

Ülkemizde sağlık alanında işgücü ve işyükü planlanması yeterince yapılmamaktadır. Bu konudaki veri tabanları yetersizdir. Tartışmalar bilimsel raporlara ve gerçeklere dayanmadan yapılmaktadır. Ciddi bilimsel çalışmalar yapmadan, ülkemizde genel cerrahi uzman sayısının yetersiz olduğunu öne sürerek ve diğer etkenlerden bağımsız olarak genel cerrah sayısını arttırmaya çalışarak cerrahi sağlık hizmeti sunumu iyileştirilemez.

Türk Cerrahi Derneği (TCD)'nin temel görevlerinden biri, ülkemizde cerrahi alanında sunulan sağlık hizmetinin iyileştirilmesi için çalışmaktır. TCD, bir genel cerrahi uzmanının nitelikli hizmet verebilmesi için uygun bir ekip içinde ve yeterli altyapı ve donanım ile çalışması gerektiğine inanır.

Bu rapor Ağustos 2008 yılında Türk Cerrahi Derneği bünyesinde oluşturulan TCD Genel Cerrahi İnsan Gücü ve İşyükü Çalışma Grubu'nun Ağustos 2009 tarihine kadar yürüttüğü bir yıllık çalışmalar sonucu oluşturulmuştur. Bu rapor, bu nedenle özellikle genel cerrahi uzmanı sayısı ve ülke genelindeki dağılımı açısından güncel durumu saptamayı, var olan insan gücünün etkin kullanılmasına yönelik öneriler getirmeyi ve gelecekteki insan gücü gereksinimi ile kestirimlerde bulunmayı amaçlamıştır.

Genel cerrahide insan gücü çalışmaları

Uluslararası literatüre bakıldığında, pek çok ülkede cerrah gereksiniminin önceden öngörülme çalışıldığı ve buna uygun sayıda uzman yetiştirildiği görülmektedir. Genel Cerrahi ile ilgili en dikkat çekici çalışmalara Birleşik Krallık, Avusturalya, Yeni Zelanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde rastlanmaktadır^[3-26]. Bu ülkelerin her birinde Ulusal Sağlık İnsan Gücü Tavsiye Kurulları olduğu ve yıllık raporlar yayınladığı dikkat çekmiştir.

Genel olarak sağlık insan gücü planlamasında gereksinime göre, sağlık hizmeti hedeflerine göre, talebe göre ve nüfus oranlarına göre olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır. Cerrahi insan gücü planlamasında ilk üç yöntemden birini kullanabilmek için, basitçe, hizmet sunulan toplumun bu alandaki gereksinimini (cerrahi iş gereksinimi; toplumun cerrahi hastalık yükü) ve cerrahların da bu işi karşılamak üzere uygun işyüklerini (yıllık gününbirlik/acil/elektif ameliyat sayıları, ayakta ve yatarak cerrahi bakım gören hasta sayılarını, cerrahların haftalık/aylık çalışma saatlerini, aktif ve icap nöbet saatlerini, emekli olma ve aktif çalışma yaşamından ayrılma eğilimlerine göre ortalama cerrahlık yapma sürelerini) öngörmek gerekir. Bunun yanı sıra, her ulusun ulusal sağlık otoritesinin öncelikler ve kaynaklar doğrultusunda gerçekleştirilmesi gereken özgün hedefleri olması gerekir. Bu ölçütler doğrultusunda gerekli genel cerrahi uzman sayısı hesaplanabilir. Ülkemizde pek çok genel cerrahi uzmanının, optimal olmayan koşullarda ve çoğu kez meslektaş, yardımcı sağlık personeli ve

tıbbi / cerrahi olanaklar açısından yetersiz durumda çalıştığı, bilinen bir gerçektir. Diğer bir genel saptama da, ülkemizde genel cerrahların pek çoğunun, bu olumsuz koşullara rağmen, bir adanmışlıkla ve genellikle yasal çalışma sürelerinin üzerinde çalıştıklarıdır.^[27]

Sağlık alanında işgücü planlamaları yapılırken maalesef uluslararası karşılaştırmalar yapmak olanaklı değildir. Ülkelerin sağlık sistemleri birbirlerinden farklı olduğu için insan gücü ile ilgili doğrudan karşılaştırmalar yapmak geçerli olmaz^[12].

Uzman hekimler bazı ülkelerde, bazı branşlarda birinci basamakta çalışmaktadırlar. Örneğin ABD’de uzman hekimlerin dahiliye, çocuk ve kadın doğum uzmanlarının birinci basamak sağlık hizmetinde yer aldıklarını görüyoruz. Oysa pek çok Avrupa ülkesinde ve ülkemizde durum böyle değildir.

Ayrıca genel cerrahi uzmanlarının karşıladıkları cerrahi işyükünün niteliği de ülkeden ülkeye değişmektedir.

Ülkeler arasında tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi eğitim süresi, genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresi ve buna bağlı olarak ortalama genel cerrahi uzmanı olma yaşı ve aktif cerrah olarak çalışma süresi farklılıklar göstermektedir^[28-31].

Ülkelerin nüfus özelliklerindeki farklılıklar da uluslararası karşılaştırma yapılmasını engeller niteliktedir. Gelişmiş ülkelerde, Batı Avrupa’da ve Kuzey Amerika’da, yaşlanan nüfusun, özellikle 65 yaş üstü nüfusun, cerrahi tedavi gereksinimi oldukça yüksektir. Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü yaş grubunun cerrahi gereksinimi, ortalama nüfusun 3 katı kadar hesaplanmıştır^[33]. ABD’de cerrahi insan gücü hesaplamalarında cerrah açığı, ülkenin yaşlı nüfus oranına ve bu yaşlı insanların artan cerrahi tedavi gereksinimine dayandırılmaktadır^[32].

