

# ÜLKEMİZDE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İNSAN GÜCÜ SORUNLARI

Dr. Uğur CİLASUN

Ülkemizde sağlık sektörünün insangücü açısından sıkıntıları, belki de ilk anda hemen göze çarpan bir unsur olduğu için, en çok sözü edilen ve neredede ise bu alandaki tüm aksamaların kaynağı olarak gösterilen bir konudur. Konuya yaklaşım genellikle iki çeşit olmaktadır.

1 — Bir grubun görüşüne göre, Türkiye'de özellikle hekim insan gücü son derece yetersizdir. Hekim olmayan sağlık personeli sayısı da azdır. Bunun için sağlık sektörünün başta hekim olmak üzere tüm sağlık personeli gereksinimine kısa vâdede çözüm bulmak olanaksızdır. Bu görüşe göre sıkıntıları hafifletebilmek için, nüfus artışı, hekim açığı, hekim gereksinimi gibi faktörler gözönüne alınarak, işe kilit personel olan hekim açığını kapatmak üzere çalışmakla başlanmalıdır.

2 — İkinci grubun görüşüne göre ise, Türkiye hekim ve hekim olmayan sağlık insangücü açısından öyle ileri sürüldüğü kadar büyük bir sıkıntıda değildir. Bu grubun görüşlerinin temsilcisi kabul edilebilecek olan Prof. Dr. Nusret Fişek, bakınız 1970 yılında yayınlanan Türk Tabipler Birliği Yıllığı'nda görüşünü nasıl savunuyor.

«Türkiye nüfusu bugün 35 milyon olduğuna göre bütün Türkiye'nin sağlık ocakları hizmete girse, bu hizmeti yürütmek için 4800 hekime ihtiyacı vardır. ve bunlardan ancak 3200'ü köylerde çalışacaktır. Sağlık Bakanlığının 1970 malî yılı bütçe raporuna göre hâlen Türkiye'de 15000'den fazla hekim meslek icra etmektedir. Tıp fakültelerinin yılda mezun sayısı ise 700-800 arasındadır. Bu duruma göre hekim sayısının sosyalleştirme programını yürütmekte yeterli olmayacağı iddiası kabul edilemez.»

Her iki görüşün de katıldığımız ya da katılmadığımız yanlarına ilerde tekrar değinmek üzere şimdi günümüzde sağlık sektörünün insangücü durumuna bir göz gezdirmek istiyorum.

Sağlık alanındaki insangücü sorununu iki açıdan ele alıp incelemek gereksinimi vardır.

1 — Nicelik açısından,

2 — Nitelik açısından.

**NİCEL AÇIDAN SAĞLIK İNSANGÜCÜ****A) Hekimler.**

1980 malî yılı bütçe raporunda belirtilen hekim sayısı ve bunların kurumlara dağılımı 1 numaralı tabloda gösterilmiştir. (Şekil 1.)

**TABLO I.**

**HEKİMLERİN TÜRKİYE'DEKİ KURUMLARA DAĞILIMI (1980)**  
(1.2.1979 İtibariyle)

KURUMLAR	HEKİMLER					
	UZMAN(*)		PRATİSYEN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
S.S.Y. Bakanlığı	2240	13,1	3054	33,6	5294	20,3
Diğer Bakanlıklar	500	2,9	275	3,0	775	2,9
İktisadi Dev. Teşek.	459	2,6	268	2,9	727	2,7
Belediye ve özel idar.	339	1,9	328	3,6	667	2,5
Üniversiteler	1410	8,2	2200	24,2	3610	13,8
S.S.K.	3104	18,2	1473	16,2	4577	17,5
Özel Sek. + Serbest + Meslek dışı	8956	52,6	1469	16,2	10425	39,9
<b>T O P L A M</b>	<b>17008</b>	<b>100,0</b>	<b>9067</b>	<b>100,0</b>	<b>26075</b>	<b>100,0</b>

(\*) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Dr. Nusret Fişek'in biraz önce değindiğim yaklaşımını bu sayılara uygularsak, yaklaşık

- 1725 kişiye bir hekim,
- 2645 kişiye bir uzman hekim,

— 4963 kişiye bir pratisyen hekim düşmektedir. Uzman hekimleri yatak sayısına göre değerlendirirsek, 6,6 hasta yatağına bir uzman hekim düştüğü görülmektedir. (M.S.B. dahil.)

Bu verilere bakıldığında, sayısal açıdan, ülkemizde hekim insangücünün gelişmiş Batı Avrupa ülkeleri ve Sosyalist ülkeler kadar iyi olmamakla birlikte, pek çok Asya, Güney Amerika ve Afrika ülke-lerinden de çok iyi durumda olduğunu görmekteyiz.

