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı, 2016-2019 Ulusal e-Devlet Stratejisi ve Eylem Planı, 2016, Ankara: Haberleşme Genel Müdürlüğü e-Devlet Hizmetleri Dairesi Başkanlığı.

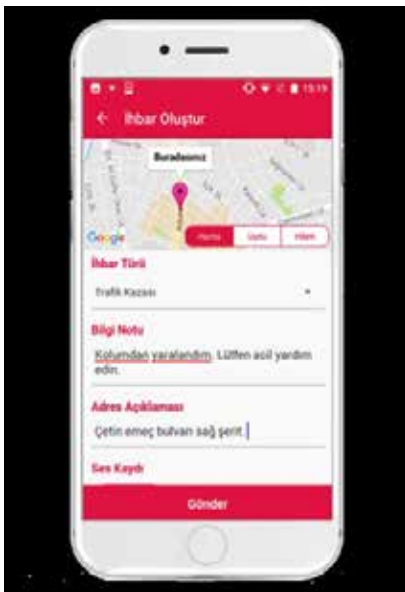
3) Who. Int, Deafness and Hearing Loss, 2018, Erişim adresi: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (Erişim Tarihi: 30.11.2018).

4) Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması - İşitme Sorunu Olan Bireylerin Cinsiyet ve Yaş Grubuna göre Dağılımı, 2002, Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017 (Erişim Tarihi: 30.11.2018).

5) Memurlar.net. 112 Acil Servis Hizmetleri Avrupa Standartlarına Ulaştı, 2006, Erişim adresi: <https://www.memurlar.net/haber/37511/112-acil-servis-hizmetleri-avrupa-standartlarına-ulaştı.html> (Erişim Tarihi: 30.11.2018).

6) Çağrı Hizmetleri ve İletişim Daire Başkanlığı MHRS Sunumu, 2018, Antalya.

7) Hastanerandevu.gov.tr. (2018). MHRS Portalı, Hakkımızda, <https://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml> (Erişim Tarihi: 30.11.2018).



Instagram doktorluğu

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında klinik mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji A.D. ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıkları yanı sıra Diş Hekimliği Dekanlığını da yürütmektedir.

Günümüzde sosyal medya platformları birçok farklı formuyla iletişim, haberleşme, tanıtım, reklam, görünme, geniş kitleleri farklı ve hızlı etkileme amacı ile halkla ilişkiler süreçlerinde kullanılmaktadır. Bu konular beraberinde geniş kitleleri bu platformlar aracılığı ile etkileyen, örnek alınan, rol model olarak düşünülen, yaptığı her iş, uygulama veya alışverişi olay olan internet fenomeni/sosyal medya fenomeni kavramlarını da beraberinde getirmiştir. Bu etkin platformların başında Instagram gelmektedir. Instagram nedir, nasıl kullanılır, Instagram'da nasıl takipçi sayısını arttırılır, organik yollarla gerçek Instagram kullanıcılarına nasıl ulaşılabilir, Instagram'da nasıl etiket kullanılır, kaç etiket kullanılabilir konularına bu yazıda kısaca değinilecek; sağlıkta sosyal medyanın bir tanıtım/pazarlama aracı olarak artarak kullanılmasının getireceği etik ve sosyal sorunlar, olması gerekenler ve öneriler irdelenmeye çalışılacaktır.

Sosyal Medya Platformları

Kullanıcılarının kişisel veya kurumsal olarak tüm fikir ve düşüncelerinin dijital platformlar aracılığıyla yakını ya da uzağındaki insanlarla paylaşma aracı olan sosyal medyanın günden güne popülaritesi ve etkilediği insan sayısı artmaktadır. İlk olarak 2004 yılında sadece Harvard Üniversitesi mensubu öğrenciler için bir paylaşım ortamı oluşturan "The Facebook" ileriki yıllarda tüm dünyaya Facebook adıyla yayılırken aynı yıllarda Myspace

ise 1 milyon kullanıcıya ulaşan ilk sosyal medya platformlarından biri olmuştur.

