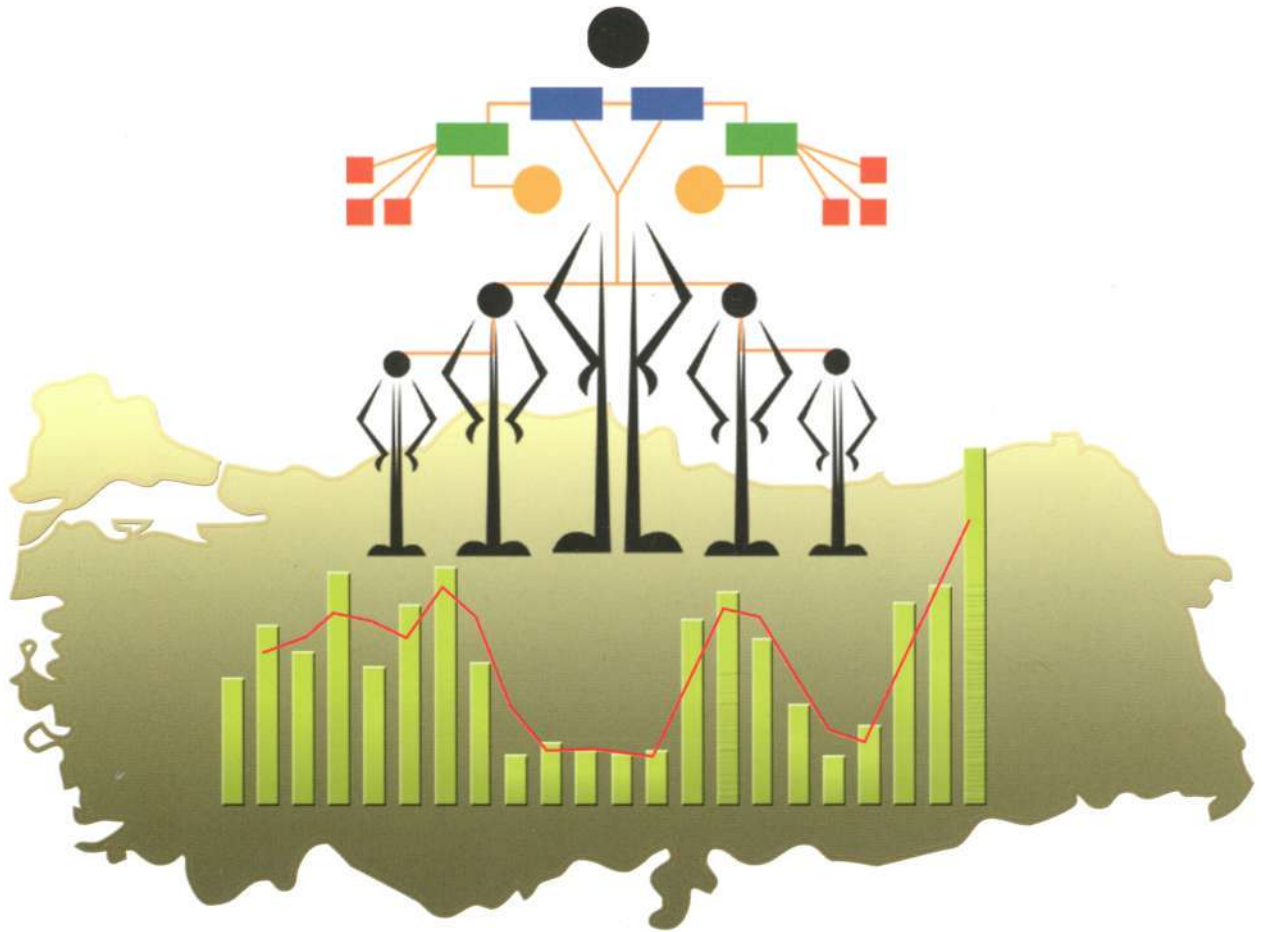




TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI MEVCUT DURUM ANALİZİ



© 2007, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Bu kitap, Sağlık Bakanlığı'nın (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Bağkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü-HMM) kullanımı, basımı ve yayımı amacıyla hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı (HMM) dışında hiç kimse bu kitaba dayanarak hiçbir hak iddia edemez veya kitabı kullanamaz.

Bu kitabı herhangi bir amaçla kullanan kişi, kitabın içeriğinden ötürü zarara uğradığını iddia edemez. Kitabın yayınlanmış olması, içeriğine ilişkin teminat verildiği anlamına gelmez.

Sağlık Bakanlığı (HMM), hangi yetki kademesinde olursa olsun, çalışanı, yöneticisi veya temsilcisi kitapta yer alan herhangi bir bilgi veya ifadeden dolayı hiçbir şekilde sorumlu tutulamaz ve bu kişilerin yukarıda bahsedilenlere ilişkin olarak herhangi bir teminat verdiği veya beyanda bulunduğu iddia edilemez.

Tüm hakları saklıdır. Bu eserin tamamı ya da bir bölümü, 4110 sayılı Yasa ile değişik 5846 sayılı FSEK uyarınca, kullanılmazdan önce hak sahibinden 52. maddeye uygun yazılı izin alınmadıkça, hiçbir şekil ve yöntemle işlenmek, çoğaltılmak,  oğaltılmış nüshaları yayılmak, satılmak, kiralanmak, ödünç verilmek, temsil edilmek, sunulmak, telli / telsiz ya da başka teknik, sayısal ve / veya elektronik yöntemlerle iletilmek suretiyle kullanılamaz.

Ayrıntılı bilgi için: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Bağkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, İbrahim Müteferrika Sk. No:5 06030 Rüzgarlı/Ulus/Ankara, Türkiye (Tel: 0 312 309 12 24; e-posta: mektep@hm.saglik.gov.tr)

ISBN : 978-975-590-235-7

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 720

HM Yayın No : SB-HM-2007/16



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI
HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ**

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI MEVCUT DURUM ANALİZİ

EDİTÖRLER

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr.Ünal HÜLÜR
Uzm.Dr.Orhan F.GÜMRÜKÇÜOĞLU
Prof.Dr.Necdet ÜNÜVAR
Prof.Dr.Sabahattin AYDIN

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Uzm. Dr. Turan BUZGAN
Abdulkadir ATALIK
Doç. Dr. Sinan YOL
Ali YERLİKAYA
Nihat AKPINAR
Mehmet ATASEVER

ULUSLARARASI DANIŞMANLAR

Dr. Gülin GEDİK
Prof. Dr. Thomas BOSSERT
Andrew MITCHELL

İNSAN KAYNAKLARI ÇALIŞMA GRUBU

Uzm. Dr. Banu AYAR
Dr. Ayşegül GENÇOĞLU
Dr. Mustafa KOSDAK
Psk. Emel ALKAN
Hemş. Hatice ŞİMŞEK
Hemş. Şirin ÖZKAN
Hemş. Ümmühan EKİNCİ
Sm. İbrahim KÖSTEKLİ
Hemş. Serap TAŞKAYA

