

# BİRİNCİ BASAMAKTA HEKİM İSTİHDAMI İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

Dr. İlker BELEK\*, Dr. Hülya ERMİŞ\*

## GİRİŞ

Türkiye'de birinci basamaktaki hekim istihdamına yönelik planlamalar şimdiye dek hep nüfus/hekim parametresi çerçevesinde yapılmıştır. Nitekim bugünkü tıp fakülteleri kontenjanları da 1987'de DPT'nin aynı mantıkla hazırladığı bir rapor üzerinden belirlenmiştir. Aynı yaklaşım birinci basamağa yönelik kurumların planlanmasındaki çalışmaların da temelini oluşturmaktadır.

Bu konudaki yasal çerçeve ise 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" (1961) ile buna bağlı olarak çıkarılan "154 sayılı Yönerge" ve "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" (1980) tarafından belirlenmiştir (Bkz. İlgili mevzuat).

Nüfusa dayalı bu yaklaşımın saptadığı ve önerdiği göstergeler şunlardır:

- 1) Her 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı,
- 2) Her 5000-10000 kişiye bir hekim,
- 3) Her 1000 ve daha çok işçi çalıştıran işyeri için bir revir ve sürekli çalışacak bir işyeri hekimi,
- 4) 50 ve daha çok işçi çalıştıran işyeri için, işçi başına aylık ortalama 15 dakikalık bir muayene süresi hesabıyla (haftanın belli günleri, yarı süreli çalışacak) bir işyeri hekimi.

Yukarıdaki çerçevede bazı temel eksiklik ve hatalar bulunmaktadır. Şöyle ki;

- 1) En önemli hata SSK örgütlenmesi içinde yer alan işyeri birinci basamak sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık Hizmetleri dışında düşünülmüş olması. Buna bağlı olarak iki somut sorun yaşanmaktadır. a) İşyerindeki birinci basamak sağlık hizmetleri hemen tamamen tıbbi bakım hizmeti biçimini almıştır. b) Ek

olarak, hizmet yarı-süreli bir çalışma olarak örgütlenmiştir. Çünkü toplam işyerlerinin ancak %002,3'ü 1000 ve daha çok işçi çalıştırmaktadır ve yalnızca bu işyerleri için tamgün işyeri hekimi çalışma zorunluluğu vardır (SSK 1993).

2) İstihdam modeli olarak nüfus/hekim parametresinin belirlenmiş olması, istihdam politikalarında oldukça durağan bir yaklaşıma neden olmuştur. Oysa bilindiği gibi, bir bölgede kaç hekimin istihdam edileceği yalnızca bölge nüfusu tarafından belirlenebilecek bir durum değildir.

Şu değişkenler de hekim istihdamı politika ve projeksiyonlarında etkili olurlar;

- a) Nüfusun hekimi kullanma sıklığı,
- b) Nüfusun hekimi ne için kullandığı ve hekimden beklentileri,
- c) Bölgedeki hastalık profili,
- d) İstihdam edilecek hekimden beklenenler, yani hekimin görev analizi,
- e) Hekimin, görev analizindeki her bir iş için harcamak zorunda kalacağı zaman,

Bütün bu değişkenlerin dikkate alınması daha dinamik ve gereksinimlerle daha uyumlu projeksiyonlar yapılabilmesi için şarttır.

## AMAÇ

İşte bu çalışmada, eldeki somut veriler kullanılarak, dinamik bir istihdam kapasitesi belirlenmeye çalışılacaktır. Türkiye'de böyle bir analiz için gerekli olan ve yukarıda sıralanan değişkenlere ilişkin veriler maalesef halen tam olarak bilinmemektedir. Bunların içinde en önemlisi birinci basamakta çalışacak hekimin görev analizi ve günlük görev profilidir. Günlük görev profilinin belirlenmesi gerek hekimin önüne koyacağı amaçlarla, gerekse bu

\* TTB Halk Sağlığı Kolu

amaçlardan habersiz olarak kendi subjektif gereksinimleriyle sağlık kurumuna başvuran kullanıcının beklentileriyle ilintilidir. Konuyla ilgili veri eksikliği nedeniyle bu çalışmada sıralanan değişkenler kabalaştırılarak analize dahil edilmek zorunda kalmıştır.