Ülkelerin tıbbi teknoloji üretimi ve kullanımı birbirinden çok farklıdır. Küresel etkilenmelere rağmen tıbbi teknoloji kullanımı ülkenin sağlık sistemi ve genel refah düzeyi ile yakın ilişkilidir. Sağlık alanında işgücü çalışmalarında gelecek dönük tahminler yapılırken tıbbi ve cerrahi tedavi ve tekniklerdeki değişikliklerin tam olarak öngörülemediği gerçeği diğer bir kısıtlılıktır.

Farklı toplumların kültürel farklılıkları (örneğin, semptomlara karşı tolerans, cerrahi riski kabullenme ve cerrahi camialardaki tarz farkları) cerrahi girişim oranını ciddi olarak etkilemektedir^[12]. Birbiri ile karşılaştırılabilir ülkeler arasında bile cerrahi girişim oranları 3 kat farklılık gösterebilmektedir^[12]. Ülkeler arasında yıllık cerrahi girişim sayıları ciddi farklılıklar gösterir; örneğin, 2004 yılında Etyopya için bu oran 100 bin nüfus için 148 cerrahi girişim iken, Macaristan için 23.369 / 100.000’dir^[34].

Cerrahi girişim sayısı ile kişi başına sağlık harcaması arasında anlamlı bir ilişki vardır^[34]. 2004 yılı için verisi bulunan 56 ülkede gerçekleşen toplam 234,2 milyon cerrahi girişimin 172,3 milyonu (%73,6’sı) orta ve yüksek sağlık harcaması yapan ülkelerde gerçekleşmiştir. En yoksul ülkelerde (nüfusun %34,8’i) yaşayanlara ise tüm cerrahi girişimlerin yalnızca %3,5’i uygulanmıştır. Ülkelerin sağlık harcamaları ile cerrahi girişim sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu durum bir kez daha cerrah işgücü planlamalarında uluslararası karşılaştırmaların anlamsızlığını vurgulamaktadır.

Tüm bu nedenlerle her ülkenin kendi sağlık insan gücü planlamasını özgün olarak yapması gerekir.

Hekimlerin ülke geneline istenilen oranlarda dağılmadığı yaygın bir sorundur. Avustralya’da ülkenin kuzeyinde genel cerrah sayısı en az, güneyinde ise en fazla olarak saptanmıştır^[8]. ABD, 2007 yılında yapılan bir

ankette genel cerrahi uzmanlarının %34'ünün metropol şehirlerde (nüfusu 250.000'den fazla), %35'i varoş şehirlerde (nüfusu 50.000 – 250.000'den arasında) ve %31'i kırsal bölgede (nüfusu 50.000'den az) çalıştığı saptanmıştır^[35]. OECD raporlarında Meksika ve Türkiye pratisyen ve uzman hekimlerin ülke geneline dağılım bozukluğunun büyük boyutta olduğu iki ülke olarak vurgulanmaktadır ^[1,36].

Çalışmanın Veritabanı

Bu çalışma için Mart 2009 tarihinde, TCD'ne üye olan ve üye olmayan genel cerrahi uzmanı verileri güncelendi ve oluşturulan TCD Genel Cerrahi Uzmanı veri tabanı bu çalışmada esas alındı.

TCD Genel Cerrahi Uzmanı veri tabanı il bazında SB verileri ile karşılaştırılarak veri güvenilirliği sağlandı.

Genel cerrahi asistan sayıları ise TCD tarafından 2009 Mart ayında Üniversite Hastaneleri ve SB Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Genel Cerrahi Klinikleri Anabilim Dalı Başkanları ve Klinik Şefleri'nden sağlanmıştır.

Türkiye'de Genel Cerrahi Ameliyatları 2003-2009 bölümü ile ilgili veriler Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün, Türk Cerrahi Derneği'nin isteği üzerine ilettiği 2003- 2009 yıllarını kapsayan veriler temel alınarak hazırlanmıştır.

Bunun dışında SB, TÜİK, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Birleşmiş Milletler (BM) ve OECD'nin veri tabanlarından yararlanıldı. İlgili veri tabanlarına metin içinde atıfta bulunuldu. Zaman dilimleri olarak bu belgede çoğunlukla Aralık 2003, Aralık 2007 ve Mart 2009 tarihleri alınmış ve bu tarihlere ait veriler karşılaştırılmıştır. Nüfus ve coğrafi veriler TÜİK'ten, insani gelişim endeksi BM'den, sosyoekonomik gelişme endeksi DPT'den derlenmiştir. Cerrah ve cerrahi işlem sayıları ve ilgili değişkenlere ilişkin veriler OECD'den alınmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Genel Kurmay Başkanlığı arasındaki protokole göre asker hastanelerinde belli kontenjanda sivil hasta kabul edildiği bilinmesine karşın, söz konusu askeri hastanelerde asker aileleri emeklileri de sivil vatandaş olarak yaygın bir şekilde cerrahi sağlık hizmeti aldıkları için çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Çalışmanın yöntemi

Genel olarak sağlık insan gücü planlamasında gereksinime göre, sağlık hizmeti hedeflerine göre, talebe göre ve nüfus oranlarına göre olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır. Bu çalışmada, ülkemizde diğer yöntemlerle ilgili verilere ulaşmada kısıtlılıklar olduğu için, başta Birleşik Krallık olmak üzere pek çok ülkenin kullandığı nüfus oranına göre genel cerrahi uzmanı yöntemi tercih edilmiştir.

