

Sağlıkta vizyon: Sağlıkta insan kaynakları açmazı

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimi Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık insan gücü deyince öncelikle doktor sayısı tartışmaya açılmaktadır. Hâlbuki sağlık hizmetinde takım elemanları ne kadar çeşitli ve yetişmiş olursa, doktorun yükü o denli azalacaktır. Bu yüzden masraflı ve uzun bir eğitim gerektiren tıp eğitimi ile sorunu çözmek yerine, diğer sağlık personelleriyle doktorları desteklemek daha kısa vadede sonuç verecek, daha kolay ve daha az masraflı bir çözümdür. Son dönemde Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu'nun birlikte yaptığı çalışmalar neticesinde doktorluk eğitime hız verilmekte olduğu biliniyor. Ancak bu çabalar, kısa vadede telaffuz edilen rakamlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

Başta hemşire olmak üzere diğer sağlık personeline belki daha fazla ağırlık verilmesi gerekecektir. Ayrıca yetişmiş sağlık personeline klinikte doktor tarafından yapılan birçok işin devredilmesi çözümün bir başka parçasını oluşturacaktır. Hemşire, fizyoterapist, anestezi teknisyeni vs. sadece doktorun yardımcıları değildir; hizmet bütünlüğü içinde kendi görev tanımları ve sorumluluk alanları vardır. Eğitimle bu elemanların kalitesi artırıldıkça bu görev tanımları ve dolayısıyla sorumluluk alanlarını genişletmek mümkün olacaktır. Yani bir anlamda görev kayması söz konusudur. Bununla birlikte bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. Yani bir hizmeti yapmak için ortalama 10 yılı bulan tıp ve uzmanlık eğitimi gerektirmeyecek 2, 4 veya 6 yıllık eğitimlerle yapılabilecek uygulamalar için uygun eğitimi meslekler ihdas edilebilecektir. Mesela direkt röntgen

filmi okumak, ultrason yapmak, gözlük muayenesi yapmak, doktorun uygun gördüğü protokollere göre ilacın dozunun ve karışımlarının hazırlanıp uygulanması hatta doktor gözetiminde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok husus için uygun tıp meslekleri ortaya çıkarılabilir. Bu ihtiyacı fark edip erken davranan ülkelerde bunların örnekleri görülmektedir.

Bütün bunlar doktora duyulan ihtiyacın azalmasına yol açacaktır. Doktor yardımcısı olabileceği gibi, hemşire yardımcısı, eczacı yardımcısı gibi meslekler de aynı şekilde mevcut kısıtlı sayıdaki sağlık personelinin yükünün azalmasına katkı sağlayacaktır. Bütün bu mesleklerin hepsi olmasa da, birçoğunun önümüzdeki günlerde yoğun tartışması içinde olacağımızı, bunun kaçınılmaz bir süreç olduğunu söyleyebilirim.

Meslek içi eğitim

Gelişen istihdam ortamında onlarca eski meslek kendiliğinden yok olmaktadır. Gelecekte de değişime kurban edilerek yok olmaya aday bugünün meslekleri vardır. Yeni teknolojik gelişmeler bütün iş alanlarında çalışma metotları ve uygulamaları değişikliğe uğratmaktadır. Genelde iş muhtevası geçmişte olduğu gibi manuel ve kas gücüne dayalı olmaktan hızla uzaklaşıp daha zihinsel ve sosyal olmaktadır. Bu yüzden beden gücünden daha ziyade beyin gücüne doğru bir kayış olmaktadır. Gelişen teknoloji ve bilim entelektüel iş gücüne olan ihtiyacı azaltmak şöyle dursun, her geçen gün en basit iş alanlarında bile daha fazla ihtiyaç oluşturmaktadır.

Makinaların, robotların ve bilgisayarların

yoğun bir şekilde hâkimiyet kurduğu iş dünyamızda çalışmasına en fazla ihtiyaç duyduğumuz makinamız beynimizdir. Bilişim teknolojileri ve makinalar bu ihtiyacı daha da artırmaktadır.

Bu yüzden çıraklıkla öğrene geldiğimiz mesleğimizi sadece becerimizi kullanarak sürdürürebilmemiz mümkün değildir. Hemen her meslekte güncel gelişmelere bağlı olarak oluşan bilgi yükü ve özellikle zaman zaman baskısı, bilgi-yoğun işlerin kalitesini ve üretkenliğini etkilemektedir. Finlandiya'da bilgi-yoğun iş üzerinde yapılan bir çalışma, insan gücü yılda % 2 oranında yenilenirken bilginin yenilenme hızının % 7 olduğunu göstermiştir. Buna göre söz konusu iş kolunda 10-15 yıl sonra personelin % 70-80'i aynı işini yapmaya devam ederken, işleri ile ilgili bugünkü bilginin % 70-90'ı değişmiş olacaktır. Bu hızlı değişim bütün çalışanların sürekli gelişmeyi yakalamak ve hayat boyu eğitim almak zorunda olduklarını göstermektedir.