### KULLANILAN DEĞİŞKENLER

- 1) Nüfus: 61 milyon (DİE 1995 tahmini Bkz. SB 1994)
- 2) Kişi başı hekime başvuru: 2.44 (SB 1995)
- 3) Toplam Poliklinik başvurusu: 148.840.000
- 4) Yılda çalışılan gün sayısı: 220 gün
- 5) Günlük ortalama çalışma süresi: 7 saat: 420 dakika
- 6) Bir hastanın muayenesi için ayrılan/ ayrılması gereken süre: 10-15 dk.
- 7) Sevk zincirinin varlığı ve bütün başvuruların öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerce değerlendirilmesi zorunluluğu.

### VERİLER

#### I. GEREKLİ SAĞLIK OCAĞI SAYISI

Kırsal kesim için her 5000 kişi, kentsel bölge için her mahalle (kabaca 10000 kişi) için bir sağlık ocağı planlanabilir. Bu durumda (Türkiye'de kent ve kır nüfuslarının kabaca birbirine eşit olduğu düşünülürse) toplam sağlık ocağı gereksinimi kırsal bölge için 6000, kentsel bölge için 3000 ve toplam 9000 olmaktadır. Kentsel bölgede nüfusun önemli kısmının çalıştığı ve özellikle iş alanlarının yoğun olduğu bölgelerde sağlık ocağına gerek olmadığı düşünülürse, kent için gerekli sağlık ocağı sayısını azaltmak, ancak işyeri sağlık birimlerinin kurulmasını planlamak gerekecektir. Nitekim kentsel bölgede bağımlılık oranı %59'dur. Böylece, kentte yaşayan ve aktif ekonomik yaşantıda yer almayan nüfus toplamın %50'si olarak kabul edilebilir. Dolayısıyla gerekli sağlık ocağı sayısı yarı yarıya azalır 1500 olacaktır. İşyeri sağlık birimlerinin sayısını ise ayrıca hesaplamak gerekecektir. Sonuç olarak gerekli toplam sağlık ocağı sayısı 7500'tür. Yani halen 3000 sağlık ocağına daha gerek bulunmaktadır. (Halihazırda mevcut sağlık ocağı sayısı 4407'dir. SB TSH Gn.Müd. 1994 Eylül verisi). 5 yıl içinde bu açığın kapatılması planlandığında yılda ortalama 600 sağlık ocağı açılmak durumunda olacaktır. (Bu sayıya nüfus artış hızını kapatmak için gereken sağlık ocağı sayısı dahil değildir. Bu da dikkate alınırsa 1995 sonunda buna ek 200 sağlık ocağı daha gerekecektir.) Oysa 1990-

1994 arasındaki dönemde (4 yıllık) yılda açılan sağlık ocağı sayısı ortalama 238 düzeyinde kalmıştır. (SB 1993: 4, 334-335; SB 1986: 23-24; Eylül 1994 SB TSH Gn.Md. verilerinden hesaplanmıştır.) Son dört yılın ortalama sağlık ocağı açılma hızıyla açığın kapatılması 12.6 yıl alacaktır.

### II. GEREKLİ HEKİM SAYISI

#### A) Tüm gün yalnızca poliklinik hizmeti yapıldığı düşünülürse;

Gerekli pratisyen hekim sayısı: Toplam poliklinik başvurusu/yıllık çalışan gün sayısı x (günlük çalışma süresi/kişi başı ortalama muayene süresi) :  $148.840.000 / 220 \times (420/20) = 32216$ .

Eğer bütün diğer bileşenlerin sabit kaldığı ve nüfusun yıllık ortalama %2.16 hızıyla büyüdüğü (DPT verisi) dikkate alınırsa, gerekli pratisyen hekim sayısı da yılda ortalama %2.16 oranında artırılabilecektir. Bu ise 1995 yılında 696 hekimin mezun edilmesi zorunluluğunu gösterir.

