



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Araştırmaları
Genel Müdürlüğü

2014

**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL
İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ
BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK KURUMLARI
UYGULAMASI**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Telif hakkı sahibi:

©Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: dokümanın ismi, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, <http://> adresi, erişim tarihi” belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978-975-590-480-1

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 929

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No : SB-SAG-2014/01

SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
PROJE EKİBİ

PROJE YÖNETİCİSİ

Prof. Dr. Uğur DİLMEN

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü

PROJE KOORDİNATÖRÜ

Uz. Dr. Banu AYAR

Araştırma ve Sağlık Sistemleri Daire Başkanı

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ VE YAZARLAR

Serpil NAZLIOĞLU

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Araştırma ve Sağlık Sistemleri Daire

Başkanlığı

Elif İŞLEK

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Araştırma ve Sağlık Sistemleri Daire

Başkanlığı

TEŞEKKÜR

“Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması”nın gerçekleştirilmesi ve yayın haline getirilmesi sürecine değerli katkılarından dolayı;

Sağlık Bakanı Sayın Uzm. Dr. Mehmet Müezzinoğlu, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Nihat Tosun, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Dr. Yasin Erkoç, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Dr. Zafer Çukurova’ya,

Araştırmanın analiz aşamasına veri sağlamak suretiyle katkıda bulunan Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna,

Araştırma sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarına teşekkür ederiz.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

ÖN SÖZ

Sağlık sisteminin merkezini oluşturan sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik olarak yeterli olması ile tüm ülke düzeyinde dengeli ve hakkaniyete uygun dağılımı sağlık sonuçlarını etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, insan odaklı bir yaklaşım gerektiren sağlık sektörünün en önemli girdisini, sağlık insan kaynağı oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, kaliteli ve ulaşılabilir bir şekilde sunulabilmesi için yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda, doğru yerde ve doğru şekilde istihdam edilmesi gerekmektedir.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de artan nüfus ve değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda topluma yeterli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulabilmesi adına özellikle birinci basamak sağlık kurumlarının organizasyon ve personel açısından güçlendirilmesi gerekliliği doğmuştur. Bu gereklilikler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için aile hekimliği sistemi geliştirilmiştir. Aile hekimliği sisteminin etkililiği ve sürdürülebilirliği ise ihtiyaç duyulan personelin planlanması, eğitilmesi ve yönetilmesi ile mümkün olacaktır.

Bu çalışmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yönteminin aile sağlığı merkezlerinde uygulaması yapılarak, buralarda çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının işyükleri ve ihtiyaç duyulan personel hesaplamaları gerçekleştirilmiştir. Aile hekimliği hizmetlerinin kullanımı açısından iller arasında farklılıkların olduğuna işaret eden bu çalışmanın, var olan farklılıkların nedenlerinin araştırılmasına, uygun çözümler geliştirilmesine, sağlık insan gücünün etkin ve verimli kullanımına ve bu düzeyde sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılmasına katkıda bulunmasını temenni ederim.

Prof. Dr. Uğur DİLMEN
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1.....	1
İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMASI.....	1
İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMASI	2
1. Arka Plan.....	2
2. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi	3
2.1. Uzman Komitelerin Oluşturulması	5
2.2. Aktif Çalışma Süresinin Belirlenmesi	6
2.3. Aktivitelerin ve Aktivite Standartlarının Belirlenmesi	7
2.4. Yıllık İşyükü Verilerinin Derlenmesi	11
2.5. İşyüküne Dayalı Personel ihtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Personel İhtiyacının Hesaplanması	12
2.5.1. Aile Hekimi İhtiyaç Hesaplamaları	12
2.5.2. Aile Sağlığı Elemanı İhtiyaç Hesaplamaları	19
3. SONUÇ	23
BÖLÜM 2.....	24
ASM ve TSM UYGULAMALARI VE SAĞLIK PERSONELİNİN İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ	24
ASM ve TSM UYGULAMALARI VE SAĞLIK PERSONELİNİN İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ	25
1. Sağlık Personelinin ASM Ve TSM Uygulamaları İle İlgili Görüş ve Önerileri	25
1.1. Saha Ziyaretleri ve Yüz Yüze Görüşmeler	25
1.2. Çalıştay Katılımcılarının ASM ve TSM Uygulamaları İle İlgili Görüş ve Önerileri	29
KAYNAKLAR	47

TABLULAR

Tablo 1 ASM personeli için yıllık aktif çalışma süresi	6
Tablo 2 TSM personeli için yıllık aktif çalışma süresi.....	7
Tablo 3 ASM’de Görevli Aile Hekimlerin Aktivite Standartları	8
Tablo 4 ASM’de Görevli Aile Sağlığı Elemanlarının Aktivite Standartları	9
Tablo 5 TSM’de Görevli Hekimlerin Aktivite Standartları.....	10
Tablo 6 TSM’de Görevli Hemşirelerin Aktivite Standartları	11
Tablo 7 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Hesaplanmış Aile Hekimi İhtiyacı	14
Tablo 8 Ankara ve Aksaray İllerinde İşyükü Oranı Kullanılarak Personelin Dengeli Dağılımının Sağlanması.....	18
Tablo 9 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Hesaplanmış Aile Sağlığı Elemanı İhtiyacı	20
Tablo 10 Toplum Sağlığı Merkezlerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	35

ŞEKİLLER

Şekil 1 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Uygulama Aşamaları	4
Şekil 2 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Mevcut Aile Hekimi Sayısı, İşyüküne Dayalı Olarak Hesaplanmış İhtiyaç, SB Normu ve İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması	15
Şekil 3 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması	17
Şekil 4 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Mevcut Aile Sağlığı Elemanı Sayısı, İşyüküne Dayalı Olarak Hesaplanmış İhtiyaç, SB Normu ve İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması.....	21
Şekil 5 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Sağlığı Elemanlarının İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması.....	22

EKLER

Ek 1 ASM ve TSM’lerin seçildiği iller	36
Ek 2 Katılımcı listesi	37
Ek 3 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Aşamalar	40
Ek 4 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Formlar	41
Ek 5 Ankara’da Yüz yüze görüşme yapılan ASM’lerin özellikleri	45
Ek 6 Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği izleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, Örnek Veri Seti .	46

KISALTMALAR

AH	Aile Hekimi
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SB	Sağlık Bakanlığı
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
YÖK	Yüksek Öğrenim Kurumu

YÖNETİCİ ÖZETİ

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de artan nüfus ve değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına özellikle birinci basamak sağlık kurumlarının organizasyon ve personel açısından güçlendirilmesi gerekliliği doğmuştur. Bu gereklilikler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için aile hekimliği modeli geliştirilmiştir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir. Aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında başlamış ve 2010 yılı sonunda da ülkenin tamamına yayılmıştır.

Aile hekimliği sisteminin, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin ileriye dönük olarak ise sağlık çıktılarının iyileşmesine beklenen katkıyı sağlamanın yanında yeterli sayıda Aile Hekiminin (AH) ve Aile Sağlığı Elemanının (ASE) olması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma iki önemli birinci basamak sağlık kurumu olan ASM ve TSM’lerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi’nin (Shipp, 1998) uygulanmasına yönelik aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşaması uzman görüşüne dayalı olarak bu kurumlarda çalışan personelin gerçekleştirdikleri ve işyüklerinde önemli yer tutan aktivitelerin ve bu aktiviteler için harcanan sürelerin belirlenmesidir. Bu amaçla 28 Eylül- 1 Ekim 2011 tarihlerinde ASM ve TSM’ler de çalışan personelin katılımı ile ikişer günlük iki çalıştay düzenlenmiştir. Bunu Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı tarafından Aile Hekimi Bilgi Sistemi aracılığı ile toplanan işyükü verilerinin derlenmesi, çalıştay çıktılarının ASM’lere yapılan ziyaretlerle gözden geçirilip düzenlenmesi ve ihtiyaç hesaplamalarının yapılması izlemiştir. Çalışma sonuçları iki bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölüm İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yönteminin uygulama sonuçlarını, ikinci bölüm ise hem çalıştaylarda hem de ASM’lere yapılan ziyaretlerde gerçekleştirilen yüz yüze görüşmelerde elde edilen bilgileri içermektedir.

İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlıkta insan kaynakları alanında mikro planlama aracı olarak geliştirilmiş ve kurumların personel ihtiyaçlarının işyüküne bağlı olarak belirlenmesini sağlayan bir yöntemdir. Aktivite standartlarının belirlenmesi İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yönteminin odak noktasını oluşturmaktadır. Aktivite standartlarının yöneticiler ve sağlık bilimciler tarafından kabul edilebilir nitelikte olması gereklidir. Bunu sırasıyla yıllık aktif çalışma süresinin belirlenmesi ve standart işyükünün hesaplanması izler. Daha sonra yıllık işyükü verileri kullanılarak toplam personel ihtiyacı hesaplanır. İşyüküne dayalı olarak hesaplanan ihtiyaç ile mevcut personel sayısı karşılaştırılarak personel atamalarında dengeli bir dağılım elde edilmesi sağlanır.

Bu çalışmada meslek grubu yaklaşımı kullanılarak ASM’lerde görevli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ve TSM’lerde görevli hekimler ve hemşire/ebe/sağlık memurları için uzman komiteler oluşturulmuştur. Komite üyelerinin görev yaptığı kurumlar belirlenirken kurumun bulunduğu ilin gelişmişlik düzeyi, turistik bölgede bulunuyor olması, sanayi bölgesi olması, gezici hizmet yoğunluğunun olması, coğrafi bölge özellikleri, nüfus özellikleri (özellikle yaşlı nüfus), metropol olması gibi değişkenler dikkate alınmıştır.

Çalışmamız Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının gerçekleştirdiği ve iş yüklerinde önemli yer tutan aktiviteler ve her bir aktivite için süre standartlarının belirlenmesini sağlamıştır. Ek olarak kanunlar ve personel yönetmelikleri çerçevesinde yasal olarak tanınan haklar doğrultusunda izinlerin kullanımında komite üyelerinin deneyimleri ve genel eğilimler de dikkate alınarak her bir personel kategorisi için yıllık aktif çalışma süreleri hesaplanmıştır. Ayrıca belirlenen süre standartları ve aktif çalışma süresi dikkate alınarak her bir personel grubunun bir yılda bir personel tarafından bu aktivitelerden ne kadar gerçekleştirilebileceği de ortaya konulmuştur. Benzer çıktılar TSM’de görevli hekim ve hemşire/ebe/sağlık memurları için de elde edilmiştir.

İşyükü verilerinin derlenmesini takiben saptanan aktivite standartları ve standart işyükleri kullanılarak Türkiye geneli ve il düzeyinde AH’ler ve ASE’ler için işyüküne dayalı ihtiyaçlar hesaplanmıştır. Hesaplamalar Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Daha sonra hesaplanan ihtiyaçlarla mevcut personel sayıları karşılaştırılarak ihtiyaç ya da fazlalıklar ve personelin maruz kaldığı işyükü oranı belirlenmiştir. İşyükü oranı personelin maruz kaldığı işyükü baskısını ölçmek için geliştirilmiş bir ölçüttür ve mevcut/hesaplanmış ihtiyaç formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. İşyükü oranı 1 olduğunda mevcut personel ve ihtiyaç duyulan personelin eşit olduğunu ve bir müdahale gerekmediğini, 1’ den az olduğunda personelin fazla işyüküne maruz kaldığını ve 1’ den fazla olduğunda ise atıl personel olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığının Aile Hekimi atamalarında mevcut öngördüğü norm 3000 nüfusa 1 AH ve 1 AH’ye 1 ASE şeklindedir. Çalışma sonuçları 1 AH’ye 1 ASE uygulamasının yetersiz kaldığını ve mevcut işyükleri dikkate alındığında ASE sayısının AH sayısından %12 daha fazla olması gerektiğini göstermektedir. Yani 8 AH’nin çalıştığı bir ASM’de 9 ASE bulunması gerekmektedir.

Ayrıca işyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme yöntemi kullanılarak hesaplanmış personel ihtiyacı ile mevcut personel arzı karşılaştırılarak, personelin maruz kaldığı işyükü baskısı (işyükü oranı) belirlenmiştir. Türkiye genelini kapsayan hesaplamalarda ASM’de sunulan hizmetlerin mevcut kullanım oranları dikkate alındığında AH işyükü oranı 0,84, ASE işyükü oranı ise 0,75 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar AH için %16, ASE’ler için % 25’lik personel açığı olduğunu ve belirlenen AH standartlarının ancak %84’üne, ASE standartlarının ise ancak %75’ine ulaşılabildiğini göstermektedir.

İller bazında yapılan hesaplamalarda İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi kullanılarak hesaplanmış personel ihtiyacı ile mevcut personel arzı ve personelin maruz kaldığı işyükü baskısı (işyükü oranı) karşılaştırıldığında iller arası farklılıklar saptanmıştır. Örneğin AH’ler için hesaplanan işyükü oranları incelendiğinde 0,6’lık işyükü oranı ile Yalova en fazla işyüküne maruz kalan il, Hakkari ise 3,9 ‘luk işyükü oranı ile en az işyüküne maruz kalan, personelin atıl olduğu ildir. Sağlık Bakanlığının Aile Hekimi atamalarında mevcut öngördüğü norm 3000 nüfusa 1 AH şeklindedir. Bu norm kullanıldığında Yalova için gereken AH sayısı 70, mevcut 54, işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç ise 85’tir. Hakkari’de ise SB normuna göre gereken AH sayısı 93, mevcut 50, işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç ise 13’tür. Aynı karşılaştırmayı nüfusları hemen hemen aynı üç il arasında yaptığımızda da benzer bir durum ortaya çıkmaktadır. Üç farklı bölgeden ve benzer nüfuslara sahip üç il Amasya 322.283 nüfus, Bitlis 337.253 nüfus ve Düzce 346.493 nüfus ile karşılaştırıldığında üç ilde işyükü oranları ve personel ihtiyaçlarının birbirinden farklı olduğu gözlenmektedir.

Nüfusa dayalı norm kullanıldığında üç ilin AH ihtiyacı sırasıyla Amasya 107, Bitlis 112, Düzce 115’tir ve birbirine çok yakındır. Ancak işyüküne dayalı ihtiyaçlar karşılaştırıldığında Amasya ve Düzce’nin AH

ihtiyaçları sırasıyla 113 ve 116 ile birbirine çok yakın olmasına rağmen Bitlis'in AH ihtiyacı 49 olarak hesaplanmıştır ve mevcut personel sayısının bile çok altındadır. Bu illerdeki işyükü oranları karşılaştırıldığında da Amasya ve Düzce sırasıyla 0,83 ve 0,78 ile 1'in altında, Bitlis ise 1,60'lık işyükü oranı ile 1'in üstünde kalmıştır. Bu durum Bitlis'te mevcut AH hizmeti kullanımı dikkate alındığında ihtiyaç duyulandan daha fazla AH bulundurulduğunu işaret etmektedir. Bitlis'e nüfusa dayalı norm kullanılarak personel ataması yapıldığında, gerektiğinin iki katından fazla AH olacak ve personel atılacaktır. Ayrıca yalnızca mevcut ve ihtiyaç arasındaki farka bakmak yerine işyükü oranını kullanmak yöneticilere yeni personel atamalarını en optimum şekilde yapmalarını sağlar.

Bu sonuçlar ayrıca AH hizmetlerinin kullanımı açısından iller arasında farklılıklar olduğunu da işaret etmektedir. Bu farklılıkların nedenlerinin araştırılması ve uygun çözümler getirilmesi hem bu düzeyde sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasına hem de personelin etkin ve verimli kullanımına katkıda bulunacaktır.

Özet olarak bu çalışma geleneksel nüfusa dayalı personel normlarının gerçek ihtiyaçların belirlenmesinde yeterli olmadığını, kurumların ihtiyaç belirlemede ve personel normu oluşturmada daha etkili yöntemler kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme yöntemi personelin fazla işyüküne maruz kalmasını ya da atıl kalmasını önleyerek personel ihtiyacının belirlenmesinin ve atamaların daha etkin bir şekilde yapılmasını sağlama potansiyeline sahiptir.

BÖLÜM 1

İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ BİRİNCİ BASMAK SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMASI

İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL İHTİYACI BELİRLEME YÖNTEMİ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARI UYGULAMASI

1. Arka Plan

Günümüzde sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de artan nüfus ve değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına özellikle birinci basamak sağlık kurumlarının organizasyon ve personel açısından daha da güçlendirilmesi gerekliliği doğmuştur. Bu gereklilikler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için aile hekimliği modeli geliştirilmiştir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir. Aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında başlamış ve 2010 yılı sonunda da ülkenin tamamına yayılmıştır.

Aile hekimliği sisteminin, ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ileriye dönük olarak da sağlık çıktılarının iyileşmesine beklenen katkıyı sağlamasında yeterli sayıda Aile Hekiminin (AH) ve Aile Sağlığı Elemanının (ASE) olması büyük önem taşımaktadır. Bugün Türkiye’de 6751 Aile Sağlığı Merkezinde toplam 20.127 (SB, 2013) aile hekimi görev yapmaktadır. Uygulanmakta olan 3000 nüfusa 1 aile hekimi normu kullanılarak bir değerlendirme yapıldığında bu sayının yeterli olmadığı görülmektedir. Mevcut aile hekimliği programlarının sayısı ve alınan öğrenci sayıları ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir. Bugün aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren toplam 65 üniversite ve eğitim ve araştırma hastanesinde sadece 848 asistan aile hekimi bulunmaktadır (ÖSYM, 2012). 2011-2012 yılında uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimi sayısı 91’dir. Bu yüzden gereken aile hekimi ihtiyacının karşılanması için aile hekimliği sistemi uygulamasına geçildiğinde pratisyen hekimlerin ve diğer uzmanların uyum eğitimleri verildikten sonra aile hekimi olarak hizmet vermeleri sağlanmıştır. Hâlihazırda aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimlerinin %5,2’si aile hekimi uzmanlarından %0,3’ü diğer uzmanlıklardan ve kalan % 94,5’i de pratisyen hekimlerden oluşmaktadır (SB, 2013).