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Uzm. Dr. Banu AYAR
Dr. Mustafa KOSDAK
Dr. Ayşegül GENÇOĞLU
Kıvanç YILMAZ
Hemş. Şirin ÖZKAN
Hemş. Hatice ŞİMŞEK
Hemş. Ümmühan EKİNCİ
Hemş. Serap TAŞKAYA

ÇEVİRENLER

Uzm. Dr. Banu AYAR
A.Arzu ÇAKIR
Özlem B. BÜYÜKYUMAK

Ankara, 2007

ISBN : 978-975-590-235-7

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 720

HM Yayın No : SB-HM-2007/16

Tasarım & Baskı: **Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.**
Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı No: 7/12 06060 Ulus - ANKARA
Tel : (312) 341 95 96 - 34231 11-12 - 384 64 26 • Fax : (312) 341 87 50
e-mail : yucelofsetank@superonline.com

Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi Sırasında Görüşü Alınan Kurum ve Kişiler:

Görüşülen Kurum	Görüşülen Kişi
SB Müsteşarlık Makamı	Müsteşar Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR Müsteşar Yard. Prof. Dr. Sabahattin AYDIN Müsteşar Yard. Abdülkadir ATALIK Bakan Danışmanı Dr. Yasin ERKOÇ
SB Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Daire Başkanlığı	Dr. Ufuk AKDIKAN Dr. Hasan GÜLER Beyhan USLU
SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Müsteşar Yardımcısı Uz Dr. Turan BUZGAN
SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı	Genel Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
SB Strateji Geliştirme Başkanlığı	Bakan Danışmanı Kibar ALTUNAL
SB Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı	Daire Başkanı Nihat AKPINAR
SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Genel Müdür Yardımcısı Dr. İnci YILMAZ
SB AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı	Daire Başkanı Dr. Ümit GİRAY
Düzce İl Sağlık Müdürlüğü	İl Sağlık Müdürü Dr. Engin MUTLU
Düzce İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı Merkezi	Dr. Necmettin TATLI
Düzce İl Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi Dr. Turgut KUTSAL
Düzce Tıp Fakültesi	Yard. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI
Devlet Planlama Teşkilatı	Uzm. Yard. Harun GÜNGÖR Uzm. Yard. Emre İLYAS
Sosyal Güvenlik Kurumu	SGK Başkan Vekili Dr. Sami TÜRKOĞLU
Maliye Bakanlığı	Abdülkadir GÖKTAŞ
Türk Hemşireler Derneği	Prof. Dr. Saadet ÜLKER
Türk Tabipler Birliği	Dr. Altan AYZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	vii
TEŞEKKÜR	ix
SUNUŞ	xi
Tablolar Dizini.....	xiii
Şekiller Dizini	xiii
Kısaltmalar	xv
YÖNETİCİ ÖZETİ.....	xvii

1. GİRİŞ.....	1
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK DURUMUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ	3
3. TÜRKİYE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI MEVCUT DURUMU	4
3.1 SAİK Düzeyi	4
3.2 SAİK Dağılımı.....	9
3.2.1 Coğrafi Dağılım	9
3.2.2 Becerilerin Dağılımı	13
3.3 SAİK Performansı	14
3.3.1 Verimlilik	15
3.3.2 Kalite	16
4. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARININ DURUMUNU ETKİLEYEN KAPASİTE VE POLİTİKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	18
4.1 Finansman.....	18
4.1.1 Finansmanın Bulunabilirliği.....	18
4.1.2 Finansmanda Etkinlik	19
4.1.3 Finansmanda Politika Yapmak	21
4.2 Eğitim	22
4.2.1 Mezuniyet Öncesi Eğitim	22
4.2.1.1 Ulusal Kapasite.....	22
4.2.1.2 Bölgesel Kapasite	26
4.2.1.3 Mezuniyet Öncesi Eğitimde Politika Yapılması	27
4.2.2 Hizmet İçi Eğitim	28
4.3 Yönetim	29
4.3.1 Kamu Sektöründe İnsan Kaynakları Liderliği.....	29
4.3.2 Özel Sektörde İnsan Kaynaklarının Liderliği.....	31
4.3.3 Yerel SAİK İhtiyaçlarına Cevap Verme Kapasitesi	32
4.3.4 Yönetim Bilgisi ve Yönetim Eğitimi	32

5. SAĞLIK BAKANLIĞININ MEVCUT SAİK İLE İLGİLİ STRATEJİLERİ VE GELECEKTEKİ SORUNLAR	34
5.1 Temel Sağlık Hizmetleri Konusunda Odağın Yenilenmesi	34
5.1.1 Aile Hekimliği ve SAİK Çıktıları.....	34
5.1.2 Aile Hekimliği Modeli İçin Gelecekteki Sorunlar	35
5.2 Dağılıma İlişkin Dengesizliklerle Başa Çıkılması.....	37
5.2.1 Teşviklerin Karışımı	37
5.2.2 Teşvik Karışımında Gelecekteki Sorunlar	38
5.3 Kalite Konularının Ele Alınması	38
5.3.1 Performansa Dayalı Ödeme.....	39
5.3.2 Performansa Dayalı Ödemede Geleceğe Yönelik Sorunlar.....	39
6. SİYASİ İÇERİK.....	40
6.1 Paydaş Analizi	40
6.2 Mevcut Politikalar, Paydaşlar, Pozisyon, Güç.....	40
6.2.1 Kamu Sektörü Kurumları	41
6.2.1.1 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti	41
6.2.1.2 Sağlık Bakanlığı	41
6.2.1.3 Maliye Bakanlığı	42
6.2.1.4 Sosyal Güvenlik Kurumu	42
6.2.1.5 Devlet Planlama Teşkilatı	43
6.2.1.6 Yüksek Eğitim Kurumu	43
6.2.1.7 İl Valilikleri.....	43
6.2.2 Sivil Toplum Örgütleri.....	43
6.2.2.1 Türk Tabipler Birliği.....	43
6.2.2.2 Diğer Dernekler ve Birlikler.....	43
6.2.3 Uluslararası Kuruluş ve Örgütler.....	44
7. SAĞLIK BAKANLIĞI İÇİN ÖNERİLEN ADIMLAR.....	45
7.1 Resmi Bir SAİK Stratejisi Oluşturmak Üzere Liderlik Çalışmalarına Devam Edilmesi	45
7.2 Kilit Konumdaki Paydaşlarla Görüş Birliği Sağlanması.....	45
7.3 Gelecekteki Stratejik SAİK Planlarına Yönelik Bilgi Sağlamak Üzere Yapılacak Ek Çalışmalar.....	46
KAYNAKLAR	47

ÖNSÖZ

Hedefimiz bireylere hak ettiği çağdaş, etkili, verimli, hakkaniyetli, nitelikli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmaktır. Bu bağlamda sağlık sistemimizdeki tıkanıklıkları aşmak ve vatandaşlarımıza çağdaş sağlık hizmeti sunmak için ulusal bir model olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı yürütülmektedir. Programın önemli alt başlıklarından biri ise “Sağlık insan gücü”dür.