Belli bir nüfus başına düşmesi gereken cerrah sayısı uluslararası literatürde 4-7/100.000^[2-25, 15 Temmuz 2009'da kişisel görüşme] olarak alınmaktadır. Sağlık işgücü çalışmaları alanında tıbbi literatür incelendiğinde en sürekli, tutarlı ve nitelikli raporların Birleşik Krallık'a ait olduğu görülmektedir^[2-6]. Bu raporların tümünde nüfus başına genel cerrahi uzmanı oranı olarak 1/ 25.000 kullanılmaktadır^[2-6].

ABD'nin genel cerrahi işgücü planlamaları ile ilgili genel yaklaşımı, ideal bir standarttan olmaktan çok varolan sayıları temel almak ve nüfusun yıllar içindeki değişimine bakarak kestirim yapmaktır. *Graduate Medical Education National Advisory Committee – GMENAC* 1980 yılında 4-7 / 100.000 şeklinde bir öneride bulunmuştur^[15]. Poley çalışmasında genel cerrah oranı için 4-7 / 100.000'in altını almaktadır^[25].

Biz bu çalışmada, genel cerrahi uzmanlarına odaklandığımız ve ülkemizde diğer ülkelerden kısmen farklı olarak pediatrik cerrahi, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi ve travmatoloji gibi alanlar tamamen ayrı uzmanlık alanları olup genel cerrahi işyükü içinde olmadığı için 1 / 25.000 oranını temel aldık.

Bu çalışmanın birincil amacı, ülkemizde aktif çalışan genel cerrahi uzmanı sayısını doğru olarak saptamaktır. Aktif çalışan genel cerrahi uzmanını, genel cerrahi uzmanlık diploması olan, üst ihtisas yapmamış. 65 yaşın altında, herhangi bir kurumda genel cerrah olarak çalışan hekim olarak tanımladık. Akademik merkezlerin eğitici kadrolarında çalışan profesör, doçent, yardımcı doçent, klinik şefi, şef yardımcısı ve başasistanlar da aktif çalışan genel cerrahi uzmanı olarak değerlendirilmiştir.

İkinci amacımız 25.000 kişiye 1 genel cerrahi uzmanı standardına göre ülkemizdeki toplam genel cerrah sayısının ve il nüfuslarına göre illerde çalışan genel cerrahi uzmanı sayılarının yeterli olup olmadığını araştırmaktır. Üçüncü olarak, hekimlerin kamu ve özel sektörde illerin nüfuslarına göre ülke geneline nasıl dağıldığı, şehir ve taşradaki farklılaşmalar araştırılmıştır. Genel cerrahi uzmanlarının dağılımı ortaya konduktan sonra illerin insani gelişmişlik endeksi/sosyoekonomik gelişme endeksi, hasta yatağı kapasitesi ile genel cerrahi uzmanı dağılımları arasındaki uyuma bakılmıştır