İlk zamanlarında ABD'deki gibi ülkemizde de daha ziyade üniversitelerde yaygın olan sosyal medya ağları, popüler dizi sektörünün etkisi ve internete telefon gibi araçlardan daha kolay ulaşım sağlanabilmesi ile toplumda giderek yaygınlaştı ancak bu yaygınlaşma eski arkadaşları, uzaktaki dostları bulmaya ve onlarla haberleşmeye çalışmaktan öteye gidemedi. Bir süre sonra bu ağlara reklam verme, grup kurabilme, kişisel sayfa ekleme ve beğeni/yorum butonları gibi özellikler ilave edilince insanlar burayı sadece özlem giderme aracı değil eğlenme, beğenilme ya da fikirlerinin daha çok kişiye ulaşması gibi amaçlar için de kullanmaya başladı. Hızla değişen bu süreçlerin sonunda, günümüzde binlerce kişi tarafından takip edilen sosyal medya fenomeni / internet fenomeni adı ile de anılan bireyler popüler olmaya başladı ve bunlar fikir verme, hayatımıza girme, tarz oluşturma, yaşantımızı etkileme / değiştirme rollerini de üstlenmiş oldular.

Sosyal medya / internet fenomeni

Son zamanlarda başta Instagram, Youtube ve Facebook kanalları olmak üzere diğer sosyal medya ağları ile özellikle gençler ve bayanlar tarafından takibi yaygınlaşan "internet fenomeni" bireyler; düşünme, giyinme, yeme içme, eğitim/egitimsizlik, yaşama/inanma biçimleri, olaylara ve kişilere bakış, durum değerlendirme ve yorumlama

gibi neredeyse hayatı ilgilendiren her konuda takipçisine/topluma dayatma rol modeller olmaktadır. Bu tür bireylerin paylaştığı -bazen anlamsız bile olsa- bir küçük söz, bir fotoğraf, bir ürün, bir yeme içme eğlence görseli binlerce beğeni ve paylaşım alabilmekte, paylaşılan şeylerin doğruluğunun irdelenmesi ya da denetlenmesi de söz konusu olamamaktadır. Topluma yararlı, sağlığa, geleceğe, eğitime dair bilimsel konularla takip edilen çok iyi örnekler de olabilir; ama genellikle fenomenler popüler kültüre teslim olmuş, geleneksellikten uzak, aykırı bakışları ve yaşam tarzları ile dikkat çeken bireylerden oluşmaktadır.

Günümüzde sosyal medya hesapları kullanıcıları, takipçilerinin sayısı ve etkiledikleri kitle de dikkate alındığında dünya nüfusunun neredeyse üçte ikisini geçmektedir. Hal böyle olunca kurumsal firmalar ve kişiler, buralardan müşteri bulma, çevre oluşturma, hayran kitlesi yaratma ve bunları da farklı amaçlar ile kullanma eğilimine girmişlerdir. Takipçi sayısı bazen ciddi pazarlık gücü oluşturmaktadır. Şöyle düşünelim; sosyal medya devi Instagram'da yüz binden fazla takipçisi olan bir fenomen; aldığı bir çorap markasını paylaşırsa, gittiği bir restoranın özel bir yemeğini anlatsa, kullandığı bir kozmetik ya da tıbbi ürünü gösterse ya da bir filme yorum yazsa o ürünün pazarlanmasında olumlu ya da olumsuz büyük güç oluşturabilmektedir. Sağlıkta da sosyal medya kullanımı artmakta; hekimler, kurumsal sağlık hizmet sunucuları, ürünler pazarlayıcılar çok farklı yöntemlerle kendilerini bu alanda



göstermekte, haklı ya da haksız rekabetin bir parçası olmaktadır. Burada öne çıkan öncelikli konu takipçi sayısı olup artırılması çok farklı biçimlerde olabilmektedir. Ne kadar çok takipçiye ulaşırsa o kadar çok ürünün ya da bireyin aktivitesinin duyulma görülme şansı olacaktır. "Takipçi satın alma" işlemi de mümkün olduğunca fazla müşteriye ulaşmada bir süreçtir.