Aile hekimi uzmanı olmayan, ancak aile hekimliği yapmak isteyen diğer uzmanlar ve pratisyen hekimler 10 günlük uyum eğitime tabi tutulmaktadır. Bu eğitimin ardından ikinci aşamada ise bir yıl süren “sürekli mesleki gelişim eğitimi” verilmektedir. Bu eğitim 12 modülden oluşmakta, klinik ve yönetsel konuları içermekte ve bir üniversitenin bünyesinde uzaktan eğitim yoluyla yürütülmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup eğitimi başarıyla bitirenlere ömür boyu aile hekimi olarak çalışabilme hakkı tanınmaktadır. Zira ilerleyen yıllarda Halk Sağlığı Kurumu aile hekimi olmayan hekimlerle sözleşme imzalamayı planlamaktadır.

Aile Sağlığı Merkezlerindeki personel yetersizliği aile sağlığı elemanı için de geçerlidir. Bu çalışma yürütüldüğü esnada aile sağlığı elemanı olarak görev yapmakta olan 19.527 (SB, 2013) sağlık personeli bulunmaktadır. Aile sağlığı elemanları; aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşirelik, ebelik, toplum sağlığı teknisyenliği veya acil tıbbi teknisyenliği eğitimi almış kişilerden oluşmaktadır. Farklı mesleki eğitimden gelmeleri görev, yetki, sorumluluk ve elde edilen sosyal haklarda herhangi bir farklılık oluşturmamaktadır. Ancak aile

hekiminin performansını etkileyen unsurlara bağılı olarak maaşlarda az da olsa farklılık olabilmektedir. Aile sağılığı elemanı olmak üzere sözleşme imzalayan herkes göreve başladıktan sonra 3 gün süren uyum eğitimlerine alınmaktadır.

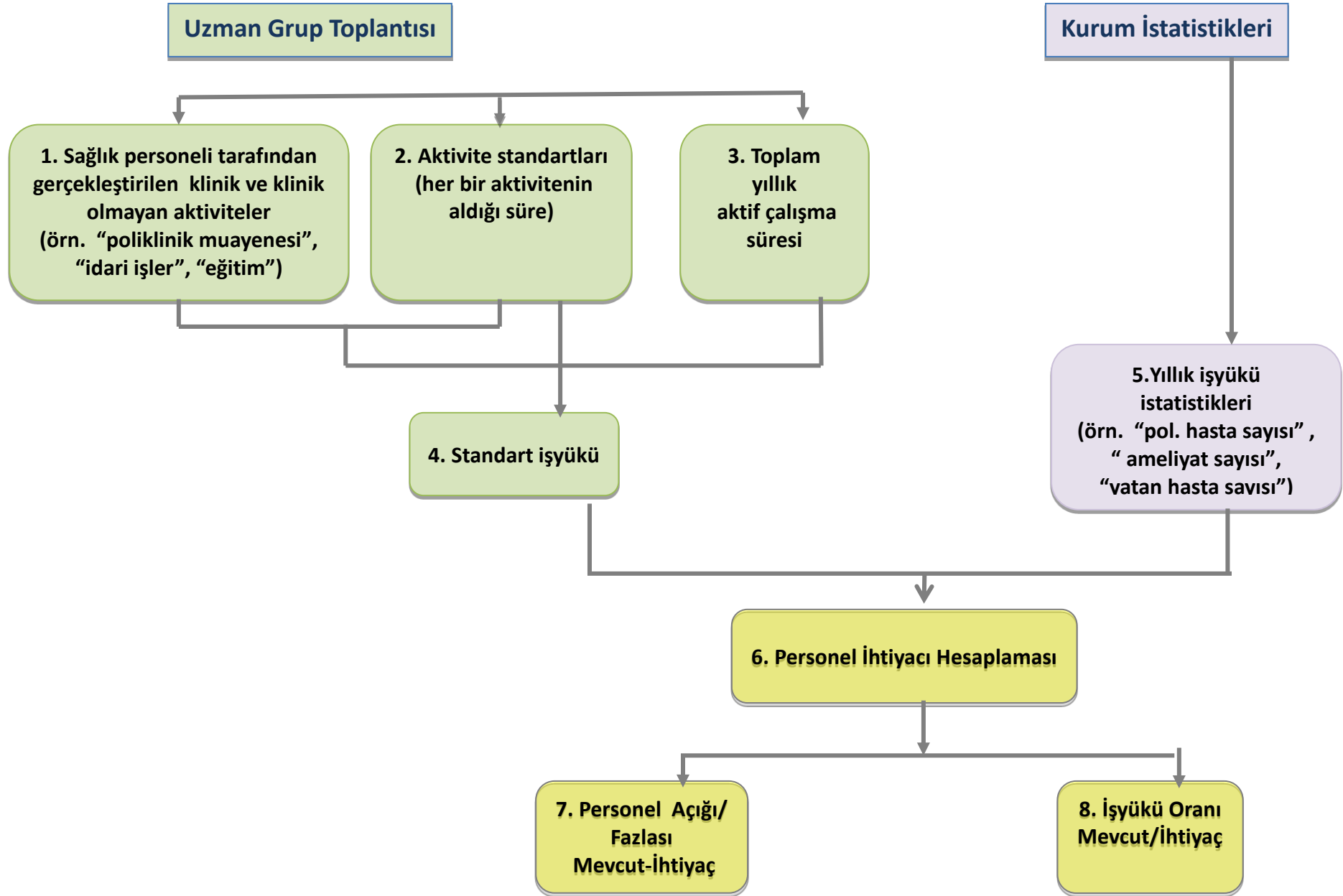
Yeniden düzenlenmiş birinci basamak hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması için gereken personel sayısının bilimsel ve objektif yöntemlere dayanması önemlidir.

Bu çalışma iki önemli birinci basamak sağılık kurumu olan ASM ve TSM'lerde Dünya Sağılık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yönteminin (Shipp, 1998) uygulanmasına yönelik aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşaması uzman görüşüne dayalı olarak bu kurumlarda çalışan personelin gerçekleştirdikleri ve işyüklerinde önemli yer tutan aktivitelerin ve bu aktiviteler için harcanan sürelerin belirlenmesidir. Bu amaçla 28 Eylül- 1 Ekim 2011 tarihlerinde ASM ve TSM'ler de çalışan personelin katılımı ile ikişer günlük iki çalıştay düzenlenmiştir. Bunu Halk Sağılığı Kurumu, Aile Hekimliği İzlenme Değerlendirme daire başkanlığı tarafından Aile Hekimi Bilgi Sistemi aracılığı ile toplanan işyükü verilerinin derlenmesi, çalıştay çıktılarının ASM'lere yapılan ziyaretlerle gözden geçirilip düzenlenmesi ve ihtiyaç hesaplamalarının yapılması izlemiştir. Çalışma sonuçları iki bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölüm İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme yönteminin uygulama sonuçlarını, ikinci bölüm ise hem çalıştaylarda hem de ASM'lere yapılan ziyaretlerde gerçekleştirilen yüz yüze görüşmelerde elde edilen bilgileri içermektedir.

2. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi

İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Dünya Sağılık Örgütü tarafından sağılıkta insan kaynakları alanında mikro planlama aracı olarak geliştirilmiş ve kurumların personel ihtiyaçlarının işyüküne bağılı olarak belirlenmesini sağılayan bir yöntemdir.

Her sağılık kurumunun işyükünü belirleyen çeşitli faaliyetler vardır; bir hastanedeki ameliyat, poliklinik, yatan hasta, doğum, laboratuvar sayıları veya bir sağılık ocağındaki ev ziyareti, poliklinik, eğitim sayıları gibi. Bu faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için sağılık personeli tarafından yapılan her tür iş için bir aktivite standardı belirlemek mümkündür. **Aktivite standardı**, belirli bir işi yapmak için, iyi yetişmiş bir meslek mensubunun ülke koşullarında ortalama olarak kullanacağı süre, yani birim zaman olarak tanımlanır. Her bir aktiviteye yönelik personelin yıllık aktif çalışma süresi ve belirlenen aktivite standardı dikkate alınarak bir standart işyükü belirlenir. **Standart işyükü** ise her bir personel kategorisinin belirlenen aktivite standartları ve toplam aktif çalışma süresine bağılı olarak her bir işten bir yılda gerçekleştirebileceği standart miktardır. Daha sonra kurumların işyükü ile personelin standart işyükü karşılaştırıldığında ortaya kurumların personel ihtiyacı çıkar. Şekil 1 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yönteminin aşamalarını göstermektedir.



Şekil 1 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Uygulama Aşamaları

Aktivite standartlarının belirlenmesi İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yönteminin odak noktasını oluşturmaktadır. Aktivite standartlarının yöneticiler ve sağlık bilimciler tarafından kabul edilebilir nitelikte olması gereklidir. Bunu sağlayabilmek için söz konusu hizmetlerde deneyimli, uzman ve yetkili konuma sahip kişilerin görüşlerine başvurulmalıdır. Görüşleri almak için iki çeşit grup oluşturulabilir: Meslek grupları (kadro grupları) ya da kurum grupları. Meslek gruplarında her mesleğe mensup kişiler kendi meslekleri için tüm kurumlardaki standartları belirler; kurum gruplarında ise her çeşit sağlık kurumunun temsilcileri, o tür kurumda çalışacak tüm personelin aktivite standartlarını belirler. Bunu sırasıyla yıllık aktif çalışma süresinin belirlenmesi ve standart işyükünün hesaplanması izler. Daha sonra yıllık işyükü verileri kullanılarak toplam personel ihtiyacı hesaplanır. İşyüküne dayalı olarak hesaplanan ihtiyaç ile mevcut personel sayısı karşılaştırılarak personel atamalarında dengeli bir dağılım elde edilmesi sağlanır. Bunun için işyükü oranı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanır.

İşyükü oranı= Mevcut/Hesaplanmış İhtiyaç

İşyükü oranı personelin maruz kaldığı işyükü miktarını gösterir.

Şekil- 1 de görüldüğü gibi yöntem beş önemli girdi (aktivite, aktivite standardı, aktif çalışma süresi, yıllık işyükü istatistikleri) ve üç çıktı ölçütüne (personel ihtiyacı, personel farkı ve işyükü oranı) dayanmaktadır. Yöntemin personel ihtiyacını belirlemedeki başarısı uygun girdilerin sağlanmasına bağlıdır. Girdi verileri ne kadar hatasız olursa hesaplanmış personel ihtiyacı da o kadar hatasız ve güvenilir olur.

2.1. Uzman Komitelerin Oluşturulması

Yukarıda da belirtildiği gibi aktivite standartlarının belirlenmesi ve çalışmanın ilk aşamasının gerçekleştirilmesi amacıyla ASM ve TSM'ler için iki çalıştay gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştaylarda da altı bölgeden 10 farklı ilde 17 TSM ve ASM'de görevli aile hekimi, pratisyen hekim, aile sağlığı elemanı ve hemşire/ebe/sağlık memuru katılmıştır (Ek 1 ve Ek 2). Çalışmada meslek grubu yaklaşımı kullanılarak ASM'lerde görevli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ve TSM'lerde görevli hekimler ve hemşire/ebe/toplum sağlığı teknisyenleri için uzman komiteler oluşturulmuştur. Komite üyelerinin görev yaptığı kurumlar belirlenirken kurumun bulunduğu ilin gelişmişlik düzeyi, turistik bölgede bulunuyor olması, sanayi bölgesi olması, gezici hizmet yoğunluğunun olması, coğrafi bölge özellikleri, nüfus özellikleri (özellikle yaşlı nüfus), metropol olması gibi değişkenler dikkate alınmıştır. Böylece, hem ülke içindeki coğrafi farklılıkların hem de talep edilen ve sunulan hizmeti etkileyebilecek faktörlerin dikkate alınması ve daha dengeli sonuçlar elde edilmesi sağlanmıştır. Ayrıca uzman komitelerin büyüklüğü hem tüm üyelerin katılımını sağlayacak şekilde küçük hem de farklı bakış açılarını temsil edecek şekilde geniş tutulmuştur.

2.2. Aktif Çalışma Süresinin Belirlenmesi

Personel ihtiyacının belirlenmesinde kullanılan girdilerden biri, her bir personelin yılda aktif olarak çalıştığı iş günü sayısıdır. **Yıllık aktif çalışma süresi** olarak adlandırılan bu girdi yönetmelikler çerçevesinde belirlenmiş yasal süreler dikkate alınarak her bir personel kategorisi için ayrı ayrı belirlenir.

Çalıştayda, ASM'lerde görev yapan hemşire/ebe/sağlık memuru/ASE için 2 grup, aile hekimi/pratisyen hekim için 2 grup olmak üzere toplamda 4 çalışma grubu oluşturulmuştur. TSM'ler içinde aynı yaklaşımla yine 4 çalışma grubu oluşturulmuştur. İlk oturumda katılımcılara insan gücü planlaması ve İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yönteminin temel kavramları ve yöntemin uygulama aşamaları ile ilgili bilgi verilmiştir. Bu bilgilendirmede eklerde verilen "İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Aşamalar ve "İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Formlar" adlı dokümanlar kullanılmıştır (Ek- 3 ve Ek- 4).

Grup çalışmalarına başlamadan önce ilk aşamada her bir personel kategorisinin yıllık aktif çalışma süresi belirlenmiştir. Bu süreler iş kanunu ve personel yönetmelikleri çerçevesinde yasal olarak tanınan haklar doğrultusunda izinlerin kullanımında komite üyelerinin deneyimleri ve genel eğilimler dikkate alınarak belirlenmiştir. Tablo 1'de ASM'lerde görevli personel için Tablo 2'de ise TSM'ler de görevli personel için belirlenen yıllık aktif çalışma süresi verilmiştir. Aktif çalışma süreleri ihtiyaç hesaplamalarında her bir personelin her bir aktiviteden bir yılda belirlenen standartta ne kadarını gerçekleştirebileceğini (standart işyükü) saptamak için kullanılmaktadır.

Tablo- 1 ASM personeli için yıllık aktif çalışma süresi

	Birim	Aile Hekimi	Aile Sağlığı Elemanı
Yıllık izin	gün/yıl	20	20
Hastalık izni	gün/yıl	5	5
Bayramlar/diğer tatiller	gün/yıl	10	10
Mazeret izni	gün/yıl	5	5
Diğer izinler	gün/yıl	5	5
haftada çalışılan gün sayısı	gün	5	5
günde çalışılan saat	saat	8	8
Yıllık aktif çalışma süresi			
Yılda aktif çalışılan gün sayısı	260	220	220
Yılda aktif çalışılan saat		1760	1760
Yılda aktif çalışılan dakika		105600	105600

Tablo 2 TSM personeli için yıllık aktif çalışma süresi

	Birim	Hekim	Hemşire/Ebe/TST
Yıllık izin	gün/yıl	20	25
Hastalık izni	gün/yıl	5	5
Bayramlar/diğer tatiller	gün/yıl	10	10
Mazeret izni	gün/yıl	5	7
Diğer izinler	gün/yıl	0	0
Haftada çalışılan gün sayısı	gün	5	5
Günde çalışılan saat	saat	8	8
Yıllık aktif çalışma süresi			
Yılda aktif çalışılan gün sayısı	260	220	213
Yılda aktif çalışılan saat		1760	1704
Yılda aktif çalışılan dakika		105600	102240

Tablo- 1 ve 2 incelendiğinde hekim dışı personelin yıllık aktif çalışma sürelerinde farklılık olduğu gözlenmektedir. TSM'ler de çalışan hekim dışı personel ASM'lerde çalışan personelden yaklaşık %3 daha az aktif çalışma süresine sahiptir. Bu durum aynı yasal haklara sahip personelin uygulamada aktif çalışma sürelerinin çalıştığı kurumlara göre farklılık gösterebildiğini ortaya koymaktadır.

2.3. Aktivitelerin ve Aktivite Standartlarının Belirlenmesi

Çalıştaylarda, aktif çalışma sürelerinin genel oturumda belirlenmesinden sonra grup çalışmalarına geçilmiş, her bir çalışma grubundaki komite üyeleri kurumlarında gerçekleştirdikleri aktiviteleri, sıklıklarını ve her bir aktivitenin aldığı ortalama süreyi belirlemişlerdir. Her iki çalıştayda da grup çalışmaları tamamlandıktan sonra dört grubun sonuçları genel oturumda tüm katılımcıların görüşlerine sunulmuş ve öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. ASM'lerde görev yapan hekimlerin aktivite standartlarının belirlenmesi için oluşturulan iki çalışma grubu tarafından oluşturulan aktivite listeleri benzerlikler taşımakla birlikte uygulamadaki farklılıklardan dolayı bire bir aynı değildir. Ancak genel oturumda yapılan değerlendirmelerle ortak bir liste elde edilmiştir. Daha sonra oluşturulan bu listeler 2013 yılında ASM'lere gerçekleştirilen ziyaretlerde AH ile yapılan yüz yüze görüşmelerle (Ek 5:Ziyaret edilen ASM'lerin listesi) yeniden gözden geçirilmiş, düzenlenmiş ve son hali verilmiştir. Benzer durum ASM'lerde görevli hemşire/ebe/sağlık memurları ve gerçekleştirdikleri aktiviteler için de geçerlidir. TSM'ler için ise yalnızca çalıştay da elde edilen çıktılar değerlendirilmiştir.