Bulgular ve İrdeleme

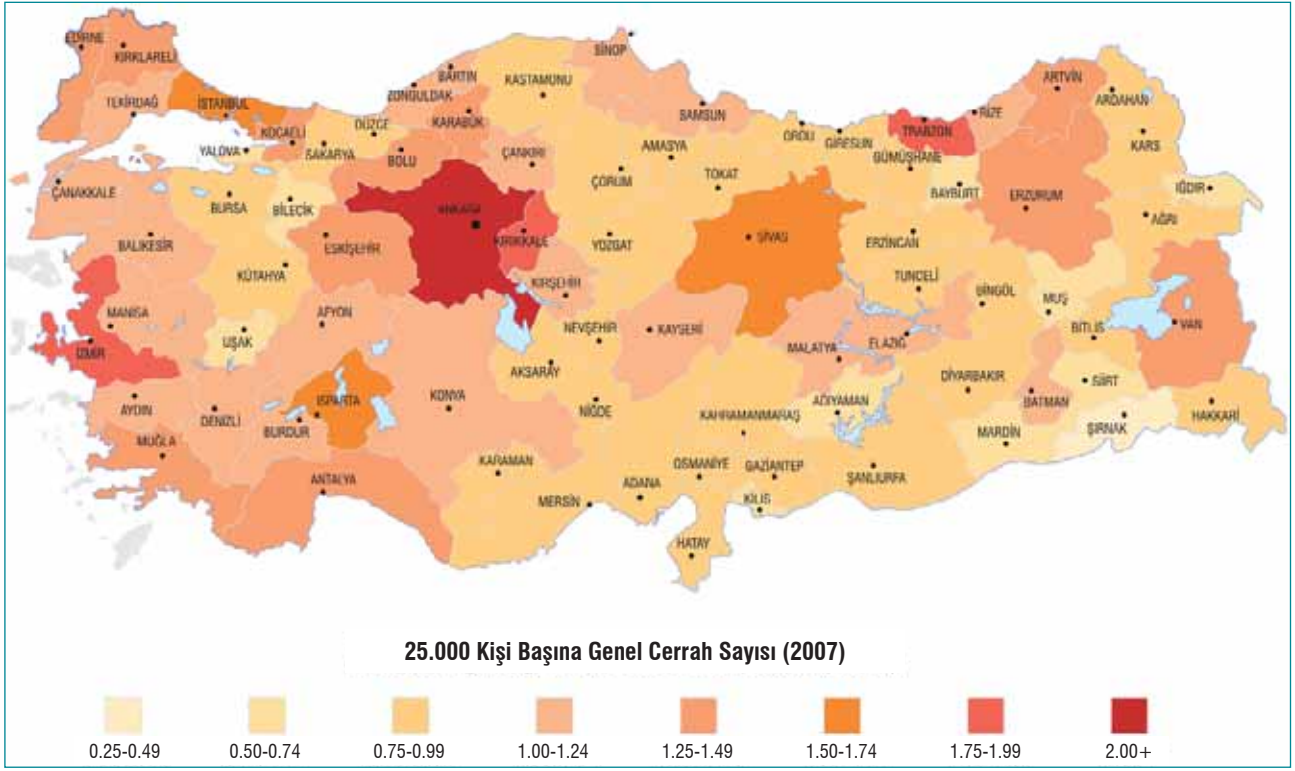
Genel cerrahi uzmanı dağılımı

Türkiye’de Aralık 2007 tarihi itibari ile 3594 aktif çalışan genel cerrahi uzmanı vardır.

- Genel cerrahlar büyük kentlerde toplulaşmıştır. Bu tür bir toplulaşma, ülkelerin çoğunda görüldüğünden bu sapmanın boyutları önemlidir:
 - Türkiye’de genel cerrahların beşte birinden fazlası İstanbul’da çalışmaktadır.
 - Türkiye’de genel cerrahların % 40’ı İstanbul, Ankara ve İzmir’de çalışmaktadır.
 - Türkiye’de genel cerrahların yarıdan fazlası 8 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Konya, Kocaeli ve Adana) toplulaşmıştır: Genel cerrahların %56’sı nüfusun %44’ünü oluşturan 8 ilde, geri kalan %44’ü ise nüfusun %56’sını oluşturan diğer illerde çalışmaktadır.

Standartlar

- 25.000 kişi başına 1 genel cerrah düşmesi gerektiği bir standart olarak dikkate alındığında :
 - Türkiye toplamında bu değer 1,27’dir: Standarda göre toplamda %27’lik fazlalık vardır.
 - 25.000 kişi başına yalnızca kamuda çalışan genel cerrah oranı 1,09’dur: Yalnızca kamuda istihdam edilen genel cerrahlar standart açısından yeterlidir.
- 25.000 kişi başına genel cerrah dağılımı, bize eksiklik ya da fazlalığın bulunduğu illeri göstermektedir:
 - Şırnak, Siirt, Muş ve Uşak’ta ciddi boyutlarda genel cerrah açığı (%50) vardır.



- Aydın, Tekirdağ, Kırşehir, Zonguldak, Rize, Afyon, Batman, Kayseri, Manisa, Çanakkale, Çankırı, Samsun, Bartın, Konya, Denizli, Malatya, Balıkesir, Elazığ, Sinop ve Burdur 25.000 kişiye düşen genel cerrah sayısı bakımından Türkiye ortalamasının altında gözükmesine karşın, 1/25.000 standardı bakımından gereksinimin üzerindedir.
- 25.000 kişi başına genel cerrah sayısında fazlalığın büyük oranda görüldüğü iller ağırlıklı Ankara, İzmir ve İstanbul'dur: Ankara'daki fazlalık % 200'dür.

Dağılımdaki bu bozukluğun nüfusa etkisi büyüktür:

- Toplam nüfusun %15'i için 25.000 kişi başına genel cerrah sayısı yeterli, %33'ü için az, %52'si için ise fazladır.
- İstanbul, gerek nüfus büyüklüğü gerekse toplulaşmanın en yoğun olduğu için ayrıca ilçe düzeyinde çalışılmıştır. Bu çalışma ölçek küçüldükçe dağılımdaki anormalliğin olağanüstü arttığını göstermektedir: 25.000 kişi başına genel cerrah sayısı gerekli olandan Kartal'da 40, Kadıköy'de 80, Şişli'de 106, Fatih'te 157 kat fazladır. Elbette bu anormalliğin nedeni, üniversite, eğitim-araştırma hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarının bu ilçelerde toplulaşması ve bu ilçelerin bir bütün olarak 'sağlık merkezi' gibi işlev görmesidir. Ancak burada sorgulanması gereken, bu toplulaşmanın nedeni değil, 'gerekliliği'dir. Bu olağanüstü toplulaşmanın sağlık hizmetine erişim açısından ne ölçüde soruna yol açtığı, özellikle İstanbul için var olan deprem riski nedeniyle, ayrıca çalışılmak zorundadır.
- 25.000 kişi başına genel cerrah sayısı ile illerin İnsani Gelişim Endeksi (Birleşmiş Milletler) ve Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi (Devlet Planlama Teşkilatı) arasındaki ilişki de bozuktur.

Sağlık altyapısı ve diğer sağlık çalışanları

Sağlık altyapısına ilişkin veriler içinde şu anda kullanılabilir tek gösterge hastane yataklarıdır.