Ancak içinde yaşadığımız toplumun sosyal ve ekonomik koşulları ile varolan yasal düzenlemeler açısından böyle bir hesaplamaların, hekim insangücü varlığını bu şekilde görmenin ve değerlendirmenin doğru olup olmadığını tartışmak gereklidir.

Bilindiği gibi Anayasamızın 49 uncu maddesi, ülkemiz insanlarına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini verme görevinin devlete ait olduğunu saptamıştır. Devlet bu işi doğaldır ki Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirecektir. Şimdi tüm halka sağlık hizmeti vermekle yükümlü bu kurumun, tüm hekimlerin ancak yüzde 20,3'ünü

istihdam edildiğini görüyoruz. Bu oranın uzman hekimler için yüzde 13,1, pratisyen hekimler için ise yüzde 33,6 olduğu görülüyor. Tüm ülkenin bu yıl içerisinde sosyalleştirme kapsamına alındığını varsayarsak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu hekim mevcudu ile ancak

- her 14734 kişiye bir pratisyen hekim,
- her 20089 kişiye bir uzman hekim ve
- her 8500 kişiye de ortalama bir hekim verebilecek durumdadır.

Görülüyor ki, bugünkü sosyo-ekonomik yapı ve yasal durum içinde Sağlık Bakanlığı'nın istihdam ettiği yüzde 20,3 oranında hekim dışındaki yüzde 79,7 oranında hekimi «kullanılabilir» hekim insangücü olarak kabul etmek olanağı yoktur.

1980 yılbaşında sosyalleştirme kapsamında bulunan 44 il ve 7 eğitim - araştırma bölgesinde hekim insangücü durumu nedir? Şimdi kısaca bu konudaki verileri sıralamak istiyorum.

Sözünü ettiğim 44 il ve 7 eğitim-araştırma bölgesinde yaklaşık 22,5 milyon kişi yaşamaktadır. Bu bölgedeki toplam hekim sayısı 1478'dir. Bunun 391'i uzman hekim, 1087'si ise pratisyen hekimdir. Bu duruma göre sosyalleştirme bölgesinde yaklaşık 20699 kişiye bir pratisyen hekim, 57544 kişiye bir uzman hekim ve ortalama 15223 kişiye de bir hekim düşmektedir. Tablo II'de görüldüğü üzere, uzman hekimler uzmanlık dallarına göre değerlendirilmiğinde ortaya daha da çarpıcı bir görünüm çıkmaktadır.

**TABLO II.**

**Sosyalleştirme kapsamında bulunan 44 il ve 7 eğitim-araştırma bölgesinde değişik uzmanlık dallarında hekim başına düşen nüfus (1980)**

Uzmanlık Dalları	Uzman hekim başına düşen nüfus
Anestezi uzmanı	7.500.000
Ortopedi uzmanı	4.500.000
Röntgen uzmanı	4.500.000
Biokimya uzmanı	4.500.000
Göz hastalıkları uzmanı	3.750.000
Cildiye uzmanı	3.214.000
F.T.R. uzmanı	2.812.000
K.B.B. uzmanı	1.875.000
Nöropsikiyatri uzmanı	1.607.000
Çocuk uzmanı	725.000
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	592.000
İç Hastalıkları uzmanı	373.000
Genel Cerrahi uzmanı	212.000

Tüm yurt düzeyinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ait tedavi kurumlarında bir uzman hekime 26 hasta yatağı düşerken, sosyalleştirilmiş illerde bir uzman hekime 59 hasta yatağı düşmektedir.

Görülüyor ki istihdam edebildiği hekimler açısından zaten pek parlak durumda bulunmayan Sağlık Bakanlığı, sosyalleştirme bölgelerinde daha da içler acısı bir durumdadır. Bu bölgelerin yurdumuzun sosyal ve ekonomik açıdan en geri kalmış bölgeleri olmasının bunda önemli etkisi olsa gerektir. Yani hekimler genellikle Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev almak istememekte ve görev almayı kabul edenler de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği sosyal ve ekonomik açıdan daha geri bölgelere gitmeyi istememektedirler.

#### **Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sayısal Durumu ise Şöyledir:**

- Ülkemizde mevcut 7038 dış hekiminin yüzde 183'ü,
- 11535 eczacının yüzde 19,3'ü,
- 17094 hemşirenin yüzde 60,8'i,
- 12035 sağlık memuru ve teknisyenin yüzde 55,'u ve
- 17051 ebenin yüzde 86,5'i Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca istihdam edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan bu personel için hesaplandığında Tablo III'de görülen durum ortaya çıkmaktadır.