Eğer kişi başı gerekli ortalama muayene süresi 15 dakika olarak kabul edilirse, gerekli pratisyen hekim sayısı 24162 olmakta, bu durum da 1995 yılı sonundaki ek pratisyen hekim gereksinimi ortalama 631 olarak belirlemektedir.

#### B) Günün yalnızca 4 saatinde poliklinik hizmeti yapıldığı düşünülürse:

Gerekli pratisyen hekim sayısı :  $148.840.000 / 220 \times (240/20) = 56378$ .

Bu durumda halen yaklaşık 22000 pratisyen hekim açığı var demektir. (Halihazırda mevcut pratisyen hekim sayısı 34728'dir. SB 1994:28) Mevcut pratisyen hekimlerin yaklaşık 1/3'ünün ihtisas yapmakta oldukları düşünülürse açık 40.000 civarında olacaktır. Böyle bir durumda 1995 sonunda (nüfus artış nedeniyle) ortalama 1217 pratisyen hekime daha gereksinim doğacaktır.

Eğer kişi başı ortalama muayene süresi, 15 da-

Tablo 1 : Değişik Seçeneklere Göre Pratisyen Hekim Gereksinimi\*

Poliklinik için harcanan zaman	Bir başvuru için harcanan zaman	Kişi başı başvuru oranı	Gerekli Hekim 1995	1995 sonunda Gereken (ek gereksinim)
7 saat	20 dak.	2.44	32216	696
4 saat	20 dak.	2.44	56378	1217
4 saat	15 dak.	2.44	42284	1103
4 saat	15 dak.	4.00	69318	1497

\* Nüfus 61 milyon, nüfus artış hızı %2.16 ve yıllık çalışılan gün sayısı 220 olarak alınmıştır.

kika olarak alınrsa gerekli pratisyen hekim sayısı 42284, bu durumda (nüfus artışını karşılamak için) 1995 sonundaki ek pratisyen hekim gereksinimi 1103 olmaktadır.

Bu formülde ortalama kişi başı hekime başvuru sayısındaki daha yüksek hedefler bir değişiklik unsuru olarak girebilir. Eğer hekime başvuru sayısı 2.44 olarak değil de 4 olarak alınrsa gerekli pratisyen sayısı 69318 ve 1995 sonundaki ek pratisyen gereksinimi 1497 olacaktır.

Formüller içinde en gerçekçisi 42284 hekim gereksinimine işaret eden seçenek olabilir. Bu durumda birinci basamakta istihdam edilecek pratisyen hekim açığı (asistan olan pratisyenler de dikkate alındığında) 19132 ve bu açık kapatıldıktan sonra yıllık gerekli mezun sayısı kabaca 1103 olmaktadır. Şu anki mezun sayılarıyla 4-5 yıl içinde gerekli hekim sayısına ulaşılacaktır.

### III. HEKİMLERİN KURUMLARA DAĞILIM DURUMU

Bu sayıdaki pratisyen hekimin bir kısmı sağlık ocaklarında, bir kısmı ise işyeri sağlık birimlerinde çalışacaktır. Sağlık ocaklarında çalışacak hekimlerle ilgili kimi veriler şöyle olacaktır:

- 1) Hekim/Sağlık ocağı:
  - a) Kentte : 10000x2.44x15/220x240:7 hekim
  - b) Köyde : 5000x2.44x15/220x240 : 3 hekim
- 2) Nüfus/Hekim:
  - a) Kentte : 10000/7 : 1500 kişi
  - b) Köyde : 5000/3 : 1600 kişi
- 3) Toplam gerekli hekim sayısı (sağlık ocakları için)
  - a) Kentte : 1500x7 : 10500
  - b) Köyde : 6000x3 : 18000
  - c) Toplam : 28500

Bu durumda yaklaşık 14000 hekimin işyeri sağlık birimlerinde ve kentte aktif üretim sürecinde olduğu varsayılan 15 milyon (kentsel nüfusun yarısı) kişi için istihdam edilmesi gerekecektir. Böylece işyerlerinde (kabaca) her 1000 kişi için bir hekim istihdam edilmiş olacaktır.