Sosyal Medyada Takipçi Artırımı Neden Önemli?

Kurumsal sosyal medya platformu olarak Instagram'ı tercih eden kullanıcıların takipçi sayısına önem vermeleri gerekebilir. Kurumsal firmada marka tanıtımı yapabilmek ve tanıtımları müşterilere ulaştırabilmek çok önemlidir. Fotoğraflarda yapılacak kolajlarla ürünler daha iyi görünür hale gelebilir ve böylelikle pek çok müşteriye daha kolay ulaşılabilir.

Adım Adım Sosyal Medyada Takipçi Artırma (Fenomen Olma) Yolları

1. Hashtag Kullanımı: Yeni markayı tanıtım yapmak için ya da kişisel hesap için takipçileri artırmak isteniyorsa bunun yolu hashtag kullanımından geçmektedir. Pek çok kişi Instagram'da fotoğraf paylaşımlarında 30 tane ile sınırlı hashtag kullanımını zorlamayı tercih ediyor. Ancak sınırlı kullanımın dışına çıkmak yerine daha etkili hashtag kullanımını tercih edilirse takipçi sayısını artırmak daha kolay olacaktır. Örneğin kişisel hesabınızdan bir fotoğraf paylaştığınız zaman paylaşımınızla alakalı ve popüler olan #sun #istanbul #funny #love gibi hashtagleri tercih ederseniz daha çok görülecektir.

2. İlgili Paylaşımları Beğenme:

Instagram kullanıcılarının fotoğraflarını, videolarını veya ürün tanıtımlarını beğendiğiniz ve bunlara yorum yaptığınız takdirde siz de diğer kullanıcılar tarafından görünür hale gelmektesiniz. Takip ettiğiniz kullanıcıların yaklaşık 100 paylaşımını beğenmek size ciddi bir ağ oluşturma imkânı vermektedir.

3. Düzenli Paylaşımlar: İnsanlar gün içi etkinliklerinizle alakalı paylaşımlarınızı görmek isterler. Çalışma ortamınız ve arkadaşlarınızla birlikte çektiğiniz fotoğrafları paylaşabilirsiniz. Takipçi kitlenizin sizi unutmaması ve düzenli aralıklarla paylaşımınızı takip etmesini istiyorsanız düzenli paylaşımlarda bulunabilirsiniz.

4. Etkileyici Efeet ve Filtreler Kullanma: Fotoğraflara uygulanan filtre ve efektler, en sıkıcı fotoğrafları bile eğlenceli hale getirilebilir, bu şekilde insanların ilgisini daha çok çekebilir.

5. Kolaj Oluşturma: Instagram'da kolaj oluşturmak mümkün olmasa da Instapic frames, Pic Collage, Photo Shaper, Collage Maker gibi uygulamaları kullanarak fotoğraflarınıza görsellik açısından güzellik katabilirsiniz. Birbiriyle alakalı farklı paylaşımları kolajlayarak daha dikkat çekici paylaşımlar yapabilirsiniz. Böylece sizi takip eden kullanıcı sayısında artış mutlaka olacaktır.

6. Diğer Sosyal Ağlardan Destek

Alma: Facebook, Instagram ve Twitter sosyal medya ağlarını satın aldığı için Instagram, Twitter ve Facebook sürekli etkileşim halindedir. Instagram'da paylaştığınız içeriğinizi aynı zamanda

Sağlıkta da sosyal medya kullanımı artmakta; hekimler, kurumsal sağlık hizmet sunucuları, ürün pazarlayıcıları çok farklı yöntemlerle kendilerini bu alanda göstermekte, haklı ya da haksız rekabetin bir parçası olmaktadır. Burada öne çıkan öncelikli konu takipçi sayısı olup artırılması çok farklı biçimlerde olabilmektedir. Ne kadar çok takipçiye ulaşırsa o kadar çok ürünün ya da bireyin aktivitesinin duyulma görülme şansı olacaktır.

bağlantı üzerinden Facebook'ta ya da Twitter'da da paylaşabilmeniz mümkün kılınmıştır. Instagram üzerinden yapmış olduğunuz paylaşımınız Facebook ve Twitter kullanıcılarının dikkatini çekecek ve diğer paylaşımlarınızı da görmek isteyecektir.

