

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 durum 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 hesaplamadır. 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 çıktılarında 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 cinsiyete 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 olacaktır. 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 cepheslerinden 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 ülkelerden 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 ulaşılabilirlikle 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 hizmetine 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 ülkelerden 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 uygulamaları grubunda görülen kiropratik, 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 "pratisyene 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 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 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 taşınması 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 oluşturmalıdır.

- 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 verdiğiinden 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 Programming & 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 Hızlısıhha Merkezi Başkanlığı Hızlısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011, Ankara.*