İşyeri sağlık birimleri için gerekli hekim sayısının bulunması daha karmaşık bir sorundur. Bunun başlıca nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

a) Türkiye'de işyeri sağlık örgütlenmesi son derece zayıftır ve konuyla ilgili deneyim birikimi de azdır. Dolayısıyla somut bir model önerisinde bulunabilmek güç olmaktadır.

b) Türkiye'de işyerleri irili ufaklıdır. Örneğin SSK verilerine göre ülkemizde sigortalı işçi çalıştıran 610.129 işyeri bulunmaktadır. Toplam çalıştırdıkları işçi sayısı ise 3.976.202'dir. Söz konusu işyerlerinin %48.4'ü 1 işçi çalıştırmaktadır. 1-49 işçi çalıştıran işyerlerinin toplam içindeki oranı ise %98.6'dır. Kısaca işyerlerinde işyeri başına düşen ortalama işçi sayısı yalnızca 3.9'dur. (1-9 işçili işyerlerindeki ortalama işçi sayısı ise 2.8'dir.) (SSK, 1993)

Bu durumda, işyeri sağlık örgütlenmesindeki önemli unsurlardan birisinin, hekim başına düşen işyeri sayısı olduğu düşünülebilir. Çünkü, kentsel bölge sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin hizmet vermek durumunda oldukları nüfusun (1500 kişi) işyeri hekimleri için de geçerli olduğu kabul edilirse, 1500 kişiden sorumlu bir işyeri hekiminin, herbirinde 2.8 işçi bulunan ve çalışma koşulları birbirinden farklı olan 536 işyeri ile ilgilenmesi ve bu işyerlerine tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yeterli düzeyde sunabilmesi olanaksız görünmektedir.

Dolayısıyla, işyeri sağlık örgütlenmesi için ayrı standartların belirlenmesi gerekmektedir. Buna bağlı olarak daha önceden hesaplanmış olan gerekli hekim sayısında da (42284) bir artış olabilecektir.

Aşağıda işyeri birinci basamak sağlık hizmetleri için bir istihdam modeli önerisinde bulunulacak ve öneri SSK verileri üzerinde somutlanacaktır.

- 1) 1000 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerleri için:
  - a) Her işyeri için bir işyeri sağlık birimi,
  - b) Her 1000 işçi için bir hekim.
- 2) 500-999 işçili işyerleri için:
  - a) Her 1000 işçi için ortak bir işyeri sağlık birimi,
  - b) Her 1000 işçi için ortak bir hekim.
- 3) 100-499 işçili işyerleri için:
  - a) Her 500 işçi için ortak bir işyeri sağlık birimi,
  - b) Her 500 işçi için ortak bir işyeri hekimi.
- 4) 50-99 işçili işyerleri için:
  - a) Her 250 işçi için ortak bir işyeri sağlık birimi,
  - b) Her 250 işçi için ortak bir işyeri hekimi.
- 5) 10-49 işçili işyerleri için:
  - a) Her 200 işçi için ortak bir işyeri sağlık birimi,
  - b) Her 200 işçi için ortak bir işyeri hekimi.

Yukarıdaki düzenlemede 1-9 işçili işyerlerine sağlık ocakları tarafından hizmet sunulması düşünülmüştür. SSK verilerine göre sigortalı işçilerin %39.7'si 1-9 işçili işyerlerinde çalışmaktadır. Yani kentli 15 milyon çalışanın 6 milyonunun 1-9 işçili işyeri işyerlerinde çalıştıkları varsayılabilir. Bu 6 mil-

Tablo 2 : İşyeri Büyüklüğüne Göre Gerekli Hekim Sayıları ve İlgili Kimi Göstergeler