Sağlık sektörü emek-yoğun bir sektör olup, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynak sağlık insan gücüdür. Sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan gücü yetiştirmek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak ve bu sayede etkili ve verimli bir hizmet sektörü geliştirmek için Bakanlığımız tarafından bir süreç başlatılmıştır.

Sağlık sistemimizin en önemli sıkıntısı; başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık iş gücü sayısının yetersizliği ve coğrafi açıdan dengesiz dağılımıdır. Bakanlığımız, uygulanan politikalarla bu sıkıntıyı en aza indirmeyi başarsa da hekim ve hemşire eksikliği halen önemli bir sorundur. Sağlık insan gücü dağılımında meslekler arası dengesizlik de sorunun önemli parçalarından biridir. Ülkemizdeki toplam uzman hekim sayısı nispeten yeterli olmasına rağmen uzmanlık branşı olarak dağılımı dengesizdir. Hekim ve yardımcı sağlık personeli oranlarındaki uyumsuzluk, problemin dikkat çeken bir başka önemli unsurudur. Tüm bunların yanı sıra, nüfusumuz yaşlanması ve insanlarımızda sağlık bilincinin hızla gelişmesi, ülkemizde tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin sayısı hızla artarken öğrenci sayısındaki dikkat çekici bir düşüş gerçekleşmesi gibi sebeplerle sağlık profesyonellerine olan ihtiyaç hızla artmaktadır. Gelecekte sağlık hizmetlerinin yeterli ve verimli olmasını istiyorsak sağlık personeli açığını kapatmamız gerekmektedir.

Bakanlığımızca yürütülen “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın en önemli bileşenlerinden bir diğeri de aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği uygulaması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşımın ve sağlık hizmetlerinde çağdaş normlara ulaşmanın temelini oluşturmaktadır. Başından sonuna kadar fedakarlık gerektiren bu mesleği icra eden pratisyen hekimler; sahaya çıktıklarında kendi çalışma alanları, kendi ofisleri ve kendi hastaları olan, deneyimlerini hastalarına özgürce yansıtabilecekleri bir ortamda, hastaların da kendilerini tercih ettiği bir sistem içerisinde hizmetlerine devam etme olanağı bulacaktır.

Sağlık çalışanlarını, kendi potansiyellerinin farkına varmalarını sağlayacak şekilde motive ederek sağlık sisteminden daha etkin sonuçlar almak isteyen ve bunun için iyi tanımlanmış amaçlar, performans standartları, hedefler, ölçüm, geri bildirim ve ödüllendirme aşamalarından oluşan sistematik bir yönetim aracı olan “performans yönetim sistemi” Sağlıkta Dönüşüm Projesinin önemli mihenk taşlarından biridir. Bu yolla kamu sağlık hizmetlerinde bir anlayış değişikliği oluşturulmuş ve hizmetin yükünü çekenlerin ödüllendirilmesine fırsat tanınmıştır. Bu sistem sürekli öğrenme ve gelişme süreci olarak değerlendirilmiş, en yalın ve kolay uygulanabilir bir yapıyla başlatılıp, mevcut uygulamaların sonuçlarından çıkarımlar yapılarak ileriye dönük olarak geliştirilmiştir. Performans yönetimi sadece sonuçları ölçmemekte, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermektedir. Amaçlanan sonuçlara yönelik olarak hizmetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinde artık tayin edilmiş arzın yerine talebin karşılanması anlayışı öne çıkmıştır. Sistemin teşvik ettiği hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların ağırlığını arttırmış ve hizmetlerde kalite arayışını gündeme taşımıştır. “Önce insan !” diyen hükümetimiz, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve sağlıkta dönüşüm konusunda katılımcılığa büyük önem vermektedir.

Ulusal sağlık insan gücü planlamasına yönelik politika ve stratejilerin geliştirilmesinde kilometre taşlarından biri olması amacı ile yapılan bu çalışmaların; sektörle ilgili tüm kurum ve kuruluşlara faydalı olacağı inancı ve umudu ile hepinize saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
T.C. Sağlık Bakanı

TEŞEKKÜR

Sağlıkta insan kaynakları mevcut durum analizinin yapılmasına ve bu kitabın yayınlanmasına katkılarından dolayı;

Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Uzm. Dr. Orhan F. GÜMRÜKÇÜOĞLU, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcıları Sayın Prof. Dr. Nihat TOSUN, Sayın Abdülkadir ATALIK ve Sayın Prof. Dr. Sabahattin AYDIN, Uzm. Dr. Turan BUZGAN ve Sayın Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR'a;

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Sayın Doç. Dr. Mustafa ERTEK, Strateji Geliştirme Başkanı Sayın Mehmet ATASEVER, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Sayın Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Sağlık Projesi Genel Koordinatörü Sayın Adnan YILDIRIM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcıları Sayın Dr. Ünal HÜLÜR, Sayın Uz. Dr. Nazan YARDIM, Sayın Dr. Hüseyin ÖZBAY ve Hıfzıssıhha Mektebi Genel Sekreter Vekili Sayın Uz. Dr. Ali Kemal ÇAYLAN'a;

Çalışmalarımız sırasında görüşlerine ve desteklerine başvurulmuş SB Müsteşarlık Makamı'ndan danışman Sayın Dr. Yasin ERKOÇ, SB Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Dire Başkanlığı'ndan Sayın Dr. Ufuk AKDIKAN, Sayın Dr. Hasan GÜLER ve Sayın Beyhan USLU, SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Genel Müdür Yardımcısı Sayın Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı'ndan danışman Sayın Kibar ALTUNAL, SB Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'ndan Daire Başkanı Sayın Nihat AKPINAR, SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Genel Müdür Yardımcısı Sayın Dr. İnci YILMAZ, SB AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı'ndan Daire Başkanı Sayın Dr. Ümit GİRAY, Düzce İl Sağlık Müdürlüğü'nden İl Sağlık Müdürü Sayın Dr. Engin MUTLU, Sayın Dr. Necmettin TATLI ve Sayın Dr. Turgut KUTSAL, Düzce Tıp Fakültesi'nden Sayın Yard. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI, Devlet Planlama Teşkilatı'ndan Sayın Uzm. Yard. Harun GÜNGÖR ve Sayın Uzm. Yard. Emre İLYAS, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'ndan Başkan Vekili Sayın Dr. Sami TÜRKOĞLU, Maliye Bakanlığı'ndan Sayın Abdülkadir GÖKTAŞ, Türk Hemşireler Derneği'nden Sayın Prof. Dr. Saadet ÜLKER, Türk Tabipler Birliği'nden Sayın Dr. Altan AYZAZ'a;