### **TABLO III**

#### **Hekim Dışı Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfusun Dağılımı (1980) (1.12.1979 itibariyle)**

<b>Hekim Dışı Sağlık Personeli</b>	<b>Sağlık Personeli</b>	
	<b>Hekim Dışı S.S.Y.B.</b>	<b>Başına Düşen Nüfus S.S.Y.B.</b>
Diş Hekimi	34883	6393
Eczacı	20152	3901
Hemşire	4336	2637
Sağlık Memuru	6679	3739
Ebe	3050	2639

Hekim dışında kalan sağlık personelinin, sayısal açıdan yetersiz olmakla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda görev yapanlarının oranının hekimlerden çok daha yüksek olması, sorunun boyutlarını küçültmektedir.

Kısaca özetlemek gerekirse ülkemizde başta hekim olmak üzere tüm sağlık personeli sayısal olarak yetersizdir. Bu nedenle başta söylediğimiz iki görüşten birincisinin haklı yanları bulunmaktadır. Ancak ülkenin sahip olduğu insangücü kaynaklarından, en önemli kamu kuruluşu olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının yeterince ve gerektiğince yararlanamadığı apaçık ortadadır. Bu da ikinci görüşün katıldığımız yanıdır. Bu noktadaki saptamamıza alınabilecek önlemleri tartışırken geri döneceğiz.

Sağlık insangücünün incelenmesi gerekli olan ikinci yönü niteliksel olanıdır. Bunu da sosyalleştirme uygulamasının iki kilit personeli olan hekim ve köy ebesi açısından tartışmak, diğer personele birer cümle ile değinmekle yetinmek istiyorum.

### **NİTELİK AÇISINDAN SAĞLIK İNSANGÜCÜ**

#### **A) Hekimler.**

Ülkemizde her alanda hissedilen dışa bağımlılığın etkileri hekim yetiştirmede de çok açık bir biçimde gözlenmektedir. Mevcut Tıp Fakültelerimizde hekim adayları, bütünüyle dışarıdan transfer edilmiş bir teknolojinin belirlediği bir eğitimden geçmektedirler. Bu dışarıdan alınmış teknoloji, eğitim tekniğinin ve bilgi gereksiniminin de tahl edildiği ülkelerin düzeyinde olmasını gerekli kılmaktadır. İster kapitalist ister sosyalist olsun gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkelerin temel sağlık sorunlarının birbirine benzeyen pek az yanı bulunmaktadır. Bu şekilde, gelişmiş ülkelerin tıp teknolojisine, eğitim tekniklerine ve bunların gerektirdiği teorik bilgi gereksinimlerine göre yetiştirilen genç hekimler, meslekî çalışmalarına başladıklarında, kendilerine şimdikiye hiç sözü edilmemiş pek çok sorunla yüzyüze gelmekte, bunları çözümlenmekte yetersizliklerini kolayca hissetmektedirler. Sayısız sendromla doldurulmuş kafaları, polikliniğe başvuran yüzlerce ve çoğunluğu çok kolay tanınıp tedavi edilebilecek enfeksiyon hastalıklarını birer bilmece şekline sokmaktadır. Tamamen tedavi edici hekimliğe yönelik bir eğitim, özellikle kırsal alanda, koruyucu hekimliğin en basit uygulamalarının yapılamamasına yol açmaktadır. Yetişen hekimler bunu bir gereksinim olarak görememektedirler bile.

Tıp eğitimimizin yetersizliği, ülke gerçeklerine yönelik olmayışı, genç hekimleri güvensizliğe, dolayısıyla karşı konulamaz bir biçimde, uzmanlaşmaya doğru gitmektedir. Bu nedenle de kırsal alanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alması beklenen pratisyen hekim sayısında istenen sayısal duruma ulaşmak, bu durumda bir hayâl gibi görünmektedir.

Tıp eğitimi ve hekimlerin bilgi ve becerilerinin uygulamadaki yetersizlikleri konusu çok ayrıntılı bir şekilde tartışılmaya değer bir konu olmakla birlikte, burada bu kısa değinme ile yetineceğim.

### **B) Köy Ebeleri.**

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütlenmesinde en uç noktada görev yapan, toplumun sağlık durumunu saptamak için gerekli veriler toplamakla, gebe, bebek ve çocuk bakımı gibi, doğumla, aşılama ile, aile plânlaması ve eğitimle ilgili pek çok görev yüklenmek durumunda olan bu personel pek çok temel bilgilerden veya becerilerden yoksun olarak sahaya gelmektedir. Öyle ki biz eğitim ve araştırma bölgelerinde hizmet içi eğitime, bu personele toplama, çıkarma, çarpma ve bölmeyi, yani dört işlemleri öğretmekle başlıyoruz. Hizmet içi eğitimin belirli bir plan ve program içerisinde yürütülmediği diğer bölgelerde, bu personelin topladığı sayısal verilerin geçerliliği üzerinde durulmak gerekir.