7. Instagram Profiliniz Güncel Olmalı:

Instagram profilinizde etkili bir yazı yazabilmeniz için 150 karakterlik sınırınız bulunmaktadır. Etkili profil yazısı oluşturarak insanlara ilgi alanlarınızdan, nelerden

hoşlandığınızdan bahsederseniz takip edilmek için bir adım önde olursunuz.

8. Pazar Günü: Instagram kullanıcılarının hafta boyunca sosyal medyada en çok vakit geçirdikleri günlerdendir. Eğer bugünde daha fazla paylaşımda bulunursanız paylaşımlarınız pek çok kullanıcı tarafından takip edilebilir.

9. Önerilenler: Instagram, Facebook'taki bağlantılı kişileri size öneriyor olacaktır. Instagram'ın önerdiği kullanıcıları dikkate alarak bu kişileri takip etmeniz sosyal medyadaki arkadaşlıklarınızı artıracaktır.

10. Liderleri Takip Etme: Takipçisi çok fazla olan hesapları takip etmeniz ve bu hesapların paylaşımını dikkate almanız sizin de Instagram'da görünür kılacak, takip edilebilirliğinizi etkileyecektir.

Halkla İlişkiler ve Sosyal Medya

Temelinde bir beğenilme arzusu taşıdığı düşünülen fenomenlik şu günlerde daha çok Youtube ve Instagram sayesinde varlığını devam ettirmektedir. Youtube, televizyon gibi bir izleme aracı olduğu ve bulunduruğu videoları yorumlayabilmeniz için kanal adındaki hesaplardan edinmeniz gerektiği için genellikle genç bireyler tarafından çokça kullanılmaktadır. Bu yüzden önceleri bir fotoğraf paylaşma ağı olan Instagram, 24 saat içinde kaybolan hikâye adında görüntü ekleme özelliklerinin de gelmesiyle insanlar tarafından adeta bir sanal günlük haline gelmiştir ve neredeyse yaş sınırı tanımamaktadır.

Yaş sınırı tanımayan Instagram, insanların doğacak çocuklarını, evcil hayvanlarını, özel hayatlarını tanıttığı ve daha çok insana ulaşmayı hedefleyen insanların çoğunlukta olduğu bir platform haline gelmiştir. Instagram profilinizi herkese açık hale getirip gönderinizin açıklama bölümüne en fazla 30 etiket girerek daha geniş kitlelere ulaşabilmektesiniz.

Bu etiketler sizi dilediğiniz konuya yönlendirebilir. Özellikle bu günlerde her şeyin başı dediğimiz sağlığın da en çok kullanılan etiket konularından biri olduğunu görmekteyiz. Gerek işletme profili ile gerek "kişisel blog" adı altında birçok doktor, tıp öğrencisi, hemşire ya da diğer sağlık profesyonelinin etiket uygulaması ile her gün birçok kereler karşılaşmaktayız. Sağlık çalışanlarının bir araya toplandığı ve fotoğrafını paylaşma

sunan farklı sayfalar da bugünlerde sosyal medyada yerine almakta ve etiket ve tanıtıcı sayfalarla takipçileri arttırmaktadır. Kişi bunları uğraştırıcı bulup bizzat kendisi zaman ayıramaz ise sosyal medya uzmanları (PR-halkla ilişkiler danışmanları) aracılığıyla takipçi satın alınabilmekte ya da uzmanın güdümünde paylaşımlar yapıp daha büyük kitlelere ulaşabilmektedir.