	İşyeri Sayısı	İşçi Sayısı	Ortalama İşçi Sayısı	Gerekli Birim	Gerekli Hekim	İşyeri Sayısı	İşçi/Hekim
1000 ve +	143	304739	2131	143	305	0.5	1066
500-999	314	270302	861	270	270	1.2	1033
100-499	3623	765611	211	1530	1530	2.4	506
50-99	4540	317274	70	1270	1270	3.6	252
10-49	30138	730901	24	3654	3654	8.0	200
2-9	276151	1282365	5				
1	295010	295010	1				
<b>Toplam</b>	<b>610129</b>	<b>3976202</b>		<b>6867</b>	<b>6867</b>		

(İşyeri ve işçi sayılarına ilişkin veriler için bkz. SSK 1993)

yon kişi de sağlık ocaklarına bağlı olacaktır. Bu ise kent için daha önceden hesaplanmış 1500 sağlık ocağına ek olarak ve kentsel bölge ölçütlerine göre 600 ek sağlık ocağı gereksinimi anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki madde 9 milyon çalışana (toplam çalışan nüfus- 1-9 işçili işyerlerindeki çalışan nüfus) projekte edildiğinde ise gerekli hekim sayısı 15544 olmaktadır. Sağlık ocakları için gereken hekim sayısı 28500 ile toplandığında gerekli toplam pratisyen hekim sayısı 44044 olmaktadır.

## SONUÇ

Yukarıdaki analiz tek bir tablo halinde özetlenmiştir.

Tablo 3 : Birinci Basamakta Gerekli Hekim Sayısı ve Dağılımı (1995 İçin) (\*)

	Sağlık Ocaklarında	İşyerlerinde	Toplam	Açık
Kentte	10500	15544	26044	?
Köyde	18000	-	18000	?
<b>Toplam</b>	<b>28500</b>	<b>15544</b>	<b>44044</b>	<b>20892</b>

(\*) Hekime başvuru: 2.44, muayene süresi 15 dk, poliklinik süresi 4st, Yıllık çalışma süresi 220 gün alındığında.

İzlenebileceği gibi, bu analiz aynı zamanda iki önemli olguyu hedeflemektedir: a) sevk sistemi, b) işyeri sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık sistemine entegrasyonu.

Hesaplamalarda kullanılan değişkenlerin bugün bilinen değerleri zaman içinde değişebilir ya

da değiştirilmesi hedeflenebilir. (Örneğin hekime başvuru sayısında olduğu gibi.) Bütün bunlar sonuçta bulunan hekim sayısını da değiştirecektir. Bu hesaplamadaki çok önemli varsayımlardan birisi de hekimin 7 st'lik aktif çalışma süresinin 4 st'ni tıbbi bakım hizmeti ile kalan 3 st'ini ise diğer hizmetlerle geçireceği varsayımdır. Buradaki "diğer hizmetler" başlığı mutlaka ayrıntılandırılmalı ve bir işgünündeki ortalama ağırlığı hesaplanmalıdır.

Bu analizin ortaya koyduğu en önemli sonuç şu şekilde özetlenebilir: İstihdama yönelik analizler ve istihdam talepleri aslında bütünlüklü bir sağlık sistemi talebidir. Talep edilmekte olan sağlık sistemi doğrudan doğruya istihdam hacmini ve yapısını belirlemektedir. Dolayısıyla, istihdam sorununu salt nüfus değişkeni zemininde işleyen yaklaşımları aşan daha dinamik bir model kullanılması gerekmektedir. Bu ise öncelikle böyle bir dinamik modelin gereksindiği değişkenlerin somut değerlerinin belirlenmesini gerektirmektedir.

## KAYNAKLAR

1. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik, 1980.
2. Sağlık Bakanlığı (1986), Sağlık İstatistikleri, Ankara.
3. Sağlık Bakanlığı (1993), Sağlık İstatistikleri, Ankara.
4. Sağlık Bakanlığı (Eylül 1994), TSH Gn. Md. Verileri.
5. Sağlık Bakanlığı (1994), Sağlık İstatistikleri, Ankara.
6. Sağlık Bakanlığı (1995), Sağlık Strateji Dergisi, No: 3.
7. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
8. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961.
9. SSK (1993), Faaliyet Raporu, Ankara.