Bu çalışmalar sonucunda belirlenen aktivite standartları ve aktif çalışma süresi kullanılarak hesaplanan standart işyükleri Tablo 3, 4, 5 ve Tablo- 6'da özetlenmiştir. Standart işyükü belirlenirken; Standart işyükü = Yıllık toplam aktif çalışma süresi/Aktivite standardı formülü kullanılmıştır. Örneğin 1760 saat çalışma ile hasta başına 10 dakika poliklinik muayene için ayrıldığında bir yılda bir hekim $(1760*60)/10=10560$ poliklinik muayene yapabilir demektir.

Tablo 3 ASM’de Görevli Aile Hekimlerin Aktivite Standartları

Aktivite	Aktivite Standardı	Standart İşyükü
Poliklinik muayene	10 dakika/hasta	10560
Obezite taraması	5 dak/hasta	21120
Tansiyon takibi	5 dakika/hasta	21120
Gebe muayenesi	15 dakika/gebe	7040
Çocuk izlem (izlemlerin %10'u)	10 dakika/hasta	10560
Misafir hasta muayenesi*	13 dakika/hasta	8123
Küçük cerrahi müdahale**	30 dakika/hasta	3520
Evde bakım hizmeti***	60 dakika/hasta	1760
Raporlar(ehliyet,silah ruhsatı,akli meleke,portör muayene)	10 dakika/rapor	10560
Yazışmalar	30 dakika//gün	0.0625
Ölü muyenesi/defin ruhsatı **	2 saat/ay	0.0125
Malzeme ve planlama toplantısı	30 dakika/hafta	0.0125
Adli rapor (hastane olmayan yerlerde)	1 saat/hafta	0.025
Mobil hizmet (yol)	3 saat/hafta	0.075
Eğitim	7 gün/yıl	0.032
Raporlar(askerlik, işçi) (1 hekim)	30 dak/gün	0.0625
Sosyal yardım bağlanması**(1 hekim)	5 saat/ayda	0.03125
Cezaevi görevlendirme** (1 hekim)	4 saat/hafta	0.1
Huzurevi görevlendirme**(1 hekim)	2 saat/hafta	0.05
Filyasyon (1 hekim)	2 saat/ay	0.0125
Toplantı (1 hekim)	30 dak/gün	0.0625

* Cezaevi, huzurevi, yurtlar vs. misafir hasta muayenesi içinde

** Bazı ASM'lerde

*** Aile hekimi görevi değil

Tablo 4 ASM’de Görevli Aile Sağlığı Elemanlarının Aktivite Standartları

Aktivite	Aktivite Standardı	Standart İşyükü
Hasta muayene destek	1 dk/hasta	105600
Kan alma	3 dk/hasta	35200
Tahlil	3 dk/hasta	35200
Enjeksiyon	2 dk/hasta	52800
Pansuman	5 dk/hasta	21120
Tansiyon	3 dk/hasta	35200
DGT	4 dk/hasta	26400
Bebek takibi	15 dk/bebek	7040
Yetişkin tip aşılar	5 dk/hasta	21120
Çocuk işlemleri	10 dk/hasta	10560
15-49 yaş takibi	5 dk/takip	21120
Bebek aşısı	7 dk/hasta	15086
AP	10 dk/başvuru	10560
FKÜ	15 dk/yenidoğan	7040
Obezite izlemleri	5 dk/vaka	21120
Gebe izlemleri	25 dk/gebe	4224
Loğusa izlemleri	10 dk/loğusa	10560
Ölü doğum-gebe-bebek ölümleri	4 saat/vaka	440
Lojistik hizmetler	4 saat/ay	0.025
Halkla ilişkiler/zorlu hastayla başa çıkma	15 dk/gün	0.031
Misafir izlemleri	1 saat/hafta	0.025
Aile hekimliği değişiklik kaydı	20 dk/gün	0.042
Epidemiyolojik takip fiyasyon	20 dk/ay	0.002
Mobil hizmetler	24 saat/ay	0.15
Halk eğitimi	90 dk/hafta	0.038
Hizmetiçi eğitim	10 gün/yıl	0.045
Resmi yazışmalar	1 saat/hafta	0.025
Aşı dolabı derece kontrolü (1 ASE)	2X2 dk/gün	0.008
Çalışmaya hazırlık, planlama (1 ASE)	20 dk/gün	0.042
Tüm istatistikler (1 ASE)	1saat/gün	0.125
Ev ziyaretleri (1 ASE)	3 saat/hafta	0.075

Tablo 5 TSM’de Görevli Hekimlerin Aktivite Standartları

Aktivite	Aktivite Standardı	Standart İşyükü
Eczane Denetimi	1,5 X 2 saat/ ecz.	587
Optik Denetimi	30 dk X 2/ optik	1760
Sağlık Memuru Kabini Denetimi	30dk X 3 /sa.kab	1173
Hekim Muayenehane denetimi	45 dk /muay.	2347
Tıp Merkezi Kontrol Denetimi	1 Saat X2 /tıp merk.	880
Dal Merkezi Kontrol Denetimi	1 Saat X2 /dal merk.	880
Özel Laboratuvar denetimi	90 dk / öz. lab.	1173
Aile Hekimi Saha Denetimleri*	75 dk /AH	1408
Aile Hekimliği Mesai Denetimleri	45 dk/denetim	2347
Bürokrasinin Azaltılmasına Yönelik Denetimler	30 dk X3 /AH bir.	1173
Kırmızı/Yeşil Reçete Kontrolü	1 dk/reçete	105600
Yeşil Kart Reçete Kontrolü	1 dk/reçete	105600
Filyasyon Çalışmanı (Yeni Vaka)	90 dk/filyasyon	1173
Evde Bakım hizmetleri (Kayıtlı Vaka)	30 dk/vaka	3520
Evde Bakım Hizmetleri	120 dk/vaka	880
Okul Aşısı Uygulaması	2 dk/çocuk	52800
Okul Aşısı Uygulaması (Ulaşım) Merk.Ok.**	30 dk/gün/okul	
Okul Aşısı Uygulaması (Ulaşım) Köy Ok.**	3 saat/gün/okul	
Okul taramalar	7 saat X 4/yıl	0.02
İshal Vakalarının Bildirim,	15 dk/gün	0.03
Pansuman/Enjeksiyon/Acil	6 saat/hafta	0.15
Hizmetiçi Eğitim	3 saat/ay	0.02
Aile hekimliği danışmanlığı	4 saat /hafta	0.10
Ruh sağlığı hizmetleri (nakil koordinasyon, vs)	2 saat /hafta	0.05
AHB aylık çalışmalarıyla ilgili işler(kontrol, düzeltme, vs.)	2 saat /hafta	0.05
Halk Eğitimleri (1 hekim)	5 saat/ay	0.03
Yeşil Kart Toplantısı (1 hekim)	2 saat/hafta	0.05
Vakıf Toplantısı (1 hekim)	3 saat/ay	0.02
Hıfzıssıhha Toplantıları (1 hekim)	120 dk/ay	0.75
Soruşturmalar (1 hekim)	160 saat/yıl	0.09
İdari İşler (1 hekim)	2 saat/gün	0.25

* Her ay mevcut aile hekimlerinin %10'u

** Okul sayısına göre ortalama bir süre belirlenecek

Tablo- 6 TSM’de Görevli Hemşirelerin Aktivite Standartları

Aktivite	Aktivite Standardı	Standart İşyükü
Aşılama çalışmaları (hac, misafir, vs.)	5 dk / müracaat	20448
Tüm laboratuvar işlemleri (portör, evlilik, kan alma)	5 dk / müracaat	20448
Evde bakım hizm.(Kır)	4 saat/hasta	426
Evde bakım hizm. (Kent)	2 saat/hasta	852
Ruh sağlığına yönelik hizmetler (hasta nakli)	4 saat / vaka	426
Misafir anne projesi (nakil, ara kontrol,vs)	1 gün /gebe	213
Maçlarda hazır bulunma	3 saat / maç	568
ASM başvurularının değerlendirilmesi	2 saat / başvuru	852
NTP kapsamındaki işler	6 dk/ doğum	17040
Küçük müdahaleler (enjeksiyon, pansuman, vs)	15 dk / müracaat	6816
Alınan eğitimler (kongre, çalıştay vs)	10 gün / yıl	0.047
Günlük rutin hazırlık işlemleri	30 dk / gün	0.0625
Okul sağlığı hizmetleri (tarama, aşılama, flor, eğitim)	5 gün/yıl	0.023
Verilen eğitimler (halk, hizmet içi)	6 saat/hafta	0.15
ASM ile ilgili işlemler* (1 hemşire)	2 gün/hafta	0.4
Bölge dışı nüfus muayenesi** (1 hemşire)	2 saat/ay	0.0125
İstatistikle ilgili işler (1 hemşire)	8 saat/gün	1
İdari-mali işler ***(1 hemşire)	2 gün/hafta	0.4

* ASM saha çalışmalarının denetimi(izlemler, vs.nin), ASM'nin yerinde denetimi, ASM ile ilgili kayıt işlemleri (yeni kayıt, hekim değiştirme,vs.) ve ASM'lere malzeme verilmesi- götürülmesi, lojistik içerir.

** Mülteci kampı vs bulunan bölgelerde sadece belli sayıda TSM'de

*** Resmi yazışmalar, mail, telefon, bizzat gelen talep ve şikâyet değerlendirme, danışma, sosyal hizmet çalışması (yardım öncesi) ve diğer komisyonlarla ilgili aktiviteleri vs. içerir.

2.4. Yıllık İşyükü Verilerinin Derlenmesi

Aile Hekimliği Uygulaması, beraberinde sadece sağlık hizmeti sunumuna dair değil; birinci basamaktan veri toplama disiplini konusunda da değişiklikler getirmiştir. Bu değişikliklerden biri de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) yazılımıdır.

AHBS, illerde, birinci basamakta Aile Sağlığı birimlerinden toplanan verilerin standart hale getirilmesini sağlamaktadır. Aile hekimleri, sundukları sağlık hizmetini elektronik ortamda kaydedebilmekte, kaydedilen bu verilerden, Bakanlığın belirlediği veri kümelerini (Minimum Sağlık Veri Setleri-MSVS) yine elektronik ortamda doğrudan Bakanlığa iletebilmektedir.

İşyükü verileri de Bakanlığa iletilen MSVS içinde yer almaktadır. Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Başkanlığı tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu bir birimdir. Dolayısıyla aile hekimi izlemleri de bu birim tarafından gerçekleştirilmektedir. Aile hekimlerinin izlemleri büyük ölçüde AHBS kayıtlı aktiviteler ve bunların indikatörlere çevrilmesi yoluyla yapılmaktadır. İşyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme çalışmasında kullanılmak amacıyla aylık olarak iller bazında toplanmış aktivitelere yönelik bu veriler il bazında ve Türkiye geneli için yıllık işyükü verileri halinde derlenmiştir. Burada bahsedilmesi gereken

en önemli nokta AH'ler ve ASE'ler tarafından gerçekleştirilen ve ayrıntılı olarak kayıt edilebilen birçok aktivitenin bir tek aktivite altında bildiriliyor olmasıdır. Örneğin obezite izlemi, tansiyon takibi, gebe muayenesi, misafir hasta muayenesi, küçük cerrahi müdahale gibi aktivitelerin tümü hasta muayenesi olarak bildirilmektedir. Dolayısıyla personel ihtiyacı hesaplamaları bu kısıtlılık dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Örnek olarak İl bazında ASM aktivitelerini/işyüklerini gösteren veri seti Ek6'da verilmiştir.

2.5. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Personel İhtiyacının Hesaplanması

İşyükü verilerinin derlenmesini takiben saptanan aktivite standartları ve standart işyükleri kullanılarak il düzeyinde AH'ler ve ASE'ler için işyüküne dayalı ihtiyaç hesaplanmıştır. Hesaplamalarda ana aktiviteler için ihtiyaç belirlenmesinde;

Personel ihtiyacı= Yıllık işyükü / Standart işyükü formülü kullanılmıştır.

Bu hesaplamalara doğrudan hasta bakımı ile ilgili olmayan aktiviteler için gereken personel ihtiyacı da eklenerek toplam personel ihtiyacı hesaplanmıştır.

Hesaplamalar Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Daha sonra hesaplanan ihtiyaçlarla mevcut personel sayıları karşılaştırılarak ihtiyaç ya da fazlalıklar ve personelin maruz kaldığı işyükü oranı hesaplanmıştır. Hesaplamalar Tablo- 7 ve Tablo- 8'de özetlenmiştir. Fark bölümünde eksi olan değerler personel açığı, artı olan değerlerse personel fazlalığı olduğunu ifade eder. İşyükü oranı personelin maruz kaldığı işyükü baskısını ölçmek için geliştirilmiş bir ölçüttür ve mevcut/hesaplanmış ihtiyaç formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. İşyükü oranı 1 olduğunda mevcut personel ve ihtiyaç duyulan personelin eşit olduğunu ve bir müdahale gerekmediğini, 1 den az olduğunda personelin fazla işyüküne maruz kaldığını ve 1 den fazla olduğunda ise atıl personel olduğunu göstermektedir.

2.5.1. Aile Hekimi İhtiyaç Hesaplamaları

İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme yazılımı kullanılarak il düzeyinde hesaplanmış AH ihtiyacı, SB normu, mevcut personel sayıları ve işyükü oranları Tablo- 7'de verilmiştir.

Tablo- 7'de AH için hesaplanan işyükü oranları incelendiğinde 0,6'lık işyükü oranı ile Yalova en fazla işyüküne maruz kalan il, Hakkâri ise 3,9'luk işyükü oranı ile en az işyüküne maruz kalan, personelin atıl olduğu ildir. Sağlık Bakanlığının Aile Hekimi atamalarında mevcut öngördüğü norm 3000 nüfusa 1 AH şeklindedir. Bu norm kullanıldığında Yalova için gereken AH sayısı 70, mevcut 54, işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç ise 85'tir. Hakkâri'de ise SB normuna göre gereken AH sayısı 93, mevcut 50, işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç ise 13'tür.

Benzer bir karşılaştırmayı nüfusları hemen hemen aynı üç il arasında yaptığımızda da benzer bir durum ortaya çıkmaktadır. Üç farklı bölgeden ve benzer nüfuslara sahip üç il Amasya 322.283 nüfus,

Bitlis 337.253 nüfus ve Düzce 346.493 nüfus ile karşılaştırıldığında üç ilinde işyükü oranları ve personel ihtiyaçlarının birbirinden farklı olduğu gözlenmektedir.

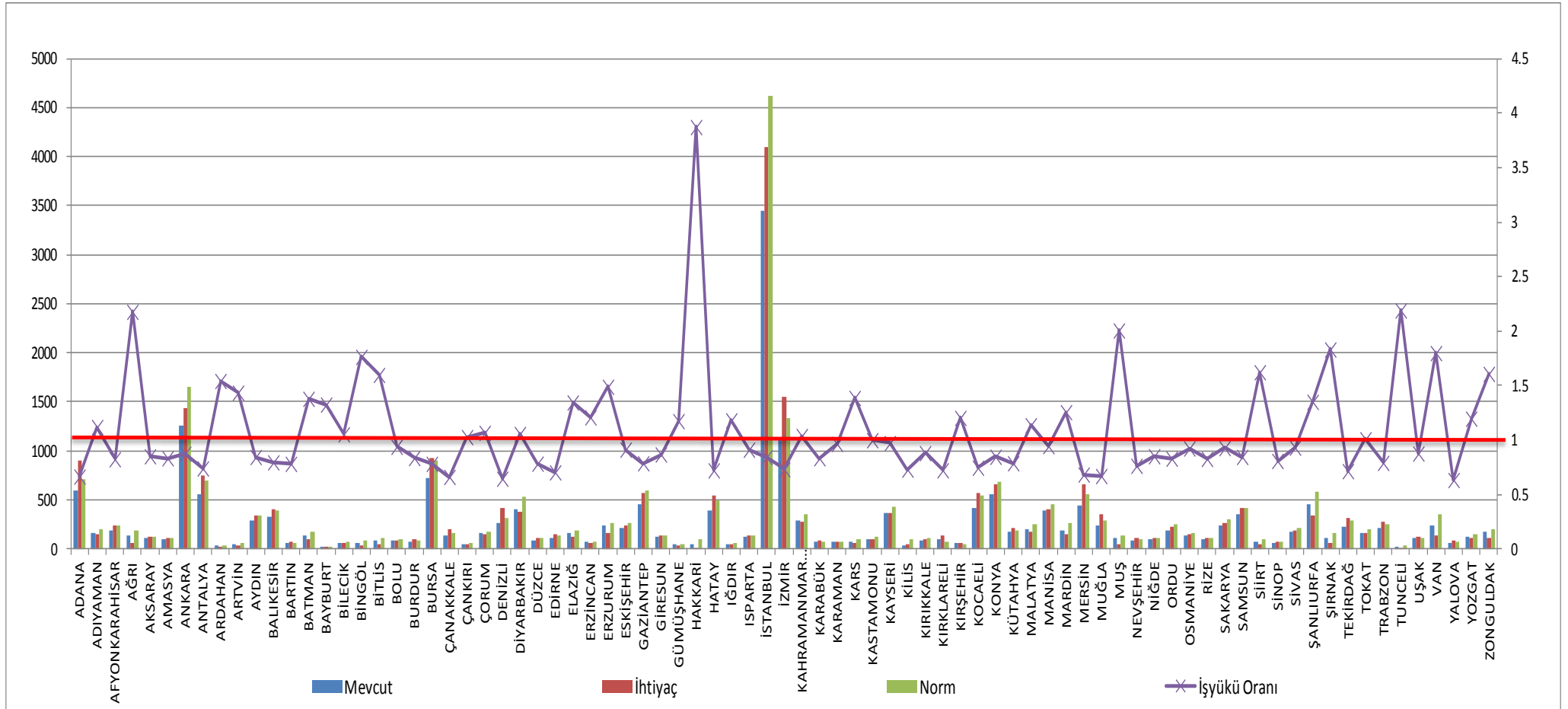
Nüfusa dayalı norm kullanıldığında üç ilin AH ihtiyacı sırasıyla Amasya 107, Bitlis 112, Düzce 115'tir ve birbirine çok yakındır. Ancak işyüküne dayalı ihtiyaçlar karşılaştırıldığında Amasya ve Düzce'nin AH ihtiyaçları sırasıyla 113 ve 116 ile birbirine çok yakın olmasına rağmen Bitlis'in AH ihtiyacı 49 olarak hesaplanmıştır ve mevcut personel sayısının bile birçok altındadır. Bu illerdeki işyükü oranları karşılaştırıldığında da Amasya ve Düzce sırasıyla 0,83 ve 0,78 ile 1'in altında, Bitlis ise 1,60'lık işyükü oranı ile 1'in üstünde kalmıştır. Bu durum Bitlis'te mevcut AH hizmeti kullanımı dikkate alındığında ihtiyaç duyulandan daha fazla AH bulundurulduğunu işaret etmektedir. Bitlis'e nüfusa dayalı norm kullanılarak personel ataması yapıldığında, gerektiğinin iki katından fazla AH olacak ve personel atılacaktır.