Genellikle 1.000 kişi başına hastane yatağı ya da 100 hastane yatağı başına hekim sayısı olarak uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan bu göstergeyi, genel cerrah başına hastane yatağı biçiminde kullandığımızda önemli sonuçlar elde etmekteyiz:

- Kişi başına hastane yatağı bakımından alt sıralardaki iller, doğal olarak genel cerrah başına hastane yatağı sıralamasında da alt sıralarda yer almaktadırlar.
- Şırnak, Mardin, Ağrı, Hakkari gibi illerde ise hem hastane yatakları hem de genel cerrah sayısı çok düşüktür. Bu veri sosyoekonomik gelişmişlik endeksiyle birleştirildiğinde iller düzeyinde daha açık bir görünüm oluşmaktadır: Yalova ve Adana'da genel cerrah sayısındaki azlığa eşlik eden altyapı sorununun, hiç de ilin sosyoekonomik yapısından kaynaklanmadığı; Ankara, İzmir, Kocaeli, İstanbul'da sağlık altyapısıyla uyumsuz bir genel cerrah fazlalığı olduğu; Hakkari, Mardin, Ağrı, Şanlıurfa, Kars, Şırnak ve Ardahan'da hem altyapının hem de genel cerrah sayısının yetersiz olduğu açıktır.
- Sağlık altyapısına eşlik eden önemli bir gösterge (diş hekimleri, eczacılar ve sağlık memurları dahil) toplam sağlık çalışanları içinde genel cerrahların oranıdır.

Genel cerrahların illere dağılımı, toplam sağlık personelinin dağılımı ile aynı dokudadır.

Urfa, Ağrı, Antep, Hakkari, Mardin, Bitlis, Kars, Muş, Şırnak, Kilis, Adıyaman, Iğdır ve Siirt'te genel cerrah eksikliğine toplam sağlık personeli eksikliği de eşlik etmektedir.

- Genel cerrahların uzman hekimler içindeki oranı da önemli bir göstergedir.

Uzman hekim dağılımı ile genel cerrah dağılımının benzer dokuda olduğunu görüyoruz.

Van, Batman, Artvin, 1.000 kişi başına uzman hekim sayısı bakımından en kötü durumda olmalarına karşın genel cerrah fazlası olan illerdir. Kırıkkale, Isparta, İzmir, İstanbul, Edirne ve Ankara'da uzman hekim yığılması, genel cerrah fazlalığına; Şırnak, Kilis, Uşak, Siirt, Bayburt ve Yalova'da uzman hekim azlığı, genel cerrah eksikliğine eşlik etmektedir.

- Genel cerrahların hekimler içindeki oranı ise dağılımları bakımından çok açık bilgiler vermektedir:

Şanlıurfa, Bitlis, Kars, Çorum gibi illerde hekim sayısı da genel cerrah sayısı da azdır. Tunceli, Erzincan, Adana, Bursa, Yalova gibi illerde hekim sayısı Türkiye ortalamasının üzerindedir, ancak genel cerrah sayısı gerekenden azdır. Sivas, Edirne, Ankara, Isparta, İzmir, İstanbul, Kırıkkale ve Trabzon hem hekim sayısı bakımından hem de genel cerrah fazlalığı bakımından en üst sıralardadırlar.

■ TCD'nin Haziran 2009'da yerinde derlediği cerrahi altyapı ile ilgili bilgiler, konuya ilişkin yeterince bilgi vermektedir: Örneğin,

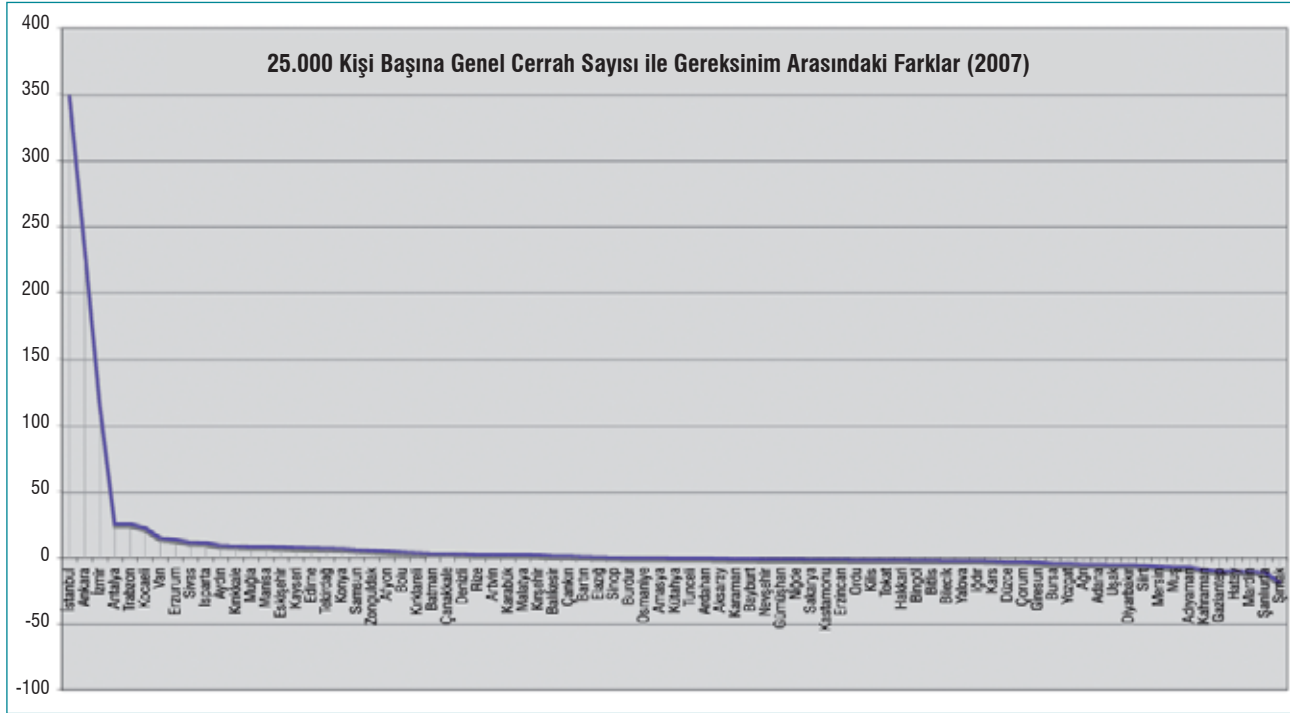
- Şanlıurfa'da yaklaşık 100.000, Yozgat'ta 75.000, Muş'ta 30.000 kişi ameliyathaneden yoksundur.
- Yozgat'ta yaklaşık 100.000, Şanlıurfa'da 60.000, Muş'ta 60.000 kişi için ne anestezi uzmanı ne de anestezi teknisyeni vardır.
- Bu illerin hiçbir ilçe merkezinde, patoloji uzmanı, yoğun bakım ünitesi ve kan bankası yoktur. Yani, 3 kentte toplam 1.300.000 kişi bu sağlık hizmetleri için il merkezine gitmek zorundadır.