Uluslararası danışmanlarımız Dünya Sağlık Örgütü'nden Sayın Dr. Gülin GEDİK, Harvard Halk Sağlığı okulundan Sayın Prof. Dr. Thomas BOSSERT ve Sayın Andrew MITCHELL'e;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünün insan kaynakları konusunda çalışanları Sayın Dr. Ayşegül GENÇOĞLU, Uzm. Dr. Banu AYAR, Psk. Emel ALKAN, Sm. İbrahim KÖSTEKLİ, Dr. Mustafa KOSDAK, Hemş. Şirin ÖZKAN, Hemş. Ümmühan EKİNCİ, Hemş. Serap TAŞKAYA ve insan kaynakları geliştirme uzmanı Serpil NAZLIOĞLU'na;

Çalışmalarımız sırasında görüş ve desteklerini esirgemeyen sağlık sektörünün kurum ve kuruluşlarına;

Teşekkür ederiz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

SUNUŞ

Tüm dünyada sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları temel ve öncelikli konu olmaya devam etmektedir. Yapılan çalışmalar gerçek anlamda bir iyileştirmenin sağlanabilmesi için insan faktörüne önem ve öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle son yıllarda sağlıkta insan kaynakları planlamasına duyulan ihtiyaç artmış ve sağlık sisteminin işleyişinde uygun, nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının varlığının önemi zamanla daha iyi kavranmıştır.

Sağlık sektöründe çalışanların hizmet kalitesi, insan yetenekleri ve değişen koşullara uyum sağlayabilme esnekliği açısından yeterli olmaları zaruridir. Bunun yanı sıra, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nicelik ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi gerekir. Böylece halka sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksiklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı ile bu konudaki diğer paydaş kurum ve kuruluşların bir araya gelerek, Türkiye'nin sağlık alanındaki insan kaynakları kapasitesini ve sorunlarını tartışması ve çözüm önerilerinin getirilmesi son derece önemlidir.

Hükümet Programı'nda ve buna bağlı olarak hazırlanan Acil Eylem Planı'nda tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedeflerden yola çıkılarak; etkin ve verimli sağlık hizmet sektörü için, ihtiyaca yönelik sağlık insan gücü planlamasının yapılması önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Bakanlığımız tarafından sağlıkta insan kaynaklarının değerlendirilmesi konusunda bir süreç başlatılmıştır. Bu süreç mevcut durumun değerlendirilmesini, politika ve stratejilerin belirlenmesini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Bu süreçte öncelikle sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durum analizi gerçekleştirilmiştir. Gelecekteki sağlık politikaları planlanırken teknik, idari ve eğitim kapasiteleri göz önüne alınacaktır. Böylece sağlıkta ihtiyaç duyulan yeni uygulamalar belirlendikten sonra ulusal politika belirlenecektir.

Türkiye'de sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durumu ve sorunlarının yer aldığı bu çalışmaya emeği geçen herkese; sağlıkta insan kaynaklarında politika oluşturmaya yönelik oluşacak olan raporun bundan sonraki çalışmalara katkı sağlayacağı inancı ile karar vericiler, planlayıcılar ve sağlık sektörü çalışanlarının faydalanması için bu kitap aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmasını sağlayan Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'ne ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Seçilmiş SAİK Düzeyleri	4
Tablo 2: Seçilen SAİK Kategorileri İçin 10.000 Nüfus Başına SAİK Çalışanı Sayısı	5
Tablo 3: Kişi Başı Ayaktan Hastane Kullanımı.....	5
Tablo 4: Temel Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Eğilimleri.....	6
Tablo 5: Saik İllere Göre Aşılama Oranları (2000 – 2005).....	7
Tablo 6: Kişi Başı Kamu Sağlığı Harcaması (Satın Alma Gücü Paritesi \$)	8
Tablo 7: Türkiye, Meksika ve Güney Kore Arasında Seçilen Göstergelerin Karşılaştırması.....	8
Tablo 8: İl SAİK Dağılımı ve Gelişimi.....	13
Tablo 9: Hastane Düzeyinde SAİK Verimliliği.....	15
Tablo 10: İllere Göre Aşılama Oranları ve SAİK Seviyeleri/Mali Teşvikler (2005)	16
Tablo 11: 1000 Cihaz Günü Başına Cihaz Kaynaklı Enfeksiyon Oranları.....	17
Tablo 12: Genel Bütçe Giderleri İçinde SB Bütçe Payı.....	19
Tablo 13: SB Giderleri İçinde İnsan Kaynakları Giderleri, 2005-2006 (Bin YTL).....	20
Tablo 14: SAİK Maaşlarının Diğer Mesleklere ve Kişi Başı GSYİH'ye Oranı	21
Tablo 15: Üniversite Giriş Sınavı Puanları	23
Tablo 16: Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Yapılan Atamalar ve Tıp Fakültesi Mezun Sayıları.....	24
Tablo 17: Sağlık Eğitimi Veren Okullarda Öğrenci / Öğretim Elemanı Sayısı	25
Tablo 18: Öğrenci / Öğretim Elemanı Açısından Bölge İçinde İller Arası Kıyaslama	26
Tablo 19: Kalkınma Öncelikli İl Durumuna Göre Fakültelerin Dağılımı.....	27

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirmesi İçin Kavramsal Çerçeve	2
Şekil 2: Uzman Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler (2002-2006).....	10
Şekil 3: Pratisyen Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler	10
Şekil 4: Hemşire ve Ebelerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler.....	11
Şekil 5: Eğitim Şeması.....	22
Şekil 6: Tıp Fakültesi ve Mezunlarındaki Eğilimler.....	24
Şekil 7: Kavramsal Çerçeve- SAİK Yönetimi	29
Şekil 8: Uzman Doktorlar Arasında Tam Zamanlı – Yarı Zamanlı Çalışma Eğilimleri	31

KISALTMALAR

SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SB	Sağlık Bakanlığı
SAİK	Sağlıkta İnsan Kaynakları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MB	Maliye Bakanlığı
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
AB	Avrupa Birliği
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
WHO – EURO	DSÖ Avrupa Ülkeleri
GSYİH	Gayri Safı Yurt İçi Hasıla
PDC	Personel Dağılım Cetveli
IMF	Uluslararası Para Fonu
GB	Genel Bütçe
DS	Döner Sermaye
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
ÖSS	Öğrenci Seçme Sınavı
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
TTB	Türk Tabipler Birliği

YÖNETİCİ ÖZETİ

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde meydana gelen bir dizi değişim, sağlık sektöründe yeni fırsatlar ve yeni zorluklar meydana getirmektedir. Sağlık Bakanlığı (SB), Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi olma rolünü yeniden düzenleyerek; sağlık sektöründe strateji belirleyen ve sağlık hizmetlerinin sunumunu denetleyen bir kurum olma yönünde ilerlemektedir. Bu Program dahilinde eş zamanlı olarak Türk toplumunun sağlık hizmetine olan talebinde bir takım değişimler meydana gelmiştir. Bu bağlamda SB, sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir bölümünü teşkil eden sağlıkta insan kaynakları (SAİK) için etkin planlamanın gerekli olduğunu fark etmiştir. Etkin insan kaynakları planlaması kolay bir çalışma olmayıp; SB ve ilgili diğer paydaşların ortaklaşa gerçekleştirecekleri stratejik planlama çalışmalarının yapılmasını gerektirmektedir.