Sağlıkta Sosyal Medyanın Reklam Amaçlı Kullanımı: Olumlu ve Olumsuz Örnekler

Instagram, bazı butiklerin ücretsiz reklam platformu olduğu gibi hekimlerimizin de çalışma, proje, tedavi / ameliyat öncesi ve sonrası görüntü paylaşımları ile danışan/hasta sayısını artırmaktadır. Özellikle diş, plastik cerrahi, kulak burun boğaz, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum doktorları arasında popülerleşen Instagram bazı etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Önce olumlu yönleri sıralarsak; sosyal medyada göz önünde olan bir sağlık profesyoneli, yanlış hatalı bir şey yapma lüksünün olmadığını bilecektir. Çünkü olumlu şeyler nasıl çabuk yayılıyorsa olumsuz bir uygulamanın da kötü reklam olacağı bilinmektedir.

Diğer taraftan; sosyal medya üzerinden hasta fotoğrafları paylaşmak hastanın izni olmasına rağmen ne kadar doğrudur? Hukuki/etik anlamda kurallarına uygun şekilde izin alınmış mıdır? Örneğin bir doğum/sezaryen operasyonu ve hemen sonrası videosunu kendi Instagram hesabına koyan doktor, gerçekten o bebeğin geleceği için olumsuz bir uygulama yapmış olabilir mi? Özellikle Türkiye, Türki Cumhuriyetler ve Orta Doğu'da hastalarına hizmet veren hekimlerin bir bebeğin doğuş anını -ebeveyn izniyle bile paylaşıyor olsa- çocuk reşit olduğunda ebeveynine/

hekimine dava açabilir mi? Ameliyat anında çekilen video ya da fotoğraflar hastanın izni olsa dahi çok küçük yaşta insanlara kadar ulaşan bu platformlarda paylaşılmalı mı? Sadece ülkemizde değil tüm dünyada yaygınlaşan pedofili vakaları bu görüntülerden besleniyor olabilir mi? Sahte hesap kullanımının gittikçe artması, hekimliğin gözde bir meslek oluşu sonrası artan sahte internet doktorlarının televizyonlarda canlı telefon bağlantılarına katılması ve sonrasında genellikle tesadüfen sahte olduklarının farkına sık karşılaşılan durum olmuştur. Bu tür usulsüz ve etik dışı yapılan canlı yayınlardaki umut tacirliğinin insanlarda öğrenilmiş bir çaresizlik hissi oluşturmalarının olumsuz sonuçlarını kim nasıl düzeltebilecektir? Yine bu sahte doktorların bir şekilde muayenehane/ sağlık işletmesi açıp insanlara invazif girişimde bulunacak kadar ileri gitmesi nasıl gözden kaçabilir ya da biz bunu bir sosyal medya CV paylaşımı olarak nasıl görebiliriz? Yaygınlaşan Photoshop uygulamaları ile özel kliniklerin temizliği ve görünümünde oynanan değişiklikler, hastanın vücut ölçüleri ve yüz hatlarındaki düzenlemeler etik mi? Yine Instagram'ın keşfet özelliği ile sizin hiçbir ilginizin olmamasına rağmen sayfanıza düşen estetik fotoğrafları, öncesi/sonrası değişim senaryoları insanlarda toplumda beğenilmeme anksiyetesi hatta beden dismorfik bozukluğuna kadar sürüklenme söz konusu olabilir mi?

2000'li yılların başında öncelikle gazeteye reklam verme hizmeti sunan PR (public relations-halkla ilişkiler) danışmanları, bunun topluma beklentilerinin altında bir etki bıraktığı için gazetelerde doktorların reklamlarını değil; mesleklerini, yaptıkları işlemleri anlatan bütüncül haberleri basına sunarak daha iyi bir izlenim yarattıklarını fark ettiler. Gerek basında tanınırlık gerekse de web



sitesi hazırlama gibi hizmetler sunan danışmanlar için sosyal medya daha büyük bir iş sahası oluşturdu.