Bu sonuçlar ayrıca AH hizmetlerinin kullanımı açısından iller arasında farklılıklar olduğunu da işaret etmektedir. Bu farklılıkların nedenlerinin araştırılması ve uygun çözümler getirilmesi hem bu düzeyde sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasına hem de personelin etkin ve verimli kullanımına katkıda bulunacaktır.

Tablo- 7 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Hesaplanmış Aile Hekimi İhtiyacı

İller	Mevcut	İhtiyaç	Fark	SB Normu	İşyükü Oranı
ADANA	595	896	-301	709	0.66
ADYAMAN	166	148	18	198	1.12
AFYONKARAHİSAR	193	235	-42	235	0.82
AĞRI	142	65	77	184	2.18
AKSARAY	108	127	-19	127	0.85
AMASYA	94	113	-19	107	0.83
ANKARA	1260	1441	-181	1655	0.87
ANTALYA	552	747	-195	698	0.74
ARDAHAN	30	19	11	36	1.54
ARTVİN	50	35	15	56	1.43
AYDIN	283	336	-53	336	0.84
BALIKESİR	321	404	-83	387	0.79
BARTIN	59	76	-17	63	0.78
BATMAN	136	99	37	178	1.38
BAYBURT	24	18	6	25	1.33
BİLECİK	59	56	3	68	1.05
BİNGÖL	65	37	28	88	1.76
BİTLİS	79	49	30	112	1.60
BOLU	79	84	-5	94	0.94
BURDUR	78	94	-16	85	0.83
BURSA	720	922	-202	896	0.78
ÇANAKKALE	131	198	-67	165	0.66
ÇANKIRI	50	49	1	61	1.03
ÇORUM	164	154	10	177	1.07
DENİZLİ	269	417	-148	317	0.64
DİYARBAKIR	405	384	21	531	1.05
DÜZCE	91	116	-25	115	0.78
EDİRNE	104	148	-44	133	0.70
ELAZIĞ	163	121	42	188	1.34
ERZİNCAN	68	56	12	73	1.21
ERZURUM	232	156	76	259	1.49
ESKİŞEHİR	216	237	-21	263	0.91
GAZİANTEP	452	575	-123	600	0.79
GİRESUN	119	137	-18	140	0.87
GÜMÜŞHANE	41	35	6	45	1.17
HAKKARİ	50	13	37	93	3.87
HATAY	391	542	-151	495	0.72
IĞDIR	52	44	8	63	1.18
ISPARTA	126	138	-12	139	0.91
İSTANBUL	3447	4092	-645	4618	0.84
İZMİR	1130	1548	-418	1335	0.73
KAHRAMANMARAŞ	288	278	10	354	1.04
KARABÜK	66	79	-13	75	0.83
KARAMAN	73	76	-3	78	0.96
KARS	75	54	21	102	1.39
KASTAMONU	99	99	0	120	1.00
KAYSERİ	359	370	-11	425	0.97
KİLİS	34	47	-13	92	0.73
KIRIKKALE	83	94	-11	114	0.88
KIRKLARELİ	94	130	-36	74	0.72
KİRŞEHİR	65	54	11	41	1.20
KOCAELİ	422	567	-145	545	0.74
KONYA	561	663	-102	684	0.85
KÜTAHYA	168	214	-46	191	0.79
MALATYA	203	179	24	254	1.14
MANİSA	385	408	-23	449	0.94
MARDİN	192	153	39	258	1.26
MERSİN	447	655	-208	561	0.68
MUĞLA	235	351	-116	284	0.67
MUŞ	104	52	52	138	2.01
NEVŞEHİR	85	111	-26	95	0.76
NİĞDE	99	116	-17	113	0.85
ORDU	184	222	-38	247	0.83
OSMANİYE	140	152	-12	164	0.92
RİZE	92	111	-19	108	0.83
SAKARYA	244	264	-20	301	0.93
SAMSUN	354	419	-65	417	0.84
SİİRT	75	46	29	104	1.62
SİNOP	58	72	-14	67	0.81
SİVAS	168	181	-13	208	0.93
ŞANLIURFA	452	335	117	587	1.35
ŞIRNAK	105	57	48	156	1.83
TEKİRDAĞ	222	311	-89	284	0.71
TOKAT	166	165	1	205	1.01
TRABZON	218	276	-58	253	0.79
TUNCELİ	24	11	13	29	2.19
UŞAK	104	119	-15	114	0.88
VAN	236	131	105	351	1.80
YALOVA	54	85	-31	71	0.63
YOZGAT	128	107	21	151	1.20
ZONGULDAK	172	107	65	202	1.61

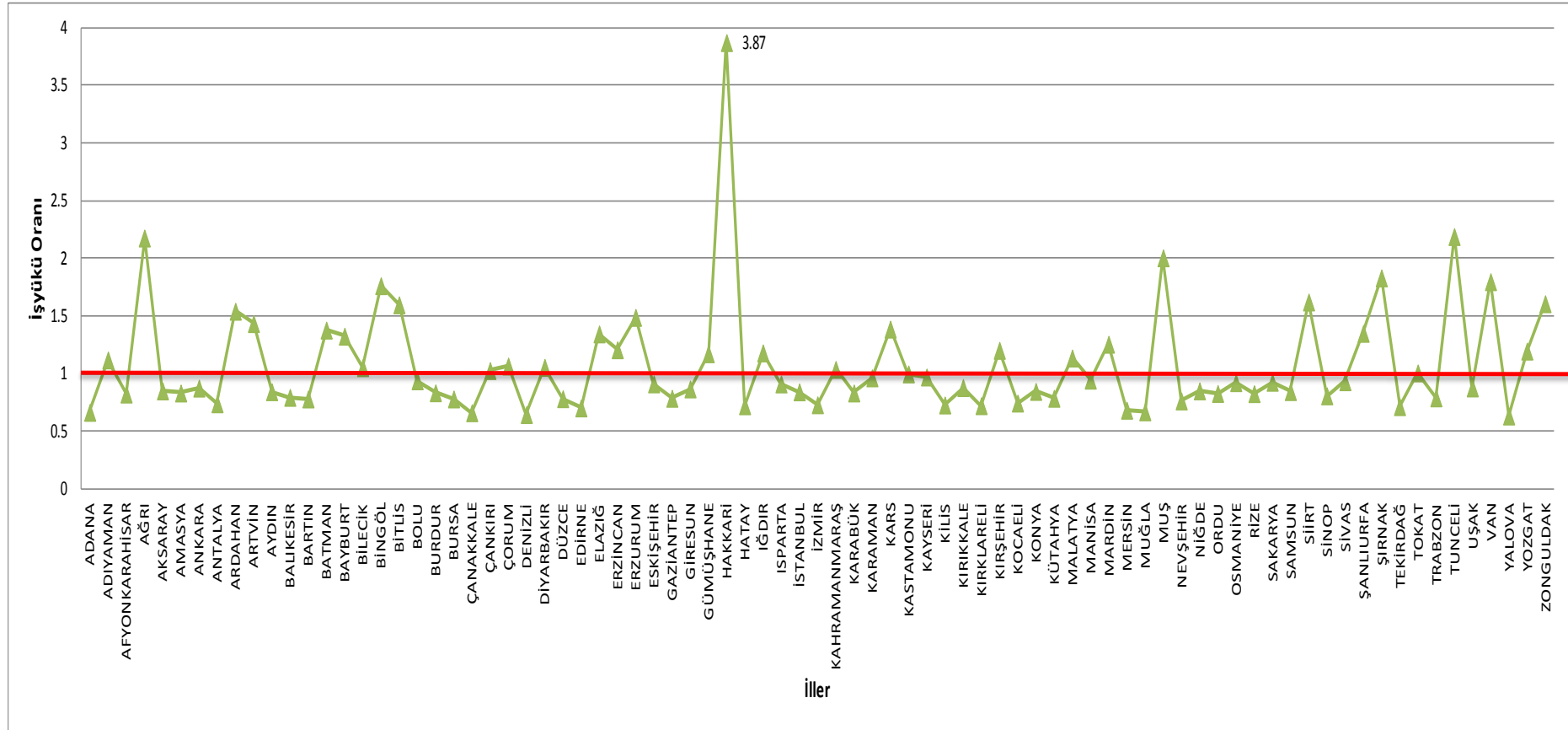
Şekil- 2' de il düzeyinde ASM'lerde görevli AH ihtiyacı, SB normu, mevcut personel sayıları işyükü oranlarındaki değişim bir arada gösterilmiştir. İşyükü oranının 1 olduğu düzey kırmızıçizgi ile belirtilmiştir.



Şekil- 2 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Mevcut Aile Hekimi Sayısı, İşyüküne Dayalı Olarak Hesaplanmış İhtiyaç, SB Normu ve İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması

Şekil- 2 incelendiğinde bazı illerde SB normunun işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyacın daha fazla, bazı illerde ise normun ihtiyacın altında olduğu gözlenmektedir.

Personelin işyükü oranları arasındaki farklılıkların az olması farklı bölgelerde çalışan personelin dengeli koşullarda çalıştığını gösterir. İşyükü oranı 1'e yaklaştıkça mevcut ve ihtiyaç arasındaki fark azalır. Şekil- 3'te iller arasında AH işyükü oranlarındaki değişim gösterilmektedir. İşyükü oranının 1 olduğu düzey kırmızı çizgi ile belirtilmiştir. Hâlihazırda illerin yaklaşık %40'ı 1 ve 1'in üstünde, kalan %60'ı ise 1'in altında işyükü oranına sahiptir. Yani AH'nin %60'ı fazla işyüküne maruz kalmaktadır. İşyükü oranındaki dengesizlik sürdükçe personel verimliği, memnuniyeti ve hizmet kalitesi olumsuz etkilenecektir.



Şekil- 3İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması

Ayrıca yalnızca mevcut ve ihtiyaç arasındaki farka bakmak yerine işyükü oranını kullanmak yöneticilere yeni personel atamalarını en optimum şekilde yapmalarını sağlar. Örneğin, Aksaray ve Ankara illerinde mevcut ve ihtiyaç duyulan personel sayıları karşılaştırıldığında, aradaki fark Ankara için 181, Aksaray için ise 19 olarak hesaplanır (Tablo 8). Bu durumda merkezden yapılacak AH atamalarında Ankara'daki personel açığı daha büyük olduğundan önceliğin Ankara iline verilmesi gerektiği gibi bir sonuç çıkmaktadır. Oysaki işyükü açısından hakkaniyetli ve dengeli bir personel ataması yapılması için işyükü oranlarına bakılması gerekmektedir. Ankara ve Aksaray illerinin işyükü oranları karşılaştırıldığında Ankara için 0,87, Aksaray için ise 0,85 olduğu görülmektedir. Bu durum Aksaray'da görevli aile hekimlerinin daha fazla işyüküne maruz kaldığını ve yeni atanacak personel için önceliğin bu ile verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu durum dikkate alınmadan yeni personel ataması Ankara'ya yapıldığında iki ilin işyükü oranları arasındaki fark açılmakta ve fark 0,02'den 0,03'e çıkmaktadır. Oysa yeni personel Aksaray'a atandığında Aksaray'daki işyükü oranı 0,86'ya yükselmekte ve Ankara'daki oranla karşılaştırıldığında işyükü açısında daha dengeli bir dağılım sağlanmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8 Ankara ve Aksaray İllerinde İşyükü Oranı Kullanılarak Personelin Dengeli Dağılımının Sağlanması

İller	Mevcut	İhtiyaç	Fark	İşyükü Oranı
AKSARAY	108	127	-19	0.85
ANKARA	1260	1441	-181	0.87
+ 1 personel Ankara'ya atandığında				
AKSARAY	108	127	-19	0.85
ANKARA	1261	1441	-180	0.88
+ 1 personel Aksaray'a atandığında				
AKSARAY	109	127	-18	0.86
ANKARA	1260	1441	-181	0.87

Tüm hesaplamaları Türkiye genelinde yaptığımızda ise mevcut AH sayısı 20.127 (bu çalışma yürütüldüğünde Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği İzleme Daire Başkanlığı tarafından bildirilmiştir), işyüküne dayalı olarak hesaplanan ihtiyaç ise 23.083'tür. AH açığı 2.956 ve işyükü oranı ise 0,84 olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalarda ASM hizmetlerinin mevcut kullanım oranları dikkate alınmıştır. 2012 yılında toplam hekime yapılan başvuruların ancak %38'i 1.Basamakta kalan %62'si ise 2. ve 3.Basamakta gerçekleşmiştir (SB, 2013). 2. ve 3.Basamak kurumlara yapılan bazı gereksiz başvuruların 1.Basamağa kaydırılması, sevk sisteminin uygulamaya başlaması gibi uygulamalar ve nüfus artışından ortaya çıkacak 1.Basamak kurumlara başvuru sayısındaki artışlar dikkate alındığında ASM hizmetleri kullanım oranları artacaktır. Bu durum AH ve ASE ihtiyacı açığının daha da artmasına neden olacaktır. Hem mevcut personel ihtiyacı açığının hem de gelecekte oluşacak personel ihtiyacı açığının giderilmesine yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Ancak mevcut durum ve koşullar dikkate alındığında iller arası farklılıkların dengelenmesi öncelik taşımaktadır.

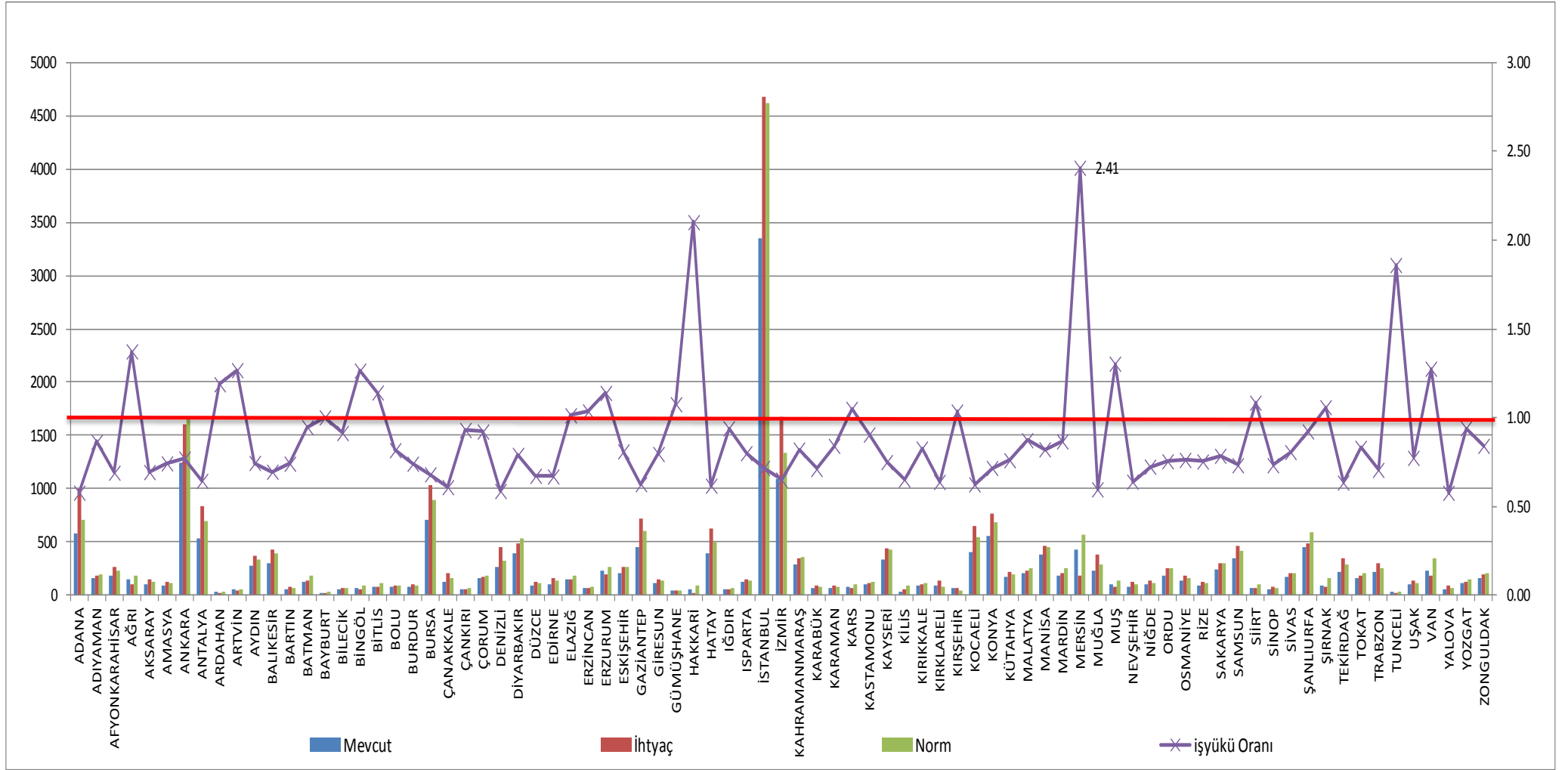
2.5.2. Aile Sağlığı Elemanı İhtiyaç Hesaplamaları

AH'lere benzer şekilde İşyüküne Dayalı Personel ihtiyacı Belirleme yazılımı kullanılarak il düzeyinde hesaplanmış ASE ihtiyacı, SB normu, mevcut personel sayıları ve işyüğü oranları Tablo- 9'da verilmiştir.