Bu rapor, Türkiye’de sağlıkta insan kaynaklarına yönelik stratejik plan oluşturulması sürecine bilgi sağlamak amacıyla Türkiye’de sağlıkta insan kaynaklarının sistematik bir analizini gerçekleştirmektedir. Analiz, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte hazırlanmış olan Sağlıkta İnsan Kaynaklarının Finansmanı, Eğitimi ve Yönetimi Konusunda Stratejik Planlama Rehberine dayalı olarak yapılmıştır. Raporda SAİK çıktıları (düzey, dağılım ve performans açısından), bu çıktıları etkileyen finansman, eğitim ve yönetim kapasitesi/politikaları, SAİK alanında karşılaşılan zorluklarla mücadele etmek için SB tarafından oluşturulan stratejiler ve gelecekte stratejik bir plan oluşturulmasına zemin teşkil edecek politika bağlamı ele alınmaktadır. Temel bulgular aşağıda belirtilmektedir:

Sağlıkta İnsan Kaynaklarının (SAİK) Mevcut Durumu

SAİK Düzeyi

Genel olarak SAİK düzeylerinin bölgede yer alan diğer ülkelerle karşılaştırılması sonucunda Türkiye’deki SAİK düzeylerinin son derece düşük olduğu görülmüştür. Özellikle, hem hekim yoğunluğu hem de hemşirelerin hekimlere oranı diğer Avrupa/OECD ülkeleri ortalamasının yarısı dolayındadır. Eczacılar ve diş hekimleri gibi diğer kategoriler ise Avrupa ortalamalarına daha yakındır.

Nüfus bazlı ölçümlerin ötesindeki metodolojiler ise, Türkiye’deki SAİK düzeylerinin uygunluğunun değerlendirilmesinin çok daha zor ve karmaşık olduğunu öne sürmektedir. Bir taraftan, ayaktan tedavi hizmetlerinin kullanım sıklığında kaydedilen artış ile bağışıklama kapsamı ve ebe/hemşire sayıları arasındaki olumlu bağlantı gibi kanıtlar belirli SAİK stoklarında artışı garanti edilebilir. Diğer taraftan, birinci basamakta görevli hekim başına düşen hasta yükü diğer OECD ülkelerindeki rakamdan pek farklı değildir ve Türkiye’deki SAİK düzeylerinin, Türkiye’ye benzer sağlık ve gelişmişlik göstergelerine sahip iki ülke ile (Meksika ve Güney Kore) karşılaştırılması sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, Türkiye’deki SAİK düzeylerinin belirgin ölçüde düşük olduğu söylenemez.

SAİK Dağılımı

Son yıllarda kaydedilen önemli gelişmelere rağmen, Türkiye’de SAİK’in coğrafi dağılımında bir takım dengesizlikler halen sürmektedir. Kanıtlar, gerek il düzeyinde gerekse kent merkezlerinde ve özellikle uzman hekim dağılımında görülen eşitsizliklerin bir takım toplumsal

ve ekonomik nedenlerden kaynaklandığına işaret etmektedir.

Türkiye’deki hastalık yükü düşünüldüğünde uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısına oranla yüksek olması ve ebe/hemşire sayısının da hekim sayısına oranla düşük olması nedeniyle SAİK alanında karma becerilerin dağılımı da halen sorun teşkil etmektedir.

SAİK Performansı

Sağlık sisteminde uygulamaya koyulan “performansa dayalı ödeme sisteminin” birinci ve ikinci basamaktaki SAİK verimliliğini artırdığına dair kanıtlar vardır. Hekim başına düşen ayaktan hasta sayısı ile yıllık yatan hasta yükü gibi göstergeler son yıllarda artmıştır. Bu konu ile ilgili analizler, döner sermayeden elde edilen kazançların il düzeyinde daha yüksek aşılama oranları ile bağlantılı olduğunu ortaya çıkarmıştır.

SAİK hizmet tedarikinin kalitesi, konu ile ilgili çok fazla kanıt olmamasına rağmen, endişe verici olmaya devam etmektedir. Önceki raporlar, birinci basamak düzeyinde verilen kamu hizmetlerinin kalite açısından yetersiz olarak algılandığını göstermiştir. Hastane ortamındaki nazokomial enfeksiyon oranları gibi göstergelere yönelik olarak yapılan çalışmalar da iyileştirme yapılması gerektiğini göstermektedir.

SAİK Durumunu Etkileyen Kapasite ve Politikalar

Finansman

Merkezi yönetim kaynaklarından sağlık sektörüne aktarılan payın artması ve Maliye Bakanlığı’nın (MB) sağlık sektörüne yapılacak yatırımlara öncelik vereceğini ifade etmesi ile birlikte SAİK finansmanına katkıda bulunan kaynaklarda son yıllarda belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Ancak, bütçe fazlası hedeflerinin yerine getirilmesi ve kamu sektöründeki boş kadroların doldurulmasına yönelik devlet politikalarının gelecekte finansmanın bulunabilirliği yönünde kısıtlamalarla karşılaşma riski vardır.

SAİK finansmanında tahsis verimsizliğine dair (SB’nin maaşlara ayırdığı miktarın ölçümüne ilişkin) somut bir işaret yoktur. SAİK için harcamalar özellikle az değildir. Gerçekte, birçok ülkede personel için yapılan harcamaların üst limitindedir ve çoğu kişi SAİK taban maaşlarının düşük olduğunu düşünse de döner sermayeden elde edilen ortalama gelir, toplam kazancı özellikle hekimler açısından ciddi oranda yükseltmektedir. Teknik verimlilik konusunda ise kesin sonuçlara varılması şu an için mümkün değildir.

Eğitim

Hizmet öncesi düzeyde, sağlıkla ilgili meslekleri tercih etme ve özellikle tıp eğitimi veren okullar açısından hizmet öncesi eğitimde ulusal düzeyde arz yanlı kapasite (örneğin; fakülte/öğrenci oranları gibi) yönünde yeterli talep mevcuttur. Fakat hem farklı iller hem de farklı SAİK okulları arasında arz yanlı eğitim kapasitesi yönünden bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Son yıllarda, tıp eğitimi veren okullarda düşük öğrenci-fakülte yoğunluğu ve dört yıllık hemşirelik eğitimi veren kurumlara geçiş gibi kalitenin artırılması yönünde bir takım olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak, bu raporda, kaliteye ilişkin diğer göstergeler (müfredat standartları gibi) kullanılarak daha derin bir inceleme ve değerlendirme yapılması mümkün olmamıştır.

Sağlık personelinin mevcut kapasitesini artırmak için SB, ilgili genel müdürlükler dahilinde hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir. Aile hekimliği hizmet içi eğitimleri söz konusu faaliyetlere örnek teşkil etmektedir.