Başta tıp olmak üzere sağlık alanının ne denli bilgi yoğun bir alan olduğunu belirtmeye gerek bile yok. Yukarıda sözü edilen çalışmanın sonuçları dikkate alındığında sağlık personelinin bilgilerinin sık sık yenilenmesinin gerekliliği açıkça görülmektedir. 10-15 yıl bilgisini yenileyememiş bir sağlık çalışanının mesleğinin tamamına yakını kaybetmiş olduğunu söylemek fazla iddialı olmayacaktır. Bu yüzden meslek içi eğitim bu mesleklerin vazgeçilmez unsuru olmak zorundadır.

Sağlık alanında bilgi ve teknolojinin her geçen gün geometrik olarak artışı, sağlık çalışanlarının gittikçe artan sorumluluğu ve gittikçe değişen mesleki rolleri meslek içi eğitim sıklığının da o denli artırılması

ihtiyacını doğurmaktadır. Bu eğitimi sürekli alamayan personel işini, çalışanlarına bu eğitimi sürekli veremeyen bir kurum devamlılığını koruma şansına sahip olmayacaktır.

Sağlık personelinin göçü

Dünyada başta hemşire ve doktorlar olmak üzere sağlık personelinin gelişmekte olan yoksul ülkelere gelişmiş varlıklı ülkelere göçü, önemli bir problem oluşturmaktadır. Yoksul ülkeler kaynaklarını tüketerek yetiştirdikleri kalifiye insan gücünün, kaynak sıkıntısı çekmeyen varlıklı ülkelere kaçmasını, göç etmesini önleyememektedir. Bu durum, küresel anlamda sağlığa adaletsizliğin oluşmasına önemli derecede katkı yapmaktadır. Bir yandan toplum sağlığı adına bunun önlenmesi uğraşları verilirken, diğer yandan bireylerin seyahat ve çalışma özgürlüğünün kısıtlanamayacağı iddiaları ileri sürülmektedir.

Ülkemiz şu anda sağlık sistemimizi etkileyecek tarzda bu göçün etkisi altında değildir. Belki bu yüzden Türkiye’de sağlık insan göçünün doğurduğu sorunlara ilişkin yoğun tartışmalara rastlamıyoruz. Belki yurt içindeki göçün etkilerine dikkat çekebiliriz. Zira sağlık personelinin yıllar içinde ülkenin batı bölgelerine kayması önlenememiş ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet kaybının nedeni olmuştur. Hatta temel sağlık göstergelerimizin ülkemizin farklı taraflarında büyük farklılıklar göstermesinin önemli sorumlularından biri de, bu sağlık personeli dengesizliğidir. Cumhuriyet tarihi boyunca zaman zaman gel-gitler olsa da, hekimlere zorunlu hizmet uygulaması hep olagelmış ve bu sorunu çözüme aracı olarak kullanılmıştır. Ne var ki, bu sorun sadece doktor istihdamında değil, gittikçe artan oranda hemşire ve diğer sağlık personeli istihdamında da kendini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı bu durumu dengeleyebilmek için doktorlara zorunlu hizmet uygulamasını tekrar devreye koymakla birlikte, bunun yetersizliğini görmüş ve “Personel Dağılım Cetveli”ne dayalı sıkı atama ve nakil politikaları ile bütün sağlık personelinin ülkede dengeli dağılımı için çaba sarf etmiştir. Büyük oranda başarılı da olmuştur. Ancak bu durum küresel planda yürütülen tartışmalardaki gibi özgürlüğün kısıtlanması bağlamında Bakanlığın eleştirilmesine yol açmaktadır. Toplum sağlığı temelli bakış ile ise takdir alan bir uygulama olmuştur.

Sağlık personeli göçüne bir de, kamu ve özel kesim arasında, ya da üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri arasındaki geçişler açısından bakabiliriz. Son dönem sağlık politikaları ile hizmete erişim kolaylaştırılıp hizmet arzı artırıldıkça

sağlık personeline duyulan ihtiyaç da artmıştır. Bilhassa özel hastanelerin sektörde önemli yer tutmaya başlaması ve Sağlık Bakanlığı’nın hastanelerinde iyileştirme yapması, sağlık personelinin hızla absorpsiyonuna yol açmıştır. Ancak bundan sonradır ki, doktor ve hemşire yetersizliği konusunda toplumsal bir mutabakat oluşmuştur. Bu süreçte üniversite hastanelerinin mevzuat kısılcısından çıkamamış olması, özel hastanelerin kamu kadar iş güvencesi oluşturamaması, Bakanlık hastanelerinde ise bir yandan kamu güvencesi sağlanırken diğer yandan performansla göre ödeme çerçevesinde kıyaslanabilir iyi ücret politikasının uygulanması, sektör paydaşları arasında hemşire göçünü hızlandırmış oldu. Bu durum, aynı sektörde hizmet veren kuruluşların eşit şartlarda rekabetinin engellemesi yönünden önemli bir tartışma konusudur.