Önceleri sadece TV'de göz önünde bulunan mesleklerle hizmet veren halkla ilişkiler danışmanları son 20 yıldır doktorlara da hizmet vermekte hatta sadece doktorlarla çalışan ajanslar bulunmaktadır. Ajanslarda çalışanlar etik kurallara uydıklarını iddia etse de bazı danışmanlar bu konuda daha sessiz kalmaktadır. Bu tür PR şirketleri genelde kurumsal kimlik iyileştirme çalışması yapmakta, müşterinin sosyal medya hesaplarının yönetimi ve basın ilişkilerini düzenlemektedir. Web sitesi tasarımı ve SEO (web sitesi görünürlüğünü artırma) uygulamaları yapmaktadır. Hasta takip programları ve düzenli arşivleme oluşturmakta, profesyonel video ve fotoğraf çekimleri ile Youtube vb. kanallarda bilgi paylaşmaktadırlar.

Doktorlar İçin Sosyal Medya Danışmanlığı

Birebir görüşmelerle birlikte hekimle fikir alışverişinde bulunarak sosyal medya alanı seçilmektedir. Bu mecra ile de her platform olmak zorunda değildir. Kimi için Instagram, kimi için Facebook, kimi için ise LinkedIn üzerinden ilerlenebilir. Bu konu iyi irdelenmeli, gerekirse tüm platformlara girilmelidir. Platforma özel içerik planlanmalıdır.

Doktorlar için sosyal medya danışmanlarının ya strateji üretmesi ya da hem strateji, hem de uygulama yapması gereklidir. Bir sosyal medya danışmanının teknik konularda da bilgi sahibi olması çok önemlidir. Yapılan hizmetler hakkında bilgiler verilmelidir. Örneğin bir diş doktorunun diş beyazlatmadan önceki ve sonraki halini fotoğraflarla kendi mecrasında paylaşması ve hastanın bu konudaki deneyimlerini paylaşması önemlidir. Sadece yazılı izin dâhilinde hastaların fotoğrafları paylaşılmalıdır.

Doktorların Dijitalleşmesi

Sosyal medya üzerinde sağlam adımlarla ilerlemek isteyen bir doktor her zaman işin içerisinde olmalı, zaman zaman yapılan işleri takip etmeli, arada danışman ile fikir alışverişinde bulunarak doğal paylaşımlar yapmalıdır. Bu tarz paylaşımlarla geri dönüş çok daha güçlü olacaktır.

Video İçerikler ve Canlı Yayınlar

En kıymetli içeriklerden biri de video içeriğidir. Gelecekte internetteki içeriklerin yüzde 60'dan fazlasının video olacağı ön görülüyor. Okuma yazma oranının bu denli az olduğu bir toplumda video içeriği önemlidir. Bu nedenle hangi sektör olursa olsun uzun olmamak şartı ile kısa kısa videolar oluşturmali, canlı yayınlar yapmalı ve hedef kitleye birkaç adım yaklaşılmalıdır.

Hekimler PR Yarışında

Mankenler, şarkıcılar, politikacılar ve iş adamlarından sonra özel tanıtım uzmanlarıyla çalışan meslekler kervanında artık doktorları da görmekteyiz. Tüp bebek, estetik cerrahi, göz, diş, psikiyatri gibi müşterisi bol, getirisi yüksek alanların uzmanları seslerini Türkiye'nin dört bir yanına duyurmak için Halkla İlişkiler (PR) uzmanları ile çalışmaktalar. Onların yönlendirmeleri ile haber bültenlerine, gazete sayfalarına girmenin yollarını arıyorlar. Hekimlerin birçoğu artık bunun bir zorunluluk olduğunu görüyor, uzaktaki hastalara da kolayca ulaşmaya çalışıyorlar. Bunun yolu sosyal medya ve haberlerden geçiyor. En iyisi de medyada çıkan ve bilgiye dayanan haberler. Gazetelerde çıkan çok büyük ilanlar bile artık yankı uyandırmıyor. Hekimler zaten bilimsel tartışmaları kongrelerde, yayınlarda yapıyorlar. Son geliştirmeleri topluma duyurmanın en iyi yolu da medyanın doğru kullanılması, bu yönüyle bir nevi halk sağlığı hizmeti de verilmiş oluyor. PR şirketleri doktor ile halk arasındaki bağlantıyı kurma açısından dil birliği ve bakiş açısı sağlıyor.