Sisteme girecek yeni uzman sayısı

Ülkemizde 2009 yılı itibari ile 1.005 hekim genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi almaktadır. Bunların yaklaşık %60'ı (625) üniversite hastanelerinde %40'ı (380) ise Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yapmaktadır.

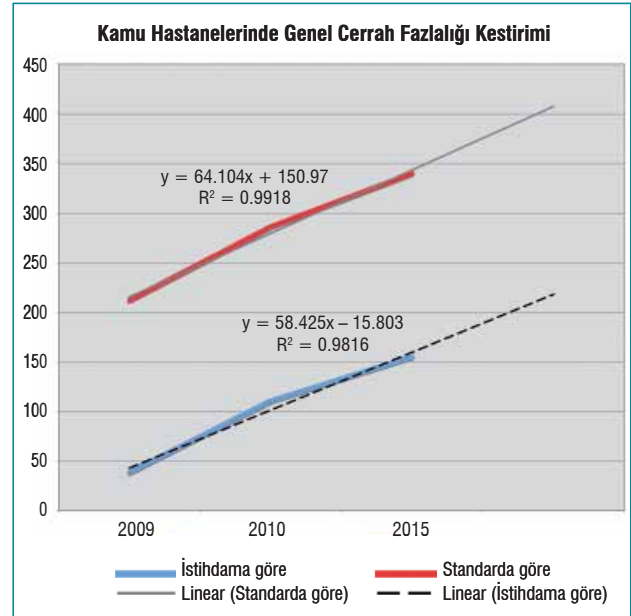
Gelecek ve kestirim

■ Aşağıdaki grafik, dağılımdaki dengesizliğin ve fazlalığın adresini göstermektedir: İstanbul, Ankara, İzmir ve Antalya.



2007 yılında 25.000 kişi başına düşen genel cerrah sayısı, 2009 yılı gereksiniminin bile üzerindedir. 2009 yılında Türkiye nüfusu için 2.876 genel cerrah gerekmektedir. 2007 verilerin göre ise çalışmakta olan genel cerrah sayısı 3.594'tür. Yani Türkiye'nin genel cerrah dağılımı bozukluğu bir şekilde düzeltilirse 2007 yılı verileriyle 700 genel cerrah fazlası vardır denilebilir.

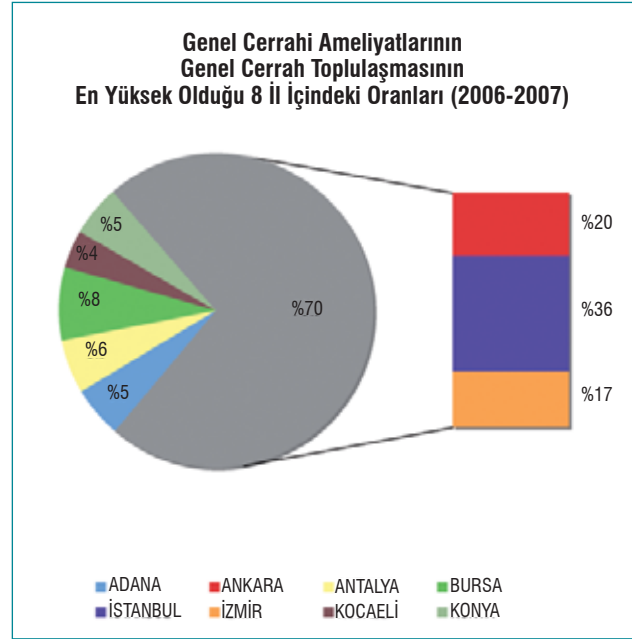
■ Önceki bölümlerde de değinildiği gibi, genel cerrah istihdamında Sağlık Bakanlığı'nın ağırlığı büyüktür. Bu nedenle dağılımdaki bozuklukta Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunu irdelemek gerekir: 2003-2007 arasında Sağlık Bakanlığı, bağlı kurumlardaki genel cerrah istihdamını her yıl ortalama 220 kişi arttırmıştır.



- 2020 yılında en az 3.400 genel cerrah kamuda istihdam edilecektir. Bu dönemin sonunda meslekten ayrılmış olanlar ve asistanlıktan gelenler hesaba katıldığında bu sayının en az 3.800 olması beklenir. TÜİK'in 2020 kestirimine göre Türkiye'nin nüfusu 81 milyona yakın beklendiğinden, 25.000 kişi başına 1 genel cerrah standardına göre, 2020 yılı için Türkiye'nin gereksinimi 3.200 genel cerrahdır. Kısacası, istihdama göre en az 250, standarda göre ise en az 400 genel cerrah 2020 yılında sağlık sistemine fazla olarak giriş yapacaktır.