Muhtemeldir ki, aynen Dünya Sağlık Örgütü gündemine sık sık getirildiği gibi, önümüzdeki yıllarda ülkemizde de, “sağlık personelinin etik istihdamı” konulu yoğun tartışmalar ve bu yönde arayışlara şahit olacağız.

Tıbbi hatalı uygulama (malpraktis)

Her tıbbi tedavinin istenmeyen yan etkileri olabilir; her ameliyatta istenmeyen problemler sonuçlar ortaya çıkabilir. Bunların literatür bilgisi ile izah edilebilecek makul oranlarda olması normaldir. Bunun malpraktis adı verilen hekimlik kötü uygulamalarıyla ilgisi yoktur. Son yıllarda malpraktis konusu hekimlerin ve kamuoyunun gündemini işgal etmektedir. Hatalı uygulamanın komplikasyondan ayrılması gerekir. Aksi takdirde komplikasyondan korkan hekim hastasını tedavi edemez hale gelir. Ülkemizde henüz bu ayırımların yapılması ve kötü uygulamaların cezası konusunda yeterli örnek oluşturulamamıştır. Bu da daha fazla tereddütlere yol açmaktadır. Bu tereddüt ve korkulardan yararlanmak isteyen çok sayıda avukat, dava açma yolları aramaktadır. Bu da ayrıca panik oluşturmaktadır.

Önümüzdeki yıllarda bu yönde açılan davaların neticelenmesi, kıyaslanabilir hukuki durumun oluşmasına katkı sağlayacaktır. Sigorta kurumu veya kurumlarının karşı direnci sayesinde hukukun oluşmasını kolaylaştıracaktır. Hukukun, tazminatın zenginleşme aracı olamayacağı yönündeki yaklaşımı bir nebze koruyucu olabilmekte ise de, hâkimlerin doktoru suçlu bularak tazminata mahkûm etmesi bazen uçuk olabilmekte ve manevi tazminat çoğu zaman doktorun altından kalkabileceği sınırları aşmaktadır. Bu itibarla oluşan hukukla birlikte manevi tazminata bir tavan getirecek kanuni düzenleme

Bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. Direkt röntgen filmi okumak, ultrason yapmak, gözlük muayenesi yapmak, doktorun uygun gördüğü protokollere göre ilacın dozunun ve karışımlarının hazırlanıp uygulanması hatta doktor gözetiminde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok husus için uygun tıp meslekleri ortaya çıkarılabilir.

yapmak gerekecektir. Aksi takdirde yeni yasalaşan zorunlu mesleki sigortasının hekimleri koruması yetersiz kalacaktır. Ya da yüksek primli sigortalara ihtiyaç duyulacaktır. Primin yüksek olması için hekimlerin gelirlerinin de yüksek olması gerekir. Bu sağlanamazsa kısır döngüye yine girilir ve sigortanın koruyuculuğu kalmamış olur.

Buradaki kısır döngüye dikkat çekmek isterim. Kötü hekimlik uygulamasına karşı hastayı korumak için hukuki düzenleme yapılıyor, tazminat ödemeye gücü yetmeyen hekimin uygulamadan kaçmaması için, yani hastayı ve hekimi korumak için sigorta getiriliyor, sigorta primi hekimin geliri ile orantısız olursa yine başa dönmüş, hekim uygulamadan kaçırılmış oluyor. Kısacası hasta ve hekim korunmamış oluyor. Bu yüzden ne alanın sorumsuzca denetimsiz bırakılması, ne de malpraktise karşı hastayı koruma adına hekimin linç edilmesi hastanın lehine değildir. Bu kısır döngü içinde iyi yönetilemeyen sigorta da çare olmaktan uzaktır; sağlık harcamalarını artıran bir başka unsur olmaktan başka bir fonksiyonu olmayacaktır.

Bu yüzden gelecekte, malpraktisin tanımı, hekimlere zorunlu tutulan meslek sigortasının kapsamı yanında cezaların sınırı daha fazla tartışılacaktır. Sorunlu alanımız bununla kalmayacak, sağlık hizmetinin sadece hekimle sınırlı bir hizmet olmadığı anlaşıldıkça diğer sağlık personelleri de itham edilecek ve onlar için de sigorta arayışları olacaktır.