Tablo- 9'de ASE'ler için verilen işyüğü oranları incelendiğinde 0,58'lik işyüğü oranı ile Adana ve Yalova'da görevli ASE'ler en fazla işyüküne maruz kalan personel grubudur ve dolayısıyla en acil yeni personel ataması yapılması gereken il olarak Adana ve Yalova ön plana çıkmaktadır. Mersin ise 2,41'lik işyüğü oranı ile ASE açısından en az işyüküne maruz kalan ve en fazla personel fazlalığı olan ildir. Mevcut ASE sayısı ile SB normları ve işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç karşılaştırıldığında Adana'da mevcut ASE sayısının hem SB normuna göre olması gereken personel sayısından (709) hem de işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaçtan az olduğu (999) görülmektedir. Burada dikkat çeken diğer bir nokta da SB normu ile hesaplanmış ihtiyaç arasındaki farktır. İşyüküne dayalı olarak hesaplanmış ihtiyaç SB normundan yaklaşık %40 daha fazla personel gerektiğini göstermektedir. Benzer karşılaştırmaları yine ASE açısından 2,41'lik işyüğü oranı ile en az iş yüküne maruz kalan il olan Mersin için yaptığımızda, mevcut 428, SB normu 561 ve hesaplanmış ihtiyaç 178'dir. Bu durumda hesaplamalar Mersin'de SB normunun yaklaşık 3'te 1'i kadar personele ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Şekil 4'de il düzeyinde ASM'lerde görevli ASE ihtiyacı, SB normu mevcut personel sayısı ve işyüğü oranları karşılaştırılmıştır. İşyüğü oranının 1 olduğu düzey kırmızı çizgi ile belirtilmiştir.

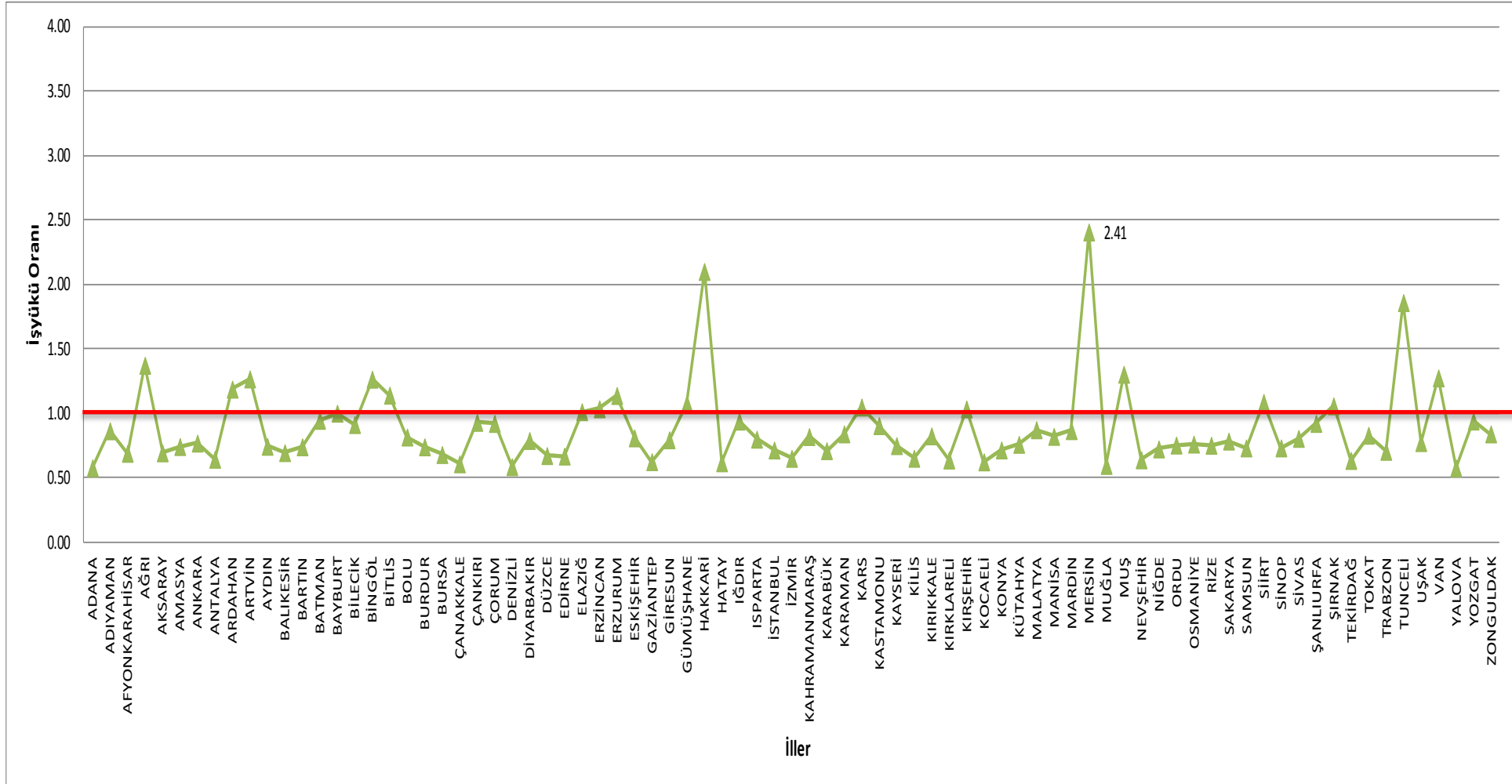
Tablo 9 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Kullanılarak Hesaplanmış Aile Sağlığı Elemanı İhtiyacı

İller	Mevcut	İhtiyaç	Fark	Norm	İşyükü Oranı
ADANA	577	999	-422	709	0.58
ADYAMAN	159	184	-25	198	0.87
AFYONKARAHİSAR	183	265	-82	235	0.69
AĞRI	142	103	39	184	1.37
AKSARAY	101	146	-45	127	0.69
AMASYA	91	123	-32	107	0.74
ANKARA	1238	1609	-371	1655	0.77
ANTALYA	537	834	-297	698	0.64
ARDAHAN	29	24	5	36	1.19
ARTVİN	51	40	11	56	1.27
AYDIN	276	371	-95	336	0.74
BALIKESİR	301	433	-132	387	0.70
BARTIN	59	80	-21	63	0.74
BATMAN	127	134	-7	178	0.95
BAYBURT	21	21	0	25	1.00
BİLECİK	58	64	-6	68	0.91
BİNGÖL	65	51	14	88	1.27
BİTLİS	83	73	10	112	1.14
BOLU	76	93	-17	94	0.82
BURDUR	74	100	-26	85	0.74
BURSA	705	1036	-331	896	0.68
ÇANAKKALE	127	209	-82	165	0.61
ÇANKIRI	50	54	-4	61	0.93
ÇORUM	159	172	-13	177	0.92
DENİZLİ	262	447	-185	317	0.59
DIYARBAKIR	387	490	-103	531	0.79
DÜZCE	87	129	-42	115	0.67
EDİRNE	104	156	-52	133	0.67
ELAZIĞ	148	146	2	188	1.01
ERZİNCAN	67	65	2	73	1.04
ERZURUM	226	198	28	259	1.14
ESKİŞEHİR	211	260	-49	263	0.81
GAZİANTEP	448	716	-268	600	0.63
GİRESUN	117	147	-30	140	0.80
GÜMÜŞHANE	42	39	3	45	1.08
HAKKARİ	50	24	26	93	2.10
HATAY	388	629	-241	495	0.62
İĞDIR	52	55	-3	63	0.94
İSPARTA	121	151	-30	139	0.80
İSTANBUL	3355	4684	-1329	4618	0.72
İZMİR	1086	1668	-582	1335	0.65
KAHRAMANMARAŞ	284	346	-62	354	0.82
KARABÜK	60	84	-24	75	0.71
KARAMAN	71	84	-13	78	0.84
KARS	73	70	3	102	1.05
KASTAMONU	99	109	-10	120	0.91
KAYSERİ	328	437	-109	425	0.75
KİLİS	35	54	-19	92	0.65
KIRIKKALE	84	102	-18	114	0.83
KIRKLARELİ	87	136	-49	74	0.64
KİRŞEHİR	64	62	2	41	1.03
KOCAELİ	401	643	-242	545	0.62
KONYA	551	769	-218	684	0.72
KÜTAHYA	168	221	-53	191	0.76
MALATYA	203	233	-30	254	0.87
MANİSA	379	461	-82	449	0.82
MARDİN	181	209	-28	258	0.87
MERSİN	428	178	250	561	2.41
MUĞLA	224	376	-152	284	0.60
MUŞ	99	76	23	138	1.30
NEVŞEHİR	78	122	-44	95	0.64
NİĞDE	97	134	-37	113	0.72
ORDU	186	247	-61	247	0.75
OSMANİYE	136	178	-42	164	0.76
RİZE	92	122	-30	108	0.75
SAKARYA	237	302	-65	301	0.79
SAMSUN	341	466	-125	417	0.73
SİİRT	71	65	6	104	1.08
SİNOP	56	76	-20	67	0.73
SİVAS	168	208	-40	208	0.81
ŞANLIURFA	446	484	-38	587	0.92
ŞIRNAK	88	83	5	156	1.06
TEKİRDAĞ	217	342	-125	284	0.63
TOKAT	155	187	-32	205	0.83
TRABZON	212	300	-88	253	0.71
TUNCELİ	25	13	12	29	1.86
UŞAK	101	131	-30	114	0.77
VAN	229	179	50	351	1.28
YALOVA	52	90	-38	71	0.58
YOZGAT	118	125	-7	151	0.94
ZONGULDAK	163	194	-31	202	0.84



Şekil- 4 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Mevcut Aile Sağlığı Elemanı Sayısı, İşyüküne Dayalı Olarak Hesaplanmış İhtiyaç, SB Normu ve İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması

Şekil -5 'te de iller arasında ASE işyükü oranlarındaki değişim gösterilmektedir. İşyükü oranının 1 olduğu düzey kırmızı çizgi ile belirtilmiştir.



Şekil- 5 İl Düzeyinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Sağlığı Elemanlarının İşyükü Oranlarının Karşılaştırılması

İllerin yaklaşık %23'ünde ASE'lerin işyükü oranlarının 1 ve 1'in üstünde olduğu kalan %77'sinde işyükü oranlarının 1'in altında olduğu gözlenmektedir. Ayrıca ülke genelinde yapılan hesaplamalar ASE'lerin AH'lerden daha fazla işyüküne maruz kaldığını göstermektedir. Türkiye genelindeki hesaplamalarda mevcut ASE sayısı 19.527, işyüküne dayalı ihtiyaç 25.920'dir. Bu durumda ASE açığı 6.393 ve işyükü oranı 0,75'tir (AH işyükü oranı 0,84). Bu hesaplamaların işaret ettiği önemli nokta işyüküne dayalı olarak hesaplanmış ASE ihtiyaçlarının AH ihtiyaçlarından yaklaşık %12 daha fazla olmasıdır. Oysa nüfusa dayalı norm kullanıldığında ihtiyaç duyulan ASE sayısı ile AH sayısı eşit olmalıdır.

3. SONUÇ

Çalışmamız Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarını gerçekleştirdiği ve iş yüklerinde önemli yer tutan aktiviteler için süre standartlarının belirlenmesini sağlamıştır. Ayrıca belirlenen süre standartları dikkate alınarak her bir personel grubunun yılda aktif olarak çalıştığı süre içinde bir yılda bir personel tarafından bu aktivitelerden ne kadar gerçekleştirilebileceği de ortaya konulmuştur. Benzer çıktılar TSM'de görevli hekim ve hemşire/ebe/sağlık memuru içinde elde edilmiştir.

AH'ler ve ASE'ler için ayrıca belirlenen standartlar, aktif çalışma süresi ve bir önceki yıla ait işyükü verileri il Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yazılımı kullanılarak il bazında ve ülke genelinde ihtiyaç duyulan aile hekimi ve aile sağlığı elemanı sayısı hesaplanmıştır.

Ülke genelinde yapılan hesaplamalar Sağlık Bakanlığının 1 AH'ye 1 ASE normunun mevcut işyükleri dikkate alındığında yeterli olmadığını, ASE sayısının AH sayısından %12 daha fazla olması gerektiğini göstermektedir. Yani 8 AH'nin çalıştığı bir yerde 9 ASE görevlendirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca işyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme yöntemi kullanılarak hesaplanmış personel ihtiyacı ile mevcut personel arzı karşılaştırılarak, personelin maruz kaldığı işyükü baskısı (işyükü oranı) belirlenmiştir. Türkiye genelini kapsayan hesaplamalarda AH işyükü oranı 0,84, ASE işyükü oranı ise 0,75 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar AH için %16, ASE'ler için % 25'lik personel açığı olduğunu ve belirlenen AH standartlarının ancak %84'üne, ASE standartlarının ise ancak %75'ine ulaşılabildiğini göstermektedir. Ayrıca 2. ve 3.Basamak kurumlara yapılan başvuruların 1.Basamağa kaydırılması, sevk sisteminin uygulamaya başlaması ve nüfus artışı gibi nedenlerden ASM hizmetleri kullanım oranlarında artış olması muhtemeldir. Bu durum AH ve ASE ihtiyacı açığının daha da artmasına neden olacaktır.

İller bazında yapılan hesaplamalarda hem personel ihtiyaçlarında hem de personelin maruz kaldığı işyükü baskısı açısından farklılıklar saptanmıştır. Bu sonuçlar ayrıca AH hizmetlerinin kullanımı açısından da iller arasında farklılıklar olduğunu da işaret etmektedir. Bu farklılıkların nedenlerinin araştırılması ve uygun çözümler getirilmesi hem bu düzeyde sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasına hem de personelin etkin ve verimli kullanımına katkıda bulunacaktır.

Bu çalışma geleneksel nüfusa dayalı personel normlarının gerçek ihtiyaçların belirlenmesinde yeterli olmadığını, kurumların ihtiyaç belirlemede ve personel normu oluşturmada daha etkili yöntemler kullanılması gerektiğini göstermektedir. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı belirleme yöntemi personelin fazla işyüküne maruz kalmasını ya da atıl kalmasını önleyerek personel ihtiyacının belirlenmesinin ve atamaların daha etkin bir şekilde yapılmasını sağlama potansiyeline sahiptir.

BÖLÜM 2

ASM ve TSM UYGULAMALARI VE SAĞLIK PERSONELİNİN İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

ASM ve TSM UYGULAMALARI VE SAĞLIK PERSONELİNİN İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

1. Sağlık Personelinin ASM Ve TSM Uygulamaları İle İlgili Görüş ve Önerileri

Bu çalışmanın bir bölümü de aile hekimliği modelinin uygulamasının nispeten yeni olması (tüm ülkede 2010 yılı sonunda uygulamaya geçilmiştir) ve ASM ve TSM'ler de yeni görev ve yetkiler konusunda ihtiyaçlar doğrultusunda yeni düzenlemelere gidilmesi nedeniyle uygulamada oluşan sıkıntıların ve sorunların değerlendirmesine odaklanmıştır.

Bu doğrultuda hem çalıştay katılımcıları ile gerçekleştirilen grup çalışmalarında hem de ASM ziyaretlerinde yapılan yüz yüze görüşmelerde personelin sisteme ve uygulamaya yönelik görüşlerine başvurulmuştur. Geri bildirimler yapılırken hem kurumlara özgü hem de her bir personel kategorisine özgü sorun ve öneriler tartışılmıştır. Bu bölümde bu çalışmalardan elde edilen bilgiler özetlenmiştir.

1.1. Saha Ziyaretleri ve Yüz Yüze Görüşmeler

2011 yılında gerçekleştirilen çalıştaylarda uzman komiteler tarafından belirlenen aktiviteler ve süre standartlarının gözden geçirilmesi, uygulamalarda personelin yaşadığı sıkıntılar ve iyileştirilmesi gereken alanlarla ilgili görüş ve önerilerin alınması amacıyla 2013 yılında Ankara'da 6 Aile Sağlığı Merkezinde görevli toplam 8 Aile hekimi ve 6 aile sağlığı elemanı ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde AH'ler ve ASE'ler ile ilgili ele alınan konular aşağıda sıralanmıştır.

1. Ziyaret edilen ASM'nin tipi ve nüfus özellikleri (bebek, çocuk, gebe, 15-49 yaş kadın, 65+ nüfus), genel hasta profilleri,
2. İzin ve eğitimde geçen süreler,
3. İşyüklerinde önemli yer tutan ana aktiviteler ve bu aktivitelerden ne kadar gerçekleştirdikleri,
4. Mobil hizmet/İstasyon hizmeti
5. Kullanılan yazılım/bilgi sistemi
6. En sık yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri
7. Verilen hizmetin etkisini artırmaya yönelik öneriler olmuştur.