Yönetim

İnsan kaynakları geliştirmeye yönelik somut bir misyonun olmaması ve SB’de SAİK planlamasından sorumlu bir şube/bölüm bulunmaması etkili bir SAİK planlamasını engellemektedir. Bununla birlikte, mevcut yeniden yapılanma SAİK stratejik gelişimine olan ihtiyaç konusunda farkındalık olduğunu göstermektedir. Kamu sektörü personel idaresi için alt yapı yeterli gözükmemektedir, fakat insan kaynakları geliştirme görevinin olmayışı da aynı zamanda en uygun yönetimi engeller niteliktedir.

Özel sektör personel idaresi; standart ve normları daha çok fiziksel altyapıya yoğunlaşmış ve bir kaç tane hizmet sağlamaya yönelik olması sebebiyle daha az gelişmiş durumdadır. SB’nin tarihi merkezileşmiş organizasyon yapısından dolayı, SAİK işlevlerinin yerel düzeydeki idare kapasiteleri nispeten az gelişmiş durumdadır. Fakat bu durum SDP ile birlikte değişmeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın SAİK’e yönelik mevcut stratejileri

Temel Sağlık Hizmetlerine Odaklanmak

Aile Hekimliği modeli, yukarıda belirtilen SAİK’e yönelik çeşitli sorunlara hitap etmesi potansiyeli ile SDP’nin önemli bir bileşenidir. Model, personel alımı hedeflerini karşılamak için pratisyen hekimlere verilen hizmet içi eğitimleri ve yerel seviyede artırılan yetkileri de beraberinde getirmektedir. Modelin başarılı bir şekilde geliştirilmesi ve uygulanması için, vatandaşın geri kazanılması, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile işbirliği, arzu edilen sayıda aile hekiminin seferber edilmesi ve etkili takım çalışmasını teşvik etme gibi birçok zorlukla karşılaşılacaktır.

Coğrafi dağılım dengesizliklerinin gösterilmesi

SAİK hizmetlerindeki mevcut teşvik karışımı, döner sermaye gibi SAİK ücret mekanizmaları, mecburi hizmet, personel dağılım tabloları ve sözleşmeye dayalı işe alım da dahil bazı özellikler SAİK dağılımındaki coğrafi dengesizlikleri göstermektedir. Yine de, mevcut teşvikler sınırlıdır. Örneğin mecburi hizmet kısa vadeli bir çözümdür ve kırsal ve kalkınmada öncelikli yerlerde hizmet verenler için çekici kariyer yolları oluşturmak gibi parasal olmayan teşviklerin uygulanması güç olabilir.

Kalite ile ilgili endişelerin gösterilmesi

Performansa dayalı ödeme sisteminin kamu sektöründe hizmet kalitesinin artırılmasına yardımcı olduğuna dair ilk kanıtlar bulunmaktadır.

Politik Bağlam

SAİK stratejik gelişim sürecindeki paydaşlar; ilgili kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşlardır. Sağlık sektörünün bütçesini artırmak ve SDP’ye hükümetin destek vermesi konuları önemli ölçüde desteklenmektedir. Fikir birliğine henüz varılmamış alanlar da

mevcuttur. Örneğin, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ve SB, tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayısı konusunda farklı düşünmekte ve bazı SAİK kuruluşları (örn. Hemşireler Derneği) Aile Hekimliği modeli hakkında bazı endişelerini dile getirmektedir. Ayrıca, yeni ve güçlü bir aktör olan SGK henüz SAİK'e ilişkin bazı konulardaki politika tutumunu belirtmemiştir. Gelecekte, herhangi bir SAİK stratejik planının desteklenmesi; yeni bir fikir birliğinin sağlanması ve devam ettirilmesine bağlı olacaktır.

Sağlık Bakanlığı için tavsiye edilen adımlar:

- Mevcut SAİK sorunlarına yönelik gerekli stratejilerin tanımlanacağı Stratejik SAİK Değerlendirmesi yoluyla resmi bir SAİK stratejisi geliştirmeye yönelik çalışmalara devam edilmesi.
- Anahtar paydaşlar arasında nihai bir resmi SAİK stratejik orta ve uzun vade planının sonuçlandırılmasına vasıta olacak fikir birliğinin sağlanması.
- Gelecekteki SAİK planı için kanıta dayalı yaklaşım geliştirmek amacıyla başka çalışmalara sponsorluk etmek.

1. GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı ve talebinde meydana gelen birçok değişiklik, sağlık sektöründe yeni fırsatları ve zorlukları da beraberinde getirmektedir. Geçen birkaç yıl içinde, SB, sağlık hizmetlerinin temel sağlayıcısı olma rolünden, sağlık sektörü stratejilerini koyma ve hizmet sunumunu denetleme konusundaki kurumsal sorumluluğa geçiş yapmaktadır. Bu stratejik ve operasyonel değişim, SDP altında gerçekleştirilmiştir ki söz konusu program, hizmet sunumuna erişimi, verimi ve kaliteyi geliştirmeyi amaçlamaktadır. SDP’nin esasları arasında il ve hastane düzeyinde desantralizasyon sürecinin geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri konusundaki odağın “Aile Hekimliği” modeliyle yenilenmesi yer almaktadır. Sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi SDP’nin bir diğer esası olup, devam eden sigorta kurumlarını SGK altında toplamaya yönelik sosyal güvenlik reformu ile uyushmaktadır. Bu tedbirlerle eş zamanlı olarak, Türkiye nüfusunun sağlık hizmetleri ihtiyacının hem düzeyi hem de niteliğine yönelik geniş bir talebi vardır.

Bu değişikliklerin tamamının SAİK bakımından etkileri bulunmaktadır ki bu, temin edilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin temel belirleyicilerinden biridir. Giderek daha çok kabul edilen konu; İnsan kaynaklarının, sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir bileşeni olması ve SAİK’in bulunabilirliğinin, hizmet çıktıları üzerinde doğrudan etkisinin varlığıdır⁽¹⁾. İnsan kaynaklarının verimliliği, büyük ölçüde iş gücü sayılarına ve klinik becerilerin karışımına dayanmaktadır. İnsan kaynakları için etkin planlamanın yapılması, eğitim kalitesi, bir ülkenin sağlık ihtiyaçlarına uygun beceriler karışımının temini ve bir nüfusa sağlık hizmetleri sunumunun etkin bir şekilde organize edilmesi gibi değerlendirmelere bağlıdır. Bu, özellikle tarihsel olarak komplike bir sağlık sistemi yapısına sahip olan Türkiye’de kolay bir çaba değildir ve bu nedenle SB ve diğer paydaşların ortak stratejik planlamasını gerektirmektedir.