Genel cerrahi ameliyatları Türkiye dağılımı

- Genel cerrahi ameliyatlarının yarıya yakını büyük ameliyatlardır (son 5 yıl ortalaması %48).
- Son 5 yılda genel cerrahi ameliyatları toplam olarak 350 binden 1 milyonun üzerine çıkmıştır. Bu dönemde genel cerrahi ameliyat sayısında toplam artış oranı %192'dir. Bu değişim içinde dikkat çeken olan küçük ameliyatlardır: 5 yıl içinde küçük ameliyatlara yaklaşık 5 kat artmıştır.
- Diğer yıllardaki veri eksikliğine karşın, 2005-2006 yıllarındaki eksiksiz veri, genel cerrahi ameliyatlarının illere dağılımına ilişkin fikir vermektedir:



- Genel cerrahi ameliyatlarının %51'i, genel cerrahların toplulaştığı saptanan 8 ilde yapılmaktadır.
- Toplam genel cerrahi ameliyatlarının dağılımında 3 büyük ilin (İstanbul, Ankara, İzmir) bu 8 il içindeki oranı %70, Türkiye içindeki oranı %37'dir.
- Ancak, 2007 yılından itibaren bu tablo değişmektedir: Diğer illerde yapılan genel cerrahi ameliyatlarının oranı %54'e ulaşmıştır.
- Antalya, Konya ve İstanbul'da küçük genel cerrahi ameliyatlarındaki artış dikkat çekicidir: Son 3 yılda bu ameliyatlara Antalya'da 2,5 kat, İstanbul ve Konya'da 2 kat artmıştır.

Genel cerrah ve nüfus başına ameliyatlar

Ameliyat sayısı 5 yıl içinde, genel cerrah başına 2 kat, 25.000 kişi başına 2,5 kat artmıştır. Ancak, bu artış iller düzeyinde eşitsizdir. Verilerin görece en eksiksiz olduğu 2007 yılı için değerlendirme yapılacak olursa:

- Genel cerrah toplulaşmasının en yüksek olduğu 8 il toplamında, genel cerrah başına ameliyat sayısı diğer illere göre düşüktür.
- İzmir, Konya, Adana ve Bursa'da ise genel cerrah başına ameliyat sayısı Türkiye ortalamasından 50-100 adet daha fazladır.
- Genel cerrahların en fazla toplulaştığı 8 il içinde, en yoğun toplulaşmanın olduğu Ankara ve İstanbul, genel cerrah başına ameliyat sayısının en düşük olduğu illerdir.

Türkiye toplamında ise:

- 25.000 kişi başına genel cerrahi ameliyatı sayısı ortalama 325'tir.
- 25.000 kişi başına en az genel cerrahi ameliyatı yapılan iller Bitlis (42), Batman (42), Niğde (48), Muş (58) ve Şırnak'tır (81).
- 25.000 kişi başına en çok genel cerrahi ameliyatı yapılan iller Bolu (632), Gaziantep (607), Eskişehir (599), İzmir (553) ve Burdur'dur (526).
- Genel cerrah başına ameliyat sayısı ortalama 255'tir.
- Genel cerrah başına en az ameliyat yapılan iller Batman (36), Bitlis (50) ve Niğde'dir (53).
- Genel cerrah başına en çok ameliyat yapılan iller Bayburt (744), Gaziantep (728), Siirt (539), Burdur (528) ve Uşak'tır (517).

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de genel cerrahi uzmanı eksikliği değil genel cerrahi uzmanlarının ülke geneline dağılımında ve sağlık altyapısında bozukluk söz konusudur.