Öte yandan sağlık okulundan mezuniyetinden sonra köyde çalışmak durumunda olan ebelere, hastanede ve hastane şartlarında doğu öğretilmekte, alan uygulamasında yapacağı hizmetlere kırsal bölgede eğitilerek hazırlanması düşünülmemektedir bile. Bu nedenle kırsal alanda ve çoğu her türlü eğitim-denetim-destekleme gibi hizmette uyumunu sağlayacak tüm unsurlardan yoksun olarak çalışmak zorunda bırakılan bu personel, kendisinden beklenen görevlerin hemen hiçbirini yapamaz duruma düşmektedir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iki temel personelinin nitelik açısından böyle kısaca bir değerlendirilmesi yapıldıktan sonra şimdi bu darboğazların aşılabilmesi için neler önerilebilir, onları sıralamak istiyorum.

### **ÖNERİLER.**

Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık personeli, başta hekimler olmak üzere nicelik ve nitelik açısından yetersizdir. Ancak nitelik açısından zaten yetersiz olan hekimleri kamu sağlık kuruluşlarının en önemlisi olan ve Anayasa ile halka sağlık hizmeti verilmesi görevi kendisine verilmiş olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kendi kurumlarında görevlendirememektedir. Bunun nedeni toplumumuzda sağlık hizmetlerini üretme biçimlerinin karmaşıklığı ve çarpıklığıdır. Bir yandan sosyalleştirme uygulaması ile devlet eli ile sağlık hizmeti götürülmeye çalışılırken, öte yandan piyasa ekonomisi kurallarına uygun bir hizmet pazarlaması sürmektedir. Bu iki biçim arasındaki uyuşmaz ilişki, sosyalleştirilmiş hizmetlerin aleyhine olarak, hekim in-

sangücünü hizmet piyasasına çekmektedir. Kuşkusuz hekimlerin hizmetlerini pazarlamak istemelerinin günümüzde akla yakın pek çok nedeni vardır. Ama konumuz bu değil. Vurgulamak istediğim, üretim biçiminin karmaşıklığının daha liberal biçimlerin gelişmesine kaçınılmaz olarak olanak sağlanması olgusudur.

Bu durumda sağlık sektörünün mevcut insangücü potansiyelinin tümünden yararlanabilmesi için, sağlık hizmetlerinin üretilmesi biçiminin tümü ile değişmesinin gerekli olduğu sonucu doğal olarak ortaya çıkar. Böyle bir dönüşümün, tek başına gerçekleşebilecek bir şey olmadığı ancak toplumun sosyo ekonomik yapısında tümünden olacak bir dönüşümle birlikte gerçekleşebileceği de ortadadır.

Bu değiş, son çözüme kadar sosyalleştirmenin insangücü sıkıntısını hafifletmek açısından hiçbir önlem alınamaz anlamına gelmemelidir.

1 — İlk elde Sağlık Bakanlığının kendi kuruluşundaki aksaklıkları gidermesi ve tek amaçlı örgütlenmelerini (A.Ç.S. merkezleri, Verem Savaş, Trahom Savaş, Frengi, Lepra Sav. gibi) İntegre ederek polivalan örgütlenme anlayışını temel ilke hâline getirmesi gereklidir.

2 — Her kamu kuruluşunun kendi çalışmalarının sağlık sorunlarını kendisinin çözümüyle uygulamasından vazgeçmeli ve gerekli yasal düzenlemeler yapılarak sağlık örgütlerinin tek elde toplanması sağlanmalıdır.

3 — Kamu kesiminde çalışan hekimler için tam gün çalışma ilkesinden dönülmemeli, tüm sağlık personelinin atama ve yükselme işlemleri güvence altına alınmalı, bu amaçla Yüksek Hekimler Kurulu en kısa zamanda kurulmalıdır.

4 — Tıp fakültelerinin eğitim programları ivedilikle gözden geçirilmeli, ülke gerçeklerine uygun hekim yetiştirmek için program değişiklikleri yapılmalıdır. Bu arada uzmanlık eğitimi veren kurumlarda aynı zamanda öğrenci eğitilmesinin sakıncaları da göz önüne alınmalı ve batının kapitalist ülkelerinin bile uygulama yolunda olduğu, uzmanlık eğitimi veren kurumlarla öğrenci eğitimi yapan kurumların ayrılması doğrultusunda çalışmalar yapılmalıdır.

5 — Köy ebesi yetiştiren sağlık okulları bölgesel olanaklar da gözönüne alınarak, kırsal bölge kökenli kız öğrencileri kendi bölgelerinde ve alan çalışmalarına uygun bir biçimde yetiştiren okullar kaline getirilmeli, amaç olarak 500 nüfusu aşkın her yerleşme birimine bir ebe vermek hedef alınmalıdır.