Uluslar arası yazarlar tarafından yazılan aşağıdaki rapor, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte hazırlanmış olan *Sağlıkta İnsan Kaynaklarının Finansmanı, Eğitimi ve Yönetimi Konusunda Stratejik Planlama Rehberine* dayalı olarak, Türkiye’deki sağlıkta insan kaynakları durumunun sistematik bir analizini vermektedir⁽²⁾. Söz konusu rehber içerisindeki verilerin toplanması sürecinde Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü çalışanları ve yabancı danışmanlarla birlikte Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, SB, MB, SGK yöneticileri ve uzmanları ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca dernek başkanları ve aile hekimliği pilot uygulamasının gerçekleştirildiği Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları, aile hekimleri ve halk ile görüşülmüş olup uygulamalarla ilgili görüşleri ve önerileri alınmıştır. Bu raporda kullanılan çerçeve, Şekil 1’de gösterilmiştir. Raporun benimsediği çerçeveye göre, bir dizi kapasite ve politika manivelası, sağlıkta insan kaynakları üzerindeki etkileri aracılığıyla bir ülkenin sağlık hedeflerini etkileyebilir. Özellikle, finansman, eğitim ve yönetim — aynı zamanda siyasi faktörler — ile ilgili kapasite/ politikalar insan kaynaklarının durumunu düzey (yani sayı), dağılım ve performans bakımından şekillendirmektedir. Söz konusu insan kaynakları çıktıları; bu yüzden sistem hedeflerini (kalite, verimlilik, eşitlik / erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik) ve sonuçta ülkenin sağlık hedeflerini, daha iyi sağlık durumu, finansmanda adalet ve vatandaşların isteklerine cevap verebilme olarak etkileyebilir. Türkiye’de SAİK’in değerlendirilmesi ve bulguların raporlanması, kavramsal çerçevenin ilk kısmına odaklanmaktadır ki bunlar dört politika manivelası ve üç SAİK çıktısıdır.

Şekil 1: Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirmesi İçin Kavramsal Çerçeve

Kapasite ve politika manivelaları →	SAİK çıktıları →	Sistem hedefleri →	Sağlık hedefleri
Finansman	SAİK düzeyi	Kalite	Sağlık Durumu
Eğitim	SAİK dağılımı	Verimlilik	Adil finansman
Yönetim	SAİK performansı	Hakkaniyet/ erişilebilirlik	Cevap verebilirlik
Politika Yapma		Sürdürülebilirlik	

Bu rapor, Türkiye’de sağlıkta insan kaynakları için devam etmekte olan stratejik plan geliştirme sürecinin bir parçasıdır. Raporun somut bir temel bilgi ve analiz teşkil edeceği, paydaşların sağlıkta insan kaynakları ile ilgili birçok konuya sistematik bir şekilde hitap etmesine yardımcı olacağı umulmaktadır. Rapor; hem politika manivelaları hem de SAİK çıktılarının değerlendirilmesine dayalı olarak stratejik planın geliştirilme sürecinde yardımcı olacak bir dizi öneri sunmaktadır. Analiz ve önerilerin, SB ve paydaşlar arasında bir diyalog oluşturmaları ve bu diyalogun Türkiye’de SAİK için kapsamlı bir stratejik plan dahilinde netice vermesi umulmaktadır.

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK DURUMUNUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Türkiye nüfusunun sağlık durumu, geçen yarı yüzyıl içinde önemli ölçüde ilerleme kaydetmiş olmasına rağmen; sağlık durumu OECD ülkelerinin gerisinde kalmaya devam etmektedir. Yaşam beklentisi 1970 yılında 55 yaş düzeyinden bugün 70 yaşa kadar yükselmiştir Yaşam beklentisi erkekler için 68,9 ve kadınlar için 73,8’dir. Bebek ölüm hızı aynı dönem içinde % 80 (1,000 canlı doğum başına 23,6) azalmış, anne ölüm oranı de % 75 (100.000 canlı doğumda 28,5) oranında gerilemiştir. Yine de, Türkiye’nin yaşam beklentisi oranları, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Avrupa bölgesi ülkelerindeki (WHO – EURO) ortalamadan yaklaşık 5 yıl geridedir ve Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerinin oranlarından 10 yıl düşüktür⁽³⁾. Türkiye’nin bebek ölüm oranı, tüm OECD ülkeleri arasında en yüksektir ⁽⁴⁾. HIV/AIDS hariç diğer bulaşıcı hastalıklar Türkiye’nin hastalık yükünün % 9’unu teşkil etmektedir ki bu, WHO – EUROPE bölgesinde en yüksek düzeyler arasındadır.

Buna ek olarak, epidemiyolojik eğilimler, iki kat hastalık yükü ortaya çıkartmaktadır ki bu, Türkiye sağlık sisteminin üstesinden gelmesi gereken bir sorundur. Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye bir epidemiyolojik geçiş sürecini yaşamaktadır ki bu süreçte, bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık oranı düşerken, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü artmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, Türkiye’de ölümlerin hastalık yüküne göre dağılımlarında; tüm ölümlerin % 15’i I.grup hastalıklar (bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar), % 79’u II.grup hastalıklar (bulaşıcı olmayan hastalıklar) ve % 6’sı III. Grup hastalıklara (yaralanmalar) bağlıdır ⁽⁵⁾. Bu hastalık yüküne hitap edilmesi ve bunun azaltılması, Türkiye’de SB ve sağlık sistemi için ciddi zorluklar yaratmaktadır ve temel sağlık hizmetleri (TSH) ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini birbirine entegre eden bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Aynı zamanda sağlık için koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin desteklenmesi konusuna da dikkatlerin çekilmesi gerekmektedir. Hem yüksek düzeyde önlenabilir olan bulaşıcı hastalıklar hem de kronik hastalık yükünü azaltmak için yaşlanan nüfusun yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

3. TÜRKİYE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI MEVCUT DURUMU

Aşağıdaki bölüm, düzey, dağılım ve performans bakımından Türkiye’de sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durumunu özetlemektedir. Konular sırasıyla gözden geçirilecektir.

3.1 SAİK düzeyi

SAİK düzeyi, farklı kategorilerdeki sağlık çalışanlarının, belirli bir nüfus büyüklüğüne oranını ifade etmektedir. Tablo 1, sağlık çalışanlarından seçilmiş kategorilerin genel düzeyini göstermektedir. Türkiye’de şu anda tam zamanlı olarak aktif çalışan 98.669 doktor bulunmaktadır, bu da 10.000 kişilik nüfus başına 14,9 doktor anlamına gelmektedir. 10.000 nüfus başına yaklaşık 12 hemşire ve bunun yarısı kadar (6,5) ebe düşmektedir. Sonuç olarak SAİK kategorilerinin çoğu kamu sektöründe çalışmaktadır. Diğer SAİK kategorileri bakımından, eczacılar ve diş hekimleri 10.000 nüfus başına sırasıyla 2,9 ve 2,7’dir.

Tablo 1: Seçilmiş SAİK* Düzeyleri

SAİK Kategorisi	Doktor			Hemşire	Ebe	Diğer
	Uzman	Pratisyen	Asistan			
Toplam	50.732	29.923	18.014	80.836	42.916	160.278
Personel / 10,000	7,7	4,5	2,7	12,2	6,5	24,2
Kamu sektörü oranı (Sağlık Bakanlığı %’si)	48%	88%	42%	75%	95%	73%

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007.

* Rakamlar kamu sektörü, üniversiteler ve özel sektörde tam zamanlı olarak çalışan SAİK’ i ifade etmektedir.