Ziyaret Edilen ASM'nin Tipi ve Nüfus Özellikleri

Ziyaret edilen ASM'ler A grubundan D grubuna kadar çeşitlilik göstermekteydi. ASM'nin fiziksel özellikleri ve hizmet sunum durumuna göre karşıladığı kriterler çerçevesince gruplara ayrılmaktadır. A grubu fiziksel şartların en iyi durumda olduğu D grubu ise kriterlerin asgari düzeyde karşılandığı ASM

gruplarıdır. Daha iyi grupta olan ASM'nin hizmet sunduğu hasta nüfusu ve ASM çalışanları açısından daha memnun edici olduğu gözlenmiştir.

ASM'lerin nüfus özelliklerine göre hizmet sunum şekil ve çeşitliliklerinde farklılıklar görülmüştür. Örneğin Ankara'nın eski yerleşim merkezi olan ve yaşlı nüfusun çok olduğu ASM'lerde yaşlı bakım hizmetlerinin fazla olduğu, evde bakım hizmetinin daha çok sunulduğu ve hastalara telefonla danışmanlık hizmetlerinin yoğun bir şekilde verildiği tespit edilmiştir. Buna karşın Ankara'nın merkezinde, yerleşik nüfusun daha az bağlı olduğu ve iş yerine yakın çevrelerdeki ASM'lerin hasta profillerinin çok değişik olduğu, misafir hastalara daha yoğun bir şekilde hizmet verildiği belirlenmiştir. Gecekondu bölgelerinde ise kadın ve çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik işlerin yoğunlukta olduğu, ancak göç nedeniyle nüfusun çok fazla değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir.

Her bir aile hekimine düşen nüfusun ASM'lere göre 3000-4300 arasında değişkenlik gösterdiği gözlenmiştir. Hasta müracaatı nüfusun fazlalığından çok nüfusun sosyoekonomik durumuna göre artış göstermektedir. Çalışan kadının az olduğu, gebe ve çocuk nüfusun fazla olduğu, gecekondu ve kırsal bölgelerde hasta başvurusunun daha fazla olduğu gözlenmiştir.

İzin ve Eğitimde Geçen Süreler

ASM'de görevli hekim sayılarına göre kullanılan yıllık izin sürelerinin ve hizmet içi eğitime katılım sıklığının değişkenlik gösterdiği gözlenmiştir. Tek hekimin çalıştığı ASM'lerde yıllık en fazla 5 gün yıllık izine çıkılmakta ve eğitimlere katılım sağlanamamaktadır. Buna karşın aile hekimi sayısının 3'ten daha fazla olduğu ASM'lerde hekimler izinlerini daha rahat kullanmaktalar ve yıllık 2 aya kadar eğitimde geçen süre mevcut olabilmektedir.

İşyüklerinde Önemli Yer Tutan Ana Aktiviteler ve Bu Aktivitelerden Ne Kadar Gerçekleştirdikleri

Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının işyüklerinde önemli yer tutan ana aktiviteleri ve bu aktivitelerin ortalama ne kadar gerçekleştirdiklerini öğrenmek için çalışanlara daha önce gerçekleştirilen çalıştayda elde edilen aktivite listeleri sunulmuştur. Hem oluşturulan bu listeyi güncellemek hem de bireylere hatırlatıcı olması açısından bu liste üzerinden giderek gerçekleştirilen aktivitelerin neler olduğu ve ortalama sürelerini yazmaları istenmiştir. AH'ler ve ASE'ler benzer aktivite listesi ve ortalama süreleri vermişlerdir.

Mobil hizmet/istasyon hizmeti

Bazı ASM'lerinde mobil hizmet ve istasyon hizmeti uygulamasına rastlanmıştır. Nüfusun dağınık olduğu, uzakta bağlı köylerin bulunduğu kırsal bölgede yer alan ASM'ler bireylerin sağlık hizmetine

ulaşabilmeleri için haftada yarım gün mobil hizmet sunmaktadırlar. Örneğin kendisine 5 km uzaklıkta yer alan bir sitede haftada iki gün 2 şer saat istasyon hizmeti sunan ASM'nin olduğu gözlenmiştir. Bu örnekte istasyon hizmetinde ASM'den görevli bir hekim site içinde belirlenmiş bir odada site sakinlerine poliklinik hizmeti vermektedir.

Kullanılan yazılım/bilgi sistemi

ASM'lerde zorunlu ve ortak tek bir bilgi sistemi bulunmamaktadır. Her ASM farklı bir yazılım programı üzerinden çalışarak hizmet istatistiklerini girmektedir. Çoğunlukla NEURO-Google yazılım programının kullanıldığı gözlenmiştir. Programlara birçok aktivite girilebilmektedir. Örneğin hastanın muayeneye başlama ve bitiş zamanı kaydetme özelliği bulunmaktadır. ASE tarafından gerçekleştirilen işlemlerin sisteme ayrıca kayıt edilebilmesi mümkündür. Ancak mevcut istatistikler bu işlemleri tek ya da birkaç tanım altında toplamaktadır. Buna ek olarak programlar farklı olduğu için girilen veriler de farklı detaylarda olmaktadır. Programlar genellikle online olarak güncellenmektedir. Ancak veri güvenliğinin nasıl sağlandığı konusunda aile hekimlerinin bilgisinin olmadığı gözlenmiştir.

En sık yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri

- Özellikle tek ya da iki kişi olarak çalışılan ASM'lerde izin almanın büyük sorun olduğu, hekimlerin de ASE'lerin de ihtiyaç duyduklarında yerlerine birini bulmakta sıkıntı çektikleri belirtilmiştir. Tek başına çalışan bir aile hekimi durumunu şu sözlerle açıklamıştır: *"Tek başına çalışmak çok zor. Özellikle izin dönemlerinde yerinize bakacak birini bulamadığınızda izin kullanmanız mümkün değil. Arkadaşlık ilişkilerimizi kullanarak yerimize birini bulmaya çalışıyoruz. Ancak bu şekilde ne kadar sürdürebiliriz. Yıllık izin dönemlerinde ne yazık ki TSM'den görevlendirme yapılamıyor. Geçen yıl ancak 5 gün izin kullandım. Ayrıca izin kullandığımızda ücretimiz kesiliyor."*

Bu durumun TSM'lerde görevli hekim ya da ASE'lerin görevlendirilmesi ile çözülebileceği önerilmektedir.

- Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde sıkıntılar yaşanmaktadır. Genel olarak evde bakımın aile hekiminin görevi olmaması gerektiği vurgulanmıştır. Görüşmeciler uzun vadede bu görevin aile hekimlerinden alınarak TSM içinde ya da hastane bünyesinde oluşturulan birimler tarafından üstlenmesi gerektiğinin altı çizmişlerdir. Ancak bu süreçte bu hizmetlerin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için evde bakıma gerçekten ihtiyacı olan bireylerin TSM'ler tarafından iyice araştırıldıktan sonra aile hekimlerine bildirilmesi gerektiği belirtmişlerdir. Ayrıca evde bakım hizmetleri için araç ve ekip tahsis edilmiyor olmasının da ayrıca önemli bir sorun yaratmakta olduğu belirtilmiştir.
- Tüm ASM'lerin ortak olarak yaşadığı en büyük sorunlardan biri kendilerine atanan bireylere ulaşamamalarıdır. Bu durumu aile hekimlerinden biri şöyle ifade etmiştir: *"En büyük sıkıntılardan biri sistem kurulduğunda bize atanan insanlara ulaşmamamız. Bakanlık bizden bize atanan kişileri ev ev ziyaret ederek tespit etmemizi bekliyor. Bu çok ütöpik bir talep. Aileye ulaşamıyoruz, taşınıyorlar, nereye gittikleri belli değil ancak kayıtları halen burada"*

görünüyor. Ulaşılamayan hastalar bir şekilde bizden alınmalı.” Taşınan, göç eden hatta yurt dışına yerleşen hastalar bile aile hekimlerinin sisteminde görünmekte olduğu ve hekimlerin bu hastalara ulaşamadıkları, bunda hekimlerin performanslarına negatif etki ettiği belirtilmiştir.

- Buna bağlı olarak yaşanan diğer bir önemli sorunun da AH’ye bağlı nüfus sayısının azalmasıyla aldıkları ücretin de azalması olduğu belirtilmiştir. Bu durumun kimi zaman hekimler arasında rekabete yola açabildiği düşünülmektedir. Diğer taraftan da etkili ve kaliteli bir hizmet sunulabilmesi için her bir AH’ye bağlı ortalama nüfusun 2000’lere düşürülmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak mevcut düzenlemeler ve nüfus kriteri uygulandığında ASM’ye bağlı nüfusun düşük olmasının ASE’lerin ücretlerini olumsuz yönde çok etkilediği, bu yüzden ASE adaylarının düşük nüfuslu bölgelerdeki hekimlerle sözleşme imzalamak istemediği, bu durumun ASE’lerin lehine düzeltilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Diğer önemli bir sorunda gebe tespit ve takiplerinde yaşanmaktadır. Gebelerin tespit edilmeleri ve takipleri çok önemli ve hassas bir konu olarak değerlendirilmektedir. Bir aile hekimi bu konu ile ilgili yaşanan sıkıntıları bir örnekle şöyle açıklamaktadır: *“Gebe tespit ve takibinde zorlanıyoruz. Dedektif gibi gebe arıyoruz. Örneğin bir ailenin Erzurum’da okuyan bir kızları var, kendisi Erzurum’da kadın doğum uzmanına görünmüş ve gebe olduğu tespit edilmiş. Bize bildirildi. Evi arayıp ailesine bildirmeden bu gebenin izlenmesi için ne yapacağımızı şaşırdık. Aileye yanlışlık oldu kızınız gebe değil dedik. Ama bu gebeyi bizim izlememiz gerekiyor.”*
- TSM’lerin çok fazla talepte bulunmaları ve aile hekimlerini ilgilendirmeyen konuların dahi kendilerine yönlendirilmesi sorun oluşturmaktadır. Aile hekimleri gönderilen resmi yazıların çoğunun kendilerini ilgilendirmediğini ve zaman kaybına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra herhangi bir sorun yaşadıklarında TSM’lerde uygun bir muhatap bulamadıklarını da vurgulamaktadırlar.
- Son düzenlemelerden sonra aile hekimlerine gerçekleştirebileceklerinden fazla görev yüklendiği, sorumluluklarının artırıldığı buna bağlı olarak halkın beklentilerinin yükseltildiği düşünülmektedir. Ancak talep edilenlerle mevcut altyapı arasında da bir uyumsuzluk olduğu ve altyapının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Aile hekimleri durumu şu ifadelerle özetlemektedirler:
“Açıkta kalan her şey AH üzerine yıkılmaya çalışılıyor. 24 saat hizmet vereceğimiz, eve gideceğimiz, her şeyi yapacağımız bildirildi halka. Böyle olunca da beklentiler çok yükseldi. Buda halkın bizden memnuniyetinin azalmasına sebep oldu. Daha önce evde bakım hizmetinin koordinasyonu ile sorumlu tutuluyorduk. Ancak Ocak 2013’de yayınlanan genelgede ise AH ile ilgili evde bakım yapar ibaresi var.”
“AH sistemi bozulmuş sağlık ocağı sisteminin yerini aldı ve hizmetin halka inmesini sağladı. Ancak mevcut sistemin altı boş. Sosyal şartlar ve altyapı yeterli değil. Şu anda 2010’dan bu yana sistemde bir dejenerasyon oluşmaya başladı. Sistem ve AH’leri prestij kaybediyor.”
- Benzer şekilde kırsal bölgede TSM’lerin yapamadığı okul aşularının aile hekimleri tarafından yapılmasının beklendiği ve bu durumun iş yükünü artırdığı vurgulanmaktadır.

- Aile hekimleri sorumluluklarının çok yetkilerinin ise az olduğunu ve yetkilerinin genişletilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Örneğin ilaç reçete etmede, rapor vermede ve tetkik istemede çok fazla sınırlandırıldıklarını düşünmektedirler. Birçok ilacın ancak belli branş uzmanları tarafından hastanede reçetelendirilebildiğini bu durumun kronik hastaların takibi ve hastalıklarının yönetimi konusunda sorun arz ettiğini vurgulanmaktadır.
- Aile hekimleri aile hekimliği uyum eğitimlerinin ve uzaktan yürütülen sürekli eğitim programlarının içerik olarak yetersiz olduğu düşünmektedirler. Ancak yerinde uygulamalı verilen “RIA eğitimleri” gibi hizmet içi eğitim programlarının faydalı olduğunu ve bunlara ağırlık verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.
- ASM’lere yapılan denetimlerin keyfiyetten uzak düzenleme ve yönetmeliklere bağlı yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Çalışanlardan bir kısmı çok fazla denetim yapıldığını, bu denetimler sırasında da kişilerin özel eşyalarının dahi incelendiğini, bunun keyfi bir durum olduğunu ancak buna rağmen tepki gösteremediklerini belirtmişlerdir.
- Mevcut hali ile aile hekimliği sisteminin çalışan memnuniyetini gözetmediği düşünülmektedir. Bu durumu bir aile hekimi I “*Parası hariç bu işte her şey aleyhimize*” ifadesini ile ortaya koymuştur. Ayrıca yeni uygulamaya konması gündemde de olan nöbet sisteminin aile hekimini işyükü ve kaliteli hizmet sunumu konusunda daha da sıkıntıya sokacağı ifade edilmiştir.

Verilen hizmetlerin etkisinin artırılmasına yönelik öneriler

- Aile hekimlerinin ilaç yazma yetkileri genişletilebilir.
- Ultrason gibi cihazlarla ASM’lerin altyapı ve donanımları güçlendirilebilir.
- Hizmet içi eğitimlerle AH’ye farklı beceriler kazandırılabilir. EKO, ultrasonografi gibi kurslar düzenlenebilir.
- ASM’lerde bakılan kan ve idrar tahlillerinin parametreleri genişletilebilir. Daha fazla tetkik ve tahlil yapılabilmesi için gerekli altyapı sağlanabilir. Ultrason, MR, röntgen, smear gibi taramaların yapılabilmesi sağlanabilir.
- ASM’leri hastanelerle koordine bir şekilde çalışıp hekimler buralardan direk tetkik isteyebilir ve hastaların bu merkezlere gidişini koordine edebilir.
- Sistem pozitif performans üzerine kurgulanabilir.

1.2. Çalıştay Katılımcılarının ASM ve TSM Uygulamaları İle İlgili Görüş ve Önerileri

2011 yılında gerçekleştirilen çalıştaylarda personelin ASM ve TSM uygulamaları ile ilgili görüş ve önerileri bu bölümde özetlenmiştir. Burada sözü edilen uygulamalar ve birimler 2011 yılındaki var olan sistem dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

ASM'lerde görevli aile hekimlerinin görüş ve önerileri:

- Yönetmelik ve yönergelerin sık değişmesi, net olmaması ve mevzuatın yoruma açık olması.
- Bakanlık ve il müdürlüklerinin farklı/tutarsız açıklamaları sonucu beklentilerin artması.
- Bölgeler, iller ya da ASM'ler arasında farklı uygulamalar.
- Bürokrasinin yavaş çalışması, sorunların çözümünün ya da sorulara cevap alınmasının uzun sürmesi.
- Tecrübesiz ve liyakatsiz yöneticiler; yöneticilerin eğitim almamasından kaynaklı standart bir yönetimin olmaması, keyfi uygulamalar görülmesi.
- Sistemin aile hekimlerini rekabete zorlaması.
- Görevlendirmelerde vekâlet yönünden belirsizlik (mevzuat yetersizliği)
- Sağlık Müdürlüklerinin ve TSM'lerin ASM'lere bakış açısının değiştirilmesi gerekmektedir. **"Aldığımız para haramdır "** bakış açısı kırılmalıdır.
- ASM'lerin A, B, Cvb. şeklinde gruplandırılması yanlış. Grup yükseltilmesi gerektiğinde Sağlık müdürlüğüne başvuru yapılmalı. Zaten onaylanmış ve hizmet verilen merkez için sınıflandırma başvurusu anlamlı değil.
- Her resmi yazı ivedi olamaz.
- Bakanlığın resmi yazılımının desteği yetersiz. MERNİS bağlantısında sabit IP istemekte bu da kırsalda ve mobilde sıkıntı yaratmaktadır. Tanımlanma kullanıcı üzerinden yapılmalı. Ek olarak Sağlık Bakanlığın dışındaki yazılımlarda denetleme iyi yapılmalı.
- Mesai saatlerinin sadece polikliniğe odaklanması, diğer işler için zaman öngörüsü ya da planının olmaması.
- Halkın beklentisinin karşılanamaz derecede yükseltilmesi
- Halkın hekimi sekreter gibi kullanmak istemesi (ilaç reçetesi, rapor vb.)
- Aile hekimi diabet, hiperlipidemi başta olmak üzere kronik hastalıkların ilaçlarını raporsuz daha rahat yazabilmeli.
- Misafir hasta kavramının netleşmemesi; misafir hasta tanımının iyi yapılması gerekmektedir. Yönetmeliklerde belirtildiği üzere misafir hastalara TSM'ler bakmalıdır.
- Görevlendirme ile gelen (sözleşmesiz) aile sağlığı elemanlarının gönülsüz çalışması
- Aile sağlığı elemanının izin işlerinin TSM tarafından yürütülmesi, aile hekimine danışılmaması
- Güvenlik açığı (ASM'lerde güvenliği sağlayacak sistemin olmaması)
- Mobil hizmet sırasında yaşanan sorunlar; 1) poliklinik hastaların devrinde yaşanan sıkıntılar 2) mobil hizmet için araç sağlanmaması gibi. Mobil hizmetlerin yürütülmesi için TSM'lerden ASM'lere destek verilmeli TSM'lerin yapılması bu bağlamda güçlendirilmelidir.
- Evde bakım hizmeti bilmececi çözümlenmeli. Evde bakım hizmetleri için hastaneler personel açısından desteklenmeli veya ayrı bir birim olarak bu hizmetlerin sunumundan sorumlu olmalı.
- Aile hekimleri konusunda vatandaş daha ciddi şekilde bilgilendirilmeli ve ulusal basında yanlış mesaj verilmemeli.
- Nöbet sorunlarına çözüm getirilmeli (adli nöbet, otopsiler, acil nöbetler), TSM'ler ve aciller güçlendirilmelidir.

- Hastanın gerekçesiz hekim değiştirmesi ve hekimin bundan haberdar olmaması ciddi sorunlar yaratmaktadır. Hastalar bunu koz olarak kullanmaktadır. Hasta hekimi değiştirecekse ikinci hekim TSM'ler tarafından belirlenmelidir. Hekimlerin de hasta çıkartma hakkına sahip olması gerekmektedir. Çıkartmak istenilen hasta TSM ile konuşularak gerekçesiyle birlikte bildirilmelidir.
- Gebelik tespitlerinin ilk 3 ayda bildirilmesinin zorunlu olması sıkıntı yaratmaktadır. Gebeler bile bazen gebe olduğunu bilmemekte veya saklamaktadır. Türkiye şartlarında bu mümkün değildir.
- Kaçak giriş yapıp evlenen TC'si olmayan kişilerin kayıtları için sıkıntı yaşanmaktadır.
- Aile hekimliğine geçiş sürecinde verilen fiziksel mekânların daha sonra istenen şartlara uymaması (inşaat yapılması ihtiyacının doğması).
- Fiziksel mekân onarım ve bakım işlemlerinin tamamıyla aile hekimlerine yüklenmesi.
- Bölge şartlarına, coğrafi koşullara uygun olmayan fiziksel şartların dayatılması (örn. ısıtma ile ilgili).
- İstenen fiziksel şartlara uygun ASM'lerin yapılmasında devletin destek olması, (Belediyeler ya da TOKİ tarafından yapılmaları sağlanabilir).
- Sistemin yardımlaşmaya açık olmaması.
- Aile hekimliğini seçme özgürlüğünün geniş tutulması.
- Aile hekimi uzmanı/genel pratisyen arasındaki farklı uygulamalar (rekabet şartlarının uygun olmaması).
- Öngörülen Aile sağlığı elemanı kadrolarının yetersizliği; Tek ASM çalışanı yeterli değil. İlave personel gerekli ancak bunun SB tarafından karşılanması gerekir. Ortak hizmet alanlarında ikinci bir erkek eleman sağlanabilir (herhangi bir anlaşmazlıkta ödenmesi gereken tazminat Hekim tarafından ödenmemeli)
- ASM hekimlerinin uzun süreli hastalıklarında veya izinlerinde yerine gelecek hekim TSM tarafından desteklenmelidir. Bu sağlanmazsa yük ASM'deki diğer hekimlere binmektedir.
- ASM'lere ilaç temin etmede (yeşil reğeteli ilaçlar vb.) sistematiiğin olmaması.
- AÇSAP ve bağışıklama ile ilgili malzemelerin temininde standardizasyonun olmaması.
- Laboratuvar hizmetlerinin lojistik olarak daha iyi hale getirilmesi
- ASM'lerin tıbbi malzeme temini il sağlık müdürlüklerinden desteklenmeli. Çünkü ASM'ler kendi hasta potansiyeli kadar misafir hasta bakmaktadır.
- Hizmet verilen coğrafi bölge koşullarının dikkate alınmaması.
- Bu farklılıklardan kaynaklanan sorunların çözümlünün sadece aile hekimlerinden beklenmesi (örneğin kene eğitimleri)
- Aile sağlığı elemanları maaşlarının yeterli olmaması (performans kriterlerinin yetersizliği)
- ASM'nin özelden kiralandığı durumlarda kira desteğinin yeterli olmaması.
- ASM ödeneğinin cari gider yardımı olduğunun anlaşılmasında.
- Sınıflandırmada ücret farklılığının sadece Aile Hekimlerini Kapsaması.
- Ücretlendirme cezaya dönüştürülmemelidir. "Kaşıkla verilip kepçe ile alınmamalı." Bir gebe izlemi için 3 TL verilip yapılmadığında 400 TL kesilmemelidir.
- İş yükünün ağırlığı nedeniyle ASM çalışanlarının maaşları artırılmalıdır.

ASM'lerde Görevli Aile Sağlığı Elemanlarının Görüş ve Önerileri:

- AH ile ASE' nin bir bütün olduğunun ve uyum içinde çalışması gerektiğinin belirtilmesi.
- Aile Sağlığı Elemanı ibaresinin değiştirilmesi.
- Aile Sağlığı Elemanlarının sözleşmelerinin fesh edilmesinin doktorun inisiyatife bırakılmaması.
- Aile hekiminin hastanın gönlünü yapmak için ASE'yi kullanması.
- ASM' lerde güvenliğin sağlanması.
- Her ASM de danışman veya tıbbi sekreter olması (hasta kayıt, yönlendirme v.b.)
- Aile Hekimliği değişikliğindeki kararın AH'ye bırakılması.
- TSM' lerin Aile hekimlikleriyle senkronize çalışması.
- basamak sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin ASM'lere bildirilmesi.
- İyi hizmet karşılığı takdir almak.
- Denetim mekanizmasının daha objektif olması.
- TSM'lerin makul süre vererek bilgi istemesi.
- İl dışı olmadığı sürece misafir işlemlerinin yapılmaması.
- Her ASM'ye enjeksiyon pansuman laboratuvar için bir eleman verilmesi,
- Eş ve çocuk yardımının alınması.
- ASE maaşlarında gebe bebek katsayısının artırılması.
- Görev alanı değişikliğinde görev alanına uygun eğitim alınması.
- Tek çalışan aile hekimliklerinin izne ayrıldığında yerine eleman verilmesi ve maaşının kesilmemesi, başka bölgelerde personel olmadığında TSM' lerden görevlendirmenin olmaması.
- Mobillerden gezi tazminatı alınmaması, mobil hizmette ücret verilerek motivasyonun sağlanması.
- ASE'lerin iş tanımlarının ayrıntılı bir şekilde yapılması: AH ve TSM'lerin yapması gereken işlerin ASE'lere yüklenmemesi.
- Evde sağlık hizmetlerinin kim tarafından yapılacağına belirli olması, "evde bakım hizmeti " kavramının neleri kapsadığına belirlenmesi.
- Aşılarda, aşı zamanı geldiğinde kişilere ulaşılmadığında ve sonra yapıldığında aşı tarihinin sisteme girilmesi sonucu performansa yansımaması sağlanmalıdır.
- Bölgeler arası işlemlerde farklı uygulamalar.
- Bürokrasi ve evrak işleri yüzünden koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince zaman ayrılamaması.
- Bakanlık bilgisayar sunucularının yavaş çalışması, veri girişlerinde farklı sunucular kullanılması.
- Gebe tespitlerinde; geç tespitte bulunulduğunda sağlık personeline yaptırım olması, sağlık kurumuna geç başvuran gebelere yaptırım uygulanmaması, gebelikler ilk üç aydan sonra tespit edildiğinde sisteme kayıt edilememesi, dördüncü tespit edildiğinde bile sisteme girilmemesi.
- Yasal olmayan bebeklerin kimlikleri olmadığı için sisteme kayıta sıkıntı yaşanması.
- Mesai kavramının olmaması: günlük çalışma saatinin belirli olmaması.
- Mobil eczane yapısının ASM sorumluluğu altında olması,
- ASM'ler arası etik kurallara uyulmaması sorunların yaşanmasına neden olmaktadır.

TSM'lerde görevli hekimlerin görüş ve önerileri

- Personelin görev tanımlamalarının yapılarak ,eğitimlerinin artırılması, görev yerlerinde devamlılık sağlanması ,çekirdek ve sabit personel temini
- TSM konum ve binalarının standart hale getirilmesi ve fiziki koşullarının (oda sayısı eğitim salonu) düzeltilmesi ve malzeme ve cihazların yenilenmesi (modernizasyon)
- Araç ve malzeme sıkıntılarının olmaması, uygun yeterli sayıda teknolojik cihazlar ...
- En azından acil ve önemli ihtiyaçlar için TSM bütçesinin sınırlı limitte kullanımının TSM sorumlu hekiminin yetkisine verilmesi:
- Örneğin bir hekimi için ödene cari gider kadar 1 aylık ödeme yapılabilir, ya da eğitimlerde, acil tamiratlarda vb. kullanmak üzere bir kaynak ayrılabilir.
- ASM ve TSM'ler arasında görev tanımlarının kesin çizgilerle ayrılması. İller arası farklı uygulamaların önüne geçilmesi. Tüm illerde, tüm sağlık idareleri arasında standartlar belirlenmeli, UYGULAMADA BİRLİK OLMALI.
- Bina olarak ASM'lerle TSM'lerin bir arada çalışmasının önlenmesi.
- Yeşil Kart mevzuatının, kontrollerinin, işlem ve tahakkuklarının Sağlık Bakanlığında alınması.
- İdari ve bürokrasiyi basitleştirme genelgesi doğrultusunda tüm yazışmaların sadece elektronik ortamda yapılmasının sağlanması.
- TSM hekimlerinin geçici göreve gönderilmemesi (özellikle acil servislere) ve görevlerinde kalıcılık sağlanması.
- Yapılacak hekim ve yardımcı personel görevlendirmelerinde TSM sorumlu hekiminin görüşü doğrultusunda hareket edilmesi.
- TSM hekimlerinin geçici göreve gönderilmemesi (özellikle acil servislere) ve görevlerinde kalıcılık sağlanması.
- Yapılacak hekim ve yardımcı personel görevlendirmelerinde TSM sorumlu hekiminin görüşü doğrultusunda hareket edilmesi.
- Hizmetli kadrolarının gözden geçirilmesi (şirket elemanlarının artırılması) mevcut hizmetlilerin başka kamu kurumlarına aktarılması ve yerlerine şirket elemanlarının alınması.
- TSM hekimi, sorumlu hekim ve diğer yardımcı sağlık personellerin izinli oldukları dönemlerde döner sermayeden kesinti yapılmaması.
- TSM' lere gerekli önemin verilmemesi.
- Ulaşımın sağlanması için gerekli araç desteğinin verilmemesi.
- TSM binalarının küçüklüğü, yetersizliği.
- Personel yetersizliği (tıbbi sekreter, çevre sağlığı teknisyeni vb. Yetersizliği).
- Aile hekimlerinin yazışma kurallarına uymaması.
- TSM'nin yaptırım gücünün olmaması.

TSM'lerde görevli hemşire/ebe/sağlık memurlarının görüş ve önerileri

- Eğitimli ve eğitimsiz hemşirelerin aynı görevde çalıştırılması ve hemşirelerin birinci basamak hizmetlerin işleyişini bilmemesi.
- Geçici görevlerin sık olması: kurum dışı görevlendirmeler kurum içi çalışmayı aksatıp iş yükünü artırması.
- Müdürlükle iletişim bozukluğu: sorunların çözülememesi (müdürlükte görevli personellerin kendilerini TSM personelinin amiri gibi görmeleri, yetkili kişiyi telefonla ulaşılamaması)
- İstenilen görevlerle elde bulunan araç gerecin uyumlu olmaması
- İller arası işleyişte farklılıklar olması
- Formların tüm illerde standart olmaması(denetleme formları)
- Evde sağlık hizmetlerinin hastanelere devredilmesi.
- TSM deki iş yükünün adaletli dağıtılmaması
- Personel Atamalarının ve TSM 'lerin kapatma kararlarının sürekli gündemde olup çalışan motivasyonun bozulması
- Kırtasiye işlerinin fazla yoğunlukta olması
- Yapılan işlerin kurum amiri ve müdürlük tarafından takdir görmemesi
- Ek ödemelerdeki adaletsizlik: hekim – hemşire arasındaki
- TSM ve ASM birimlerinin aynı binada olması(TSM binalarının ayrı ve kullanılabilir durumda olması)
- Kalite ve performans daire başkanlığının TSM üzerine düşmesi kalite birimlerinin kurulması
- Ebe ve hemşirelerin imza yetkisinin olmaması
- Kurumda her doktorun kendini amir hissetmesi
- Farklı uygulamalar olduğunda o konu ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi ve yürürlükte olan uygulamalar içinde aralıklarla hizmet içi eğitimlerin tekrarlanması
- Resen atamaların sadece Hizmet puanına göre değil, çalışma performansına ve hizmet puanına göre değerlendirilerek atamalara karar verilmesi
- İl sağlık müdürlüğü ve bakanlığın TSM'de yapılan işlerden haberdar olmaması
- Ebe ve hemşire unvanlarının meslek olarak kabul edilmesi (doktorun yardımcısı gibi görünmesi, aile sağlığı elemanı, eleman olarak tanımlanması vs.)
- Kurumda görev yapan Ebe, Hemşire Sağlık Memurunun aynı düzeyde eğitim aldığıının unutulmaması,(görev dağılımlarının eşit yapılması)
- Yapılan Eğitimlere, TSM'lerde ilgili görevlinin katılımının sağlanması, (Müdürlük elemanları yerine)
- TSM'lerdeki şubelerin Müdürlük tarafından tanınması ve yetkilendirilmesi(AÇSAP, personel, bulaşıcı hastalıklar gibi)
- Belirli bir yılını doldurup görevini yerine getiremeyecek olanların yıpranma payı göz önüne alınarak erken emekli edilmesi(polisler gibi)

Yukarıda detaylıca belirtilen sorunlar ve uygulamalarla ilgili görüşler, katılımcılarca sorunlar ve çözüm önerileri halinde gruplandırılarak Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo- 10 Toplum Sağlığı Merkezlerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

SORUNLAR	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
1-TSM'ler arasında ve bir TSM içindeki personeller arasında iş yükünün eşit olmaması	<ul style="list-style-type: none">• TSM'de çalışan personelin görev yetki ve sorumluluklarının yönetmelikle netleştirilmesi• Bir TSM başına düşen nüfusun belirlenip eşit dağılımın sağlanması
2-Kullanılan araçların nitelik ve nicelik açısından yetersiz olması	<ul style="list-style-type: none">• Satın alma ve araç kiralama hizmetlerinde standardizasyon sağlanması• Ödenek sağlanması
3-Sık gelen kurum dışı görevlendirmeler	<ul style="list-style-type: none">• PDC fazlası personelin ihtiyaç duyulan yerlere kadrolu olarak dağıtımının sağlanması
4-Bilgisayar kullanımını bilmeyen personellerin varlığı	<ul style="list-style-type: none">• Tüm personelin (hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru) bilgisayar kullanımını konusunda zorunlu eğitim alınmasının sağlanması
5-ASM ve TSM'lerin fiziksel olarak aynı yerde bulunması ve ihtiyaçların karşılanması sorunlar yaşanması	<ul style="list-style-type: none">• Bina sağlanması• ASM'lerin kömür, yakıt ve malzeme gibi ihtiyaçlarını kendilerinin karşılaması sağlanmalı• Bütçelerin ayrılması
6-TSM'lere yeni atamalar yapılırken mevcut personelin zorunlu olarak başka yere atanmak istenmesi	<ul style="list-style-type: none">• Tayin ve atamaların ihtiyaçlara göre yapılması
7- ASM ve TSM'lerin görev, yetki ve sorumluluklarının her yerde aynı olmaması ve zaman zaman çakışması	<ul style="list-style-type: none">• Görev tanımlarının netleştirilmesi
8-Atamalarda sadece hizmet puanının dikkate alınması ve uzun yıllardır çalışan	<ul style="list-style-type: none">• Atamalarda sadece hizmet puanının dikkate alınmayarak işin gerektirdiği nitelik, beceri ve eğitim durumuna göre uygun ve istekli personellerin atanması
9-Sağlık personelinin görev alanları dışındaki işlerde çalıştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Görev, yetki ve sorumlulukların netleştirilmesi• Tıbbi sekreterlerin TSM'lerde istihdamının sağlanması ve sayılarının artırılması
10-İl dışına özellikle tatil yörelerine yapılan geçici görevlendirmelerde personelin yemek, ulaşım ve kalacak yer sorunu yaşamaması	<ul style="list-style-type: none">• Gerekli lojistik desteğin sağlanması (yemek, kalacak yer, ulaşım)
11-Geçici görevlendirmelerde adaletsizlik	<ul style="list-style-type: none">• Geçici görevlerin personel fazlası olan diğer kurumlardan da yapılması• İl müdürlüklerinde çalışan personellerin de geçici görevlendirmelere katılması
12- TSM personelinin yoğun bakım ve acil gibi beceri ve deneyim gerektiren yerlerde geçici olarak görevlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Geçici görevlendirmelerde personelin bilgi ve deneyimlerinin göz önünde bulundurulması
13-Aile hekimlerinden veri almada sıkıntılar yaşanması	<ul style="list-style-type: none">• Aile hekimlerinin tüm verileri tek bir sisteme girmelerinin sağlanması ve tüm verilere müdürlüklerden ve merkezden erişimin mümkün kılınması
14- Malzeme ve donanım eksikliği	<ul style="list-style-type: none">• Bilgisayar, yazıcı, faks gibi ihtiyaçların karşılanması
15-Personel eksikliği	<ul style="list-style-type: none">• Eksikliğin giderilmesi
16-TSM'lerde yemek sıkıntısı	<ul style="list-style-type: none">• Müdürlüğün bir şirket ya da kurumla anlaşarak yemek hizmeti sağlanması
17-Kreş, lojman ve servis sıkıntısı	<ul style="list-style-type: none">• Personelin memnuniyetini sağlayacak hizmetlerin sağlanması

Ek- 1 ASM ve TSM'lerin seçildiği iller

1.BÖLGE		
Kocaeli	1 ASM	Kentsel
Gaziantep	2 ASM	Kentsel/Kırsal
İzmir	2 ASM	Kentsel/Gecekondu
2.BÖLGE		
Zonguldak	2 ASM	Kentsel/Kırsal
Antalya	2 ASM	Kentsel/Kırsal
3.BÖLGE		
Bolu	1 ASM	Kırsal
Kütahya	2 ASM	Kentsel/Kırsal
4.BÖLGE		
Çankırı	1 ASM	Kentsel
5.BÖLGE		
Erzurum	2 ASM	Kentsel/Kırsal
6.BÖLGE		
Van	2 ASM	Kentsel/Kırsal
Toplam	17 ASM	

1.BÖLGE		
Kocaeli	1 TSM	Kentsel
Gaziantep	2 TSM	Kentsel/Kırsal
İzmir	2 TSM	Kentsel/Gecekondu
2.BÖLGE		
Zonguldak	2 TSM	Kentsel/Kırsal
Antalya	2 TSM	Kentsel/Kırsal
3.BÖLGE		
Bolu	1 TSM	Kırsal
Kütahya	2 TSM	Kentsel/Kırsal
4.BÖLGE		
Çankırı	1 TSM	Kentsel
5.BÖLGE		
Erzurum	2 TSM	Kentsel/Kırsal
6.BÖLGE		
Van	2 TSM	Kentsel/Kırsal
Toplam	17 TSM	

ÇALIŞTAY GRUPLARI

Ek- 2 ÇALIŞTAYA KATILAN TSM ve ASM LİSTELERİ ile KATILIMCILARIN GÖREVLERİ

TSM-1	
KURUMU	GÖREVİ
BOLU Refika Baysal Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
KOCAELİ Derince Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
GAZİANTEP Şehitkamil Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
İZMİR Karabağlar Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
ZONGULDAK Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
ANTALYA Serik Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
KÜTAHYA Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
ÇANKIRI Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Halk Sağlığı Uzmanı
ERZURUM Palandöken Toplum Sağlığı Merkezi	Sorumlu Hekim
VAN Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim

TSM-2	
KURUMU	GÖREVİ
ZONGULDAK Çaycuma Sağlık Grup Başkanlığı	Hekim
KÜTAHYA Aslanapa Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
ERZURUM İspir Toplum Sağlığı Merkezi	Sorumlu Hekim
VAN Gevaş Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
ANTALYA Finike TSM	Hekim
İZMİR Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi	Hekim
GAZİANTEP Şahinbey Toplum Sağlığı Merkezi	Halk Sağlığı Uzmanı

TSM-3	
KURUMU	GÖREVİ
BOLU Refika Baysal Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
KOCAELİ Derince Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
GAZİANTEP Şehitkamil Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire
İZMİR KARABAĞLAR TSM	EBE
İZMİR Bornova Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
ZONGULDAK Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire
ANTALYA Serik TSM	Hemşire
KÜTAHYA Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
ÇANKIRI Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire
ERZURUM Palandöken Toplum Sağlığı Merkezi	Sağlık Memuru
VAN Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe

TSM-4	
KURUMU	GÖREVİ
ZONGULDAK Çaycuma Sağlık Grup Başkanlığı	Hemşire
KÜTAHYA Aslanapa Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire
ERZURUM İspir Toplum Sağlığı Merkezi	Sağlık Memuru
VAN Gevaş Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
İZMİR Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire
KOCAELİ İl Sağlık Müdürlüğü(Ab Proje Birimi)	Hemşire
GAZİANTEP Şahinbey Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe
ANTALYA Kepez Toplum Sağlığı Merkezi	Hemşire

ASM-1	
KURUMU	GÖREVİ
KOCAELİ Derince Yenikent Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
GAZİANTEP Şehitkamil Göllüce Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
İZMİR Karşıyaka 22 Nolu Nergis Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
İZMİR Karşıyaka 2 Nolu Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
ZONGULDAK Merkez Acılık Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
ANTALYA Altinkum Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
KÜTAHYA Merkez Çarşı Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
ÇANKIRI Zübeyde Hanım Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
ERZURUM Şerif Efendi Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi

ASM-2	
KURUMU	GÖREVİ
BOLU Mudurnu Taşkesti Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
GAZİANTEP Şehitkamil Aktoprak Aile Sağlığı Merkezi.	Aile Hekimi
ZONGULDAK Çaycuma Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
KÜTAHYA Aslanapa Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
ERZURUM İspir Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
VAN Başkale Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
VAN Güzelsu Aile Sağlığı Merkezi	Hekim
ANTALYA Emişbeleni Aile Sağlığı Merkezi	Hekim

ASM-3	
KURUMU	GÖREVİ
KOCAELİ Derince Yenikent Aile Sağlığı Merkezi	Ebe
GAZİANTEP Şehitkamil Göllüce Aile Sağlığı Merkezi.	Aile Sağlığı Elemanı
İZMİR Karşıyaka 2 Nolu Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Ebe
İZMİR KARŞIYAKA 6 NOLU ALAYBEY ASM	HEMŞİRE
ZONGULDAK Merkez Acılık Aile Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Elemanı
ANTALYA 27 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Hemşire
ANTALYA Kemer Merkez ASM	Ebe
ÇANKIRI Zübeyde Hanım Aile Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Elemanı
ERZURUM Şerif Efendi Aile Sağlığı Merkezi	Ebe

ASM-4	
KURUMU	GÖREVİ
BOLU Mudurnu Taşkesti Aile Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Elemanı
GAZİANTEP Şehitkamil Aktoprak Aile Sağlığı Merkezi.	Aile Sağlığı Elemanı
ZONGULDAK Çaycuma Merkez 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Elemanı
KÜTAHYA Aslanapa Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Ebe
ERZURUM İspir Aile Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Elemanı
VAN Başkale Merkez Aile Sağlığı Merkezi	Ebe
VAN Güzelsu Aile Sağlığı Merkezi	Hemşire
KÜTAHYA Merkez Seyitömer Aile Sağlığı Merkezi	Ebe

Ek- 3 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Aşamalar

<p>1.Aşama Her bir personel grubunun senelik izin, mazeret izni, hastalık izni gibi nedenlerden bir yıl içinde çalışmadığı gün sayısını belirleyiniz.</p> <p style="text-align: center;">Hekim Hemşire/Ebe/sağlık memuru/ASE</p> <p>Senelik izin: Mazeret izni: Bayramlar: Hastalık izni:</p>
<p>2.Aşama Her bir personel kategorisi için personelin kurumda gerçekleştirdiği ana (önemli) aktiviteleri (işyükü bileşenlerini) listeleyin.</p> <p>Bu ana aktiviteler hep birlikte personelin yıllık toplam aktif çalışma süresini kapsayan aktivitelerdir.</p> <p>Yani diğer bir deyişle personel grubunun neredeyse işyükünün tamamını oluşturan aktivitelerdir.</p>
<p>3.Aşama Her bir personel kategorisi için listelenen aktiviteler (işyükü bileşenleri) içinden hizmet istatistikleriyle bağlantılı olanları belirleyiniz.</p> <p>Örneğin normal doğum aktivitesi ile ilgili hizmet istatistiği normal doğum sayısıdır.</p>
<p>4.Aşama Hizmet istatistikleri ile bağlantılı olan aktiviteler için aktivite standartlarını (her bir aktivite için gereken birim süreyi) belirleyiniz.</p> <p>Örneğin poliklinik sayısı ile ilintili aktivite poliklinik muayene, aktivite standardı 10 dakika/hasta.</p>
<p>5.Aşama Hizmet istatistikleri ile bağlantılı olmayan aktiviteler için bireysel ve kategori ayarlama standardını belirleyiniz.</p> <p>Örneğin idari işler, hiç bir hizmet istatistiği ile bağlantılı bir aktivite değildir. Hemşirelerin günde 20 dakika idari işler için ayırdığını varsayalım.</p> <p>Bu durumda 20 dakika/gün hemşireler için kategori ayarlama standardı olarak belirlenir.</p>

Ek- 4 İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Aktivite ve Ayarlama Standartlarının Belirlenmesi: Formlar

Personel kategorisi: Toplum Sağlığı Merkezinde Görevli Hekim		
İşyükü grubu	İşyükü bileşeni	Aktivite/ayarlama standardı
A. Yıllık hizmet istatistiklerinde belirtilen aktiviteler	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
B. ASM'de görevli tüm aile sağlığı elemanlarının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
	2	
	3	
	4	
C. ASM'de görevli belli sayıda aile sağlığı elemanının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
	2	
	3	
	4	

Personel kategorisi: Toplum Sağlığı Merkezinde Görevli Hemşire

İşyükü grubu		İşyükü bileşeni	Aktivite/ayarlama standardı
A.	Yıllık hizmet istatistiklerinde belirtilen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
B.	ASM'de görevli tüm aile sağlığı elemanlarının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
C.	ASM'de görevli belli sayıda aile sağlığı elemanının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	

Personel kategorisi: Aile Sağlığı Merkezinde Görevli Hekim

İşyükü grubu		İşyükü bileşeni	Aktivite/ayarlama standardı
A.	Yıllık hizmet istatistiklerinde belirtilen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
B.	ASM'de görevli tüm aile sağlığı elemanlarının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
C.	ASM'de görevli belli sayıda aile sağlığı elemanının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	

Personel kategorisi: Aile Sağlığı Merkezinde Aile Sağlığı Elemanı

İşyükü grubu		İşyükü bileşeni	Aktivite/ayarlama standardı
A.	Yıllık hizmet istatistiklerinde belirtilen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
B.	ASM'de görevli tüm aile sağlığı elemanlarının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	
C.	ASM'de görevli belli sayıda aile sağlığı elemanının gerçekleştirdiği ve hizmet istatistiklerinde belirtilmeyen aktiviteler	1	
		2	
		3	
		4	

Ek- 5 Ankara’da Yüz yüze görüşme yapılan ASM’lerin özellikleri

1. Kentsel bölgede hizmet veren, tek bir aile hekimin çalıştığı bir ASM
2. Kentsel bölgede hizmet veren, iki aile hekiminin çalıştığı bir ASM
3. Gecekondu bölgesinde hizmet veren, sekiz aile hekiminin çalıştığı bir ASM
4. Gecekondu bölgesinde hizmet veren, beş aile hekiminin çalıştığı bir ASM (A Grubu)
5. İstasyon hizmeti verilen, köy ve üniversiteli öğrenci nüfusunun çok olduğu bölgede, üç aile hekiminin çalıştığı bir ASM (D Grubu)
6. Kırsal bölgede hizmet veren, tek bir aile hekimin çalıştığı bir ASM

Ek- 6 Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği izleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, Örnek Veri Seti

AY ADI	HEKİM İL	BEBEK SAYISI	HEKİM S.	KK HASTA S.	GH HASTA S.	GEBE S.	GEBE İZL GER	GEBE İZL YAP
OCAK	ADANA	33960	594	2105979	173562	21356	10254	10246
OCAK	ADİYAMAN	10511	166	571590	150309	6587	2931	2915
OCAK	AFYONKARAHİSAR	9965	194	680692	182931	6415	3208	3205
OCAK	AĞRI	11675	146	505346	168676	5776	2422	2390
OCAK	AKSARAY	6099	107	378103	87216	3536	1656	1656
OCAK	AMASYA	3700	95	326923	44881	2319	1165	1159
OCAK	ANKARA	64096	1264	4765159	101064	31510	15429	15418
OCAK	ANTALYA	29507	548	1988773	94978	16843	8522	8513
OCAK	ARDAHAN	1508	30	102380	62708	989	402	398
OCAK	ARTVİN	1760	47	160148	58842	1083	481	481
OCAK	AYDIN	11600	284	969321	182798	7851	3919	3910
OCAK	BALIKESİR	12014	322	1121725	272381	7187	3613	3599
OCAK	BARTIN	2087	59	185224	45685	1231	627	626
OCAK	BATMAN	11045	140	504418	64981	5432	2241	2216
OCAK	BAYBURT	1058	24	77051	23585	611	248	248
OCAK	BİLECİK	2355	59	199193	33803	1535	751	747
OCAK	BİNGÖL	4245	73	252864	80756	2671	1274	1246
OCAK	BİTLİS	6463	90	315490	118989	3673	1818	1798
OCAK	BOLU	3280	82	282699	35295	2052	1013	1012
OCAK	BURDUR	2724	78	250061	61486	1755	861	859
OCAK	BURSA	36362	731	2667456	195559	26528	11805	11758
OCAK	ÇANAKKALE	4928	131	473489	139717	3168	1493	1493
OCAK	ÇANKIRI	1929	46	159303	21941	1275	571	548
OCAK	ÇORUM	6448	166	531052	97769	3867	1895	1883
OCAK	DENİZLİ	11911	270	953609	169914	8415	3820	3809
OCAK	DIYARBAKIR	32704	413	1500919	368223	16510	7601	7571
OCAK	DÜZCE	4521	96	336486	54063	2860	1321	1320
OCAK	EDİRNE	3792	113	394158	68473	2129	1078	1078
OCAK	ELAZIĞ	7835	167	556546	83552	4377	2103	2091
OCAK	ERZİNCAN	2859	63	211219	47507	1528	723	720
OCAK	ERZURUM	12522	236	781100	248128	7757	3333	3315
OCAK	ESKİŞEHİR	8312	214	760705	38281	5736	2667	2664
OCAK	GAZİANTEP	40215	454	1720480	157636	22956	11406	11389
OCAK	GİRESUN	4374	119	418314	120190	2294	1200	1198
OCAK	GÜMÜŞHANE	1453	42	122680	36615	902	395	393
OCAK	HAKKARİ	3972	63	230330	72070	1637	666	653
OCAK	HATAY	26595	398	1455447	184075	15457	7967	7938
OCAK	İĞDIR	3346	53	188141	57342	1929	814	813
OCAK	İSPARTA	4670	126	402778	91948	3168	1448	1445
OCAK	İSTANBUL	192732	3549	13191105	72007	107968	53962	53653
OCAK	İZMİR	46912	1129	3928660	202512	32350	14780	14757
OCAK	KAHRAMANMARAŞ	19463	279	1000959	169853	11672	5689	5655
OCAK	KARABÜK	2312	67	217858	24544	1331	674	657
OCAK	KARAMAN	3238	73	236583	50668	2052	1008	1007
OCAK	KARS	4527	80	270724	125920	2936	1176	1139
OCAK	KASTAMONU	3780	102	342625	116953	2224	1064	1060
OCAK	KAYSERİ	20346	361	1251435	138774	12336	5930	5927
OCAK	KIRIKKALE	2981	85	275870	27679	1842	885	885
OCAK	KIRKLARELİ	3105	94	333062	60525	2030	1020	1017
OCAK	KİRŞEHİR	2529	67	220777	44866	2012	738	738
OCAK	KİLİS	2104	35	120844	28753	1443	707	704
OCAK	KOCAELİ	24627	420	1565337	50130	15075	7582	7565
OCAK	KONYA	31993	557	2026887	266439	20546	9836	9833
OCAK	KÜTAHYA	6094	174	562916	125224	3985	2067	1612
OCAK	MALATYA	11170	205	741740	97616	6358	3097	3095
OCAK	MANİSA	16529	383	1317274	243219	11503	5516	5507
OCAK	MARDİN	15805	190	700808	203535	8356	4202	4194
OCAK	MERSİN	24848	449	1654196	184744	15625	7779	7776
OCAK	MUĞLA	10134	230	822737	151436	6024	3055	3052
OCAK	MUŞ	6811	108	367034	141389	4594	1864	1748
OCAK	NEVŞEHİR	3914	85	293476	74109	2557	1256	1256
OCAK	NİĞDE	5365	98	328925	70876	3380	1691	1691
OCAK	ORDU	8572	187	680097	113709	5124	2662	2659
OCAK	OSMANIYE	8180	140	491235	71584	6617	2380	2352
OCAK	RİZE	3944	93	317349	38869	2392	1161	1160
OCAK	SAKARYA	12043	246	894876	136289	8052	3576	3571
OCAK	SAMSUN	15708	353	1236738	193071	10167	4989	4985
OCAK	SİİRT	6198	77	286293	81033	2934	1306	1296
OCAK	SİNOP	2058	57	200396	66274	1425	622	619
OCAK	SİVAS	8639	175	601680	146618	5637	2785	2784
OCAK	ŞANLIURFA	42109	449	1672425	534884	20289	9275	9221
OCAK	ŞİRNAK	8565	113	408299	65367	4781	1751	1641
OCAK	TEKİRDAĞ	11184	219	811999	87590	6614	3338	3337
OCAK	TOKAT	7298	169	581692	145809	4211	2142	2140
OCAK	TRABZON	9456	217	762262	158511	5384	2616	2613
OCAK	TUNCELİ	751	23	67587	19482	484	185	184
OCAK	UŞAK	4031	106	351675	87574	2709	1328	1328
OCAK	VAN	15274	248	882688	279219	9707	3615	2335
OCAK	YALOVA	2338	54	202284	26591	1327	705	701
OCAK	YOZGAT	5743	129	450682	160988	3805	1794	1794
OCAK	ZONGULDAK	7217	173	607437	130833	4093	2117	2113

KAYNAKLAR

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM), (2013).2012-2013 Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr. Erişim: Haziran 2013

Sağlık Bakanlığı (SB), (2013). Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı veri tabanı

Sağlık Bakanlığı (SB), (2013). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı

Shipp, P (1998). Workload Indicators of Staffing Needs, A manual for Implementation, World Health Organisation.