- Ülkemizde sağlık alanında merkezi planlamada kullanılmak üzere işgücü ve işyükü çalışmalarına gerek vardır. Bu çalışmaların ulusal sağlık otoritesi tarafından dikkate alınması gerekir. Temel sorun, genel cerrahi uzmanı eksikliği değil, bu uzmanların ülke içine dağılımındaki bozukluktur. Genel cerrahi alanında sağlık hizmetlerini iyileştirmek isteniyorsa bu dağılım bozukluğunu gidermeye odaklanılmalıdır.
- Pek çok cerrah çağdaş koşullar olmadan, çoğu kez güvenli olmayan şartlarda ameliyat ve hasta bakımı yapmaktadır. Genel cerrahi alanında üretilen sağlık hizmetinin niteliğini ve niceliğini artırmak için gerekli alt yapı eksiklikleri (ameliyathane kullanım saati, yoğun bakım yatağı sayısı, hemşire sayısı, cerrahi hasta yatağı sayısı ve donanım yetersizliği gibi) giderilmeli ve cerrahların çağdaş koşullarda tam kapasiteyle ve hasta güvenliğini sağlayarak çalışmalarını mümkün kılacak önlemlere odaklanılmalıdır.
- Genel cerrahi uzmanı planlaması bir ekip planlaması ile birlikte yapılmalıdır: Hemşire (ameliyat / servis / yoğun bakım hemşireleri), yardımcı sağlık personeli (laborant, anestezi teknisyeni vb. gibi), tıbbi ve idari sekreter, diğer uzmanlar (anesteziyolog, patalog, radyolog, onkolog vb.gibi). Özellikle eksik olduğu pek çok raporla saptanmış bulunan hemşire sayısı hızla artırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Füsün Sayek TTB Raporları 2008 Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları Ankara 2008.
2. Kılıçturgay S. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu Deneyimi. Ed. Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara, 2009 s. 22-30.
3. The Royal College of Surgeons of England. The Surgical Workforce in the New NHS. November 2001 – Review date: 30 November 2002, London 2001. Available at: <http://www.rcseng.ac.uk/services/publications/pdf/surgworknhs.pdf> Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
4. The Royal College of Surgeons of England. The Surgical Workforce 2006. Interim report and policy update. October 2006, London Available at: <http://www.rcseng.ac.uk> Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
5. The Royal College of Surgeons of England. The Surgical Workforce 2007 update., August 2007, London Available at: <http://www.rcseng.ac.uk> Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
6. The Royal College of Surgeons of England. Giddings AEB, Cripps J. Developing a Modern Surgical Workforce. January 2005. Review date: January 2008., London, Available at: <http://www.rcseng.ac.uk> Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
7. The Royal College of Surgeons of England. Workforce Summary – General Surgery. September 2008 – England only. London, Available at: <http://www.rcseng.ac.uk> Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
8. Australian Medical Workforce Advisory Committee (1997). The General Surgery Workforce in Australia, AMWAC Report 1997.2, Sydney.
9. The Royal Australasian College of Surgeons. The Surgical Workforce 2005. Melbourne: Royal Australasian College of Surgeons, 2005.
10. Medical Council of New Zealand. The New Zealand Medical Workforce in 2005. Wellington: MCNZ, 2005.
11. Australian Medical Workforce Advisory Committee. The Surgical Workforce in Australia: An overview of supply and requirements 2004-15. Sydney, AMWAC Report 2005.
12. The Royal Australasian College of Surgeons – New Zealand National Board. Raymont A. Projections of Surgical Need: An analysis of the future need for surgery in New Zealand. November 2006, Sydney.
13. Raymont A. Simpson J. Projections of surgical need in New Zealand: Estimates of the need for surgery and surgeons to 2026. NZMJ, 2008;121:11-18.
14. Raymont A. Simpson J. Surgical workforce in New Zealand: Characteristics, activities and limitations. ANZ J Surg. 2009;79:230-234.
15. The American College of Surgeons and The American Surgical Association. Surgery in the United States: A summary report of the Study on Surgical Services for the United States (SOSSUS), Baltimore, 1975.
16. Graduate Medical Education National Advisory Committee (1980). Report to the Secretary, Department of Health and Human Services, Geographic Distribution Technical Panel Vol III. (DHHS Publication No. HRA 81-653) Washington, DC. 1980.
17. Jonasson O, Kwaka F, Sheldon GF. Calculating the general surgery workforce. JAMA 1995;274:730-735.
18. Advisory Council for General Surgery. Kwakwa F, Jonasson O. The General Surgery Workforce. 2001. American College of Surgeons web site. Available at: <http://www.facs.org/about/council/advgen/gstiltlg.html>. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
19. Sheldon GF, Schroen AT. Supply and demand-surgical and health workforce. Surg Clin North Am 2004;84:1493-1509.
20. Sheldon GF. Surgical workforce since the 1975 study of surgical services in the United States: An update. Ann Surg 2007;246:541-545.
21. Association of American Medical Colleges. The physician workforce: Position Statement: February 22, 2005. Available at <http://www.aamc.org/workforce/12704workforce.pdf>. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2009
22. Sheldon GF. Workforce issues in general surgery. Am Surg 2007; 73:100-108.
23. The Council of the American Surgical Association. The Health Workforce. A Position Statement. Ann Surg 2007; 246:525-526.
24. Williams TE, Ellison CE. Population analysis predicts a future critical shortage of general surgeons. Surgery 2008;144:548-554.
25. Lyng DC, Larson EH, Thompson MJ et al. A longitudinal analysis of the general surgery workforce in the United States, 1981-2005. Arch Surg 2008;143:345-351.
26. Poley S, Belsky D, Gaul K. Et al. Longitudinal trends in the U.S. Surgical Workforce 1981-2006: Overall growth has stalled; General Surgery supply contracting. ACS HPRI Fact Sheet 1 - FINAL[1], 2009
27. Joyce C, McNeil J, Stoelwinder J. Time for a new approach to medical workforce planning. Medical Journal of Australia 2004;180:343-346.
28. Ağalar F, Saygun O, Aydınuraz K. Genel cerrahi uzmanlık alanında yan dal ihtisası raporu: Çeşitli ülkeler ve Avrupa Perspektifi. Ed., Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara, 2009 s. 57-77.
29. Öztürk E. Bölümleşme ve birimleşme perspektifinde mezuniyet sonrası genel cerrahi eğitimi: ABD raporu. Ed., Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara, 2009 s. 34-56.
30. Collins JP, Civil ID, Sugrue M, Balogh Z, Chehade MJ. Surgical Education and Training in Australia and New Zealand. World J Surg 2008 32:2138-2144.
31. Shen BY, Zhan Q. Surgical Education in China. World J Surg 2008 32: 2145-2149.
32. Liu JH, Etzioni DA, O'Connell JB et al. The Increasing Workload of General Surgery. Arch Surg 2004;139:423-428.
33. Bryant J, Sonerson A, Tobias M et al. Population ageing and government health expenditure. Wellington: New Zealand Treasury, 2005.
34. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. www.thelancet.com Published online June 25, 2008 DOI:10.1016/S0140-6736(08)60878-8.
35. Locumtenens Web site. Available at www.locumtenens.com Compensation and employment survey general surgery 2007. Available at www.locumtenens.com Erişim tarihi :15 Temmuz 2009
36. OECD web site. OECD Regions at a glance 2007. Erişim tarihi :15 Temmuz 2009