Söz konusu SAİK düzeylerinin, özellikle de doktor ve hemşire düzeylerinin, Türkiye’nin sağlık ihtiyaçları, talebi ve harcamaları kapsamında yeterli olup olmadığı, üzerinde tartışılması gereken bir konudur. Sağlık Bakanlığı bir dönem bu genel düzeylerin, özellikle de doktor düzeylerinin, çok düşük olduğunu düşünmüştür^(7,8). Ancak diğer paydaşlar ve sağlık sektörü insan kaynakları konusunu incelemiş olanlar doktor yoğunluğunun “uygun olmadığını” ileri sürerek bu konuya katılmamışlardır⁽⁹⁾. Paydaşların perspektifleri Türkiye’nin SAİK iş gücünün uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan kanıtlara dayandığı için, aşağıdaki metin, en sık kullanılan kriterleri kısaca açıklamaktadır.

Türkiye’nin SAİK düzeylerinin değerlendirilmesinde ölçü olarak diğer Avrupa ülkelerinde SAİK’in nüfusa oranı sıklıkla kullanılmıştır. Tablo 2’de gösterildiği gibi, Türkiye’deki hem doktor hem de hemşire yoğunluğu ki bu 10.000 kişilik nüfus başına SAİK sayısı olarak ölçülmektedir ve WHO – EUROPE ülkeleri, Avrupa Birliği üye devletleri Avrupa B+C ülkeleri dahil olmak üzere diğer Avrupa ülkelerindeki rakamlardan oldukça düşüktür¹. Doktor yoğunluğu bu karşılaştırma gruplarının yaklaşık yarısı kadarken, hemşire düzeyleri, bu ülkelerdeki oranların beşte biri ile altıda biri kadar düşük düzeydedir. Diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında düşük doktor ve hemşire düzeyleri, birçok alanda sürekli olarak düşük olan sağlık göstergeleri de göz önüne alındığında, Türkiye’de sağlık sektörü personelinin genel sayısının artırılması konusundaki

¹ Avrupa B+C ülkeleri, göreceli olarak yüksek bebek düşük ölüm oranları ve düşük yaşam beklentisi olan 26 Avrupa ülkesini içermektedir; tam liste için bakınız Dünya Sağlık Örgütü Ülke Notları⁽¹⁰⁾.

taleplere yol açmıştır. Diğer SAİK kategorileri Avrupa ortalamaları ile aynı seviyeye yakındır. Ebelerin 10.000 nüfusa oranı ortalamanın üstündedir ve eczacı ve diş hekimi konusunda açık bir eksiklik gözlenmemektedir. Türk Eczacılar Birliği ve Türk Diş Hekimleri Birliğinin her ikisi de genel düzeylerinin Türkiye'nin talebi için yeterli olduğunu düşünmektedir ^(11,12).

Tablo 2: Seçilen SAİK Kategorileri İçin 10.000 Nüfus Başına SAİK Çalışanı Sayısı

Karşılaştırma Grubu	Doktor	Hemşire	Ebe	Eczacı	Diş Hekimi
Türkiye	14,9*	12,2	6,5	2,9	2,7
WHO-EURO	33,8	67,9	4,4	5,1	5,1
AB	31,8	70,0	3,6	7,2	6,1
Avrupa B+C	30,7	64,1	5,1	2,8	3,2

Kaynaklar: Dünya Sağlık Örgütü 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007

* Uzman hekimler, pratisyen hekimler ve asistan hekimleri içermektedir.

SAİK yoğunluklarının nüfus temelli olarak bölgedeki diğer ülkelerle karşılaştırılması doğal iken, bu ölçü, sağlık iş gücü düzeylerinin yeterliliğini etkileyen talep yönündeki faktörleri hesaba katmamaktadır. Türkiye'nin SAİK düzeyleri kişi başına düşük olarak gözlenebilir, ancak bu düzeyler, eğer SAİK'e fazla yük getirmeden sağlık hizmetleri talebini karşılayabiliyorsa, uygunsuz olmayabilir.

Tablo 3'de gösterildiği gibi ayaktan hastane kullanım oranları sürekli olarak artmıştır ve şu anda kişi başına 5,0'e ulaştığı tahmin edilmektedir ⁽⁸⁾. Türkiye'nin SAİK düzeylerinin değerlendirilmesi için kullanılan ikinci bir yöntem bu yüzden, talebe ilişkin olarak sağlık hizmetleri arzının analiz edilmesidir.

Tablo 3: Kişi Başı Ayaktan Hastane Kullanımı

	2003	2004	2005
Hastane Ziyaretleri	1.8	2.1	2.6
Sağlık Ocağı Ziyaretleri	1.5	1.6	2.2
Toplam Ziyaretler	3.3	3.8	4.8

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü istatistik yıllıkları, yataklı tedavi kurumları istatistik yıllıkları, (2003-2005).

Bu metodoloji, Tablo 4'te gösterilmektedir, burada temel sağlık hizmetleri ortamında talep ve doktor sayısı düzeyine odaklanılmaktadır. Görülebileceği gibi, doktor başına düşen ortalama hasta sayısı, geçmiş yıllarda artan sağlık hizmeti kullanım düzeyinin göstergesidir. Artan sağlık hizmetleri kullanımı ve aşırı iş yükü konusundaki endişeler, sağlık hizmetlerinde açık bir şekilde artan talebi karşılamak için doktor düzeyini artırma düşüncesini savunmak amacıyla SB tarafından dile getirilmektedir ⁽⁸⁾.

Poliklinik hizmetlerinde etkinliği tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada muayene olmak için sırada bekleme süreleri semt poliklinikleri için 47,5 dakika ve hastaneler için 118,13 dakika; muayenede geçen süre semt polikliniklerinde 6,3 dakika ve hastaneler için 7,2 dakika; hastanın gelişten hastanedeki tüm işlemlerinin bitişine kadar geçen toplam süre ise semt polikliniklerinde 105,75 dakika ve hastanede 179,20 dakika olarak tespit edilmiştir ⁽¹⁹⁾.

Tablo 4: Temel Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Eğilimleri

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sağlık Ocağı Ziyareti	51.436.891	58.142.436	55.844.883	66.505.376	74.487.182	105.482.440
Sağlık Ocağı Ziyareti / Doktor / Yıl	3,771	3,875	3,734	4,623	5,545	7,509
Sağlık Ocağı Ziyareti / Gün / Doktor*	17.1	17.6	17.0	21.0	25.2	34.1

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005.

*Haftada 45 saatlik çalışmaya ve yılda 220 iş gününe dayanmaktadır

Üçüncü bir yöntem de SAİK seviyelerini, sağlık sistemindeki, iyileştirilmiş toplum sağlığı ve hizmet sağlama göstergeleri gibi sonuçlara dayalı analiz etmektir. Örnek olarak, Tablo 5, SAİK seviyelerinin ve bağışıklama kapsamının, zaman serili istatistiksel analizinden çıkan sonuçