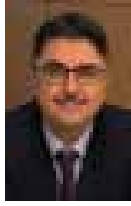


# İç hastalıkları uzmanlığında değişen fonksiyon ve artan ihtiyaç

## 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 nüfusla 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 yapılabildiği 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 başvuru alan 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 bilgisine hastaların başvuru yönlendirmesinin 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 toplandığı 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*