Bu anlamda danışmanlık şirketleri hizmeti verdikleri hekimleriyle yoğunluklarına göre belli aralar ile düzenli toplantı yapıyorlar. Şirket, hekimin haber konusu olabileceğini düşündüğü konuları, dünyada kendi alanlarında meydana gelen gelişmeleri, yapılan araştırmaları vb. masaya yatırıyor. Bu bilgiyi medyada nasıl değerlendirebileceklerini düşünüp planlıyor ve uyguluyorlar. Şirketler hekimleri medya, haber kavramı, haber-reklam ayrımı, röportajlarda dikkat edilmesi gereken konular hususunda da ayrıca bilgilendiriyor.

Günümüz koşullarında iletişim danışmanlığı hizmeti alma neredeyse tüm iş alanları için profesyonelliğin bir gereği

olmuştur. Her işi, konunun uzmanı profesyonellere bırakmak gerekiyor. Ayrıca tıp/sağlık daha nazik bir konu olup insanlara yanlış bilgi ve gereksiz umutlar da verilebilir, medya danışmanlığı sizin böyle bir şey yapmanıza da engel olabilir. Topluma hizmet veren tüm iş kollarında ciddi PR gereksinimi söz konusu olmakta. Sağlık kendi başına çok farklı ve önemli bir sektör. İletişim dünyasında da gerek yasal düzenlemeler gerekse etik anlayış nedeniyle bu sektörün iletişiminin kendine özel kuralları var. Toplumda yanlış umutlar ve beklentiler doğuracak bilgiler kadar, umutla süren yaşama isteğini kırarak bilgilerin yer almaması da dikkat edilmesi gereken noktalardan biri. Hastalara sunulacak bilgilerin bilimsel olarak doğruluğu kanıtlanmış, toplumun yararına net bilgiler olması gerekiyor. Hedef kitleye en doğru, en hızlı ve en etkili şekilde ulaşan kişiler iletişim danışmanı olarak tanımlanıyor. Bunlar, sağlık kurumunun misyonuna, vizyonuna ve hedef kitlesine uygun olarak bilgilendirme şeklinde bir iletişim stratejisi izliyorlar.

Sonuç

İletişim her şeyin başında geliyor. Çalışmaya başlamadan önce yasal mevzuatların ve etik değerlerin gözden geçirilmesi gerekiyor. Bazen hasta veya yakınlarının da izin vermesi / onamı da bazı görsellerin paylaşılması için yeterli değildir. Bu noktada toplumun temel etik ve moral değerleri dikkatle takip edilmelidir.

Not: Bilge Nur Küçükakça ve Ahmet Altındiş'e yazıya katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Kaynaklar

<http://www.dembedempr.com/doktorlar-icin-pr/> (Erişim Tarihi: 25.06.2018)

<http://www.alayonay.com/doktorlar-icin-sosyal-medya-danismanligi/> (Erişim Tarihi: 25.06.2018)

<http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/hekimler-pr-yarisinda-38577392> (Erişim Tarihi: 25.06.2018)



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
PARKINSON HASTALIĞI VE
HAREKET BOZUKLUKLARI MERKEZİ

Uzman Akademik Kadro ve
Beyin Pili Teknolojisi ile
Parkinsona karşı
yanınızdayız.



0212 | 453 48 72-73

MEDİPOL
UNV-PARMER



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik



medipolsaglik

Uzman Akademik Kadrosu ve
İleri Teknolojileriyle Çamlıca'da da
Bir Üniversite Hastanesi...

Medipol Üniversitesi Çamlıca Hastanesi Hizmetinizde.



0216 | 681 30 30
BULGURLU MAH. ALEMDAĞ CAD.
NO: 100 ÜSKÜDAR-İSTANBUL

 **MEDİPOL**
ÇAMLICA

ÜNİVERSİTE
HASTANESİ

 medipolsaglik

 medipolsaglik

 medipolsaglik

 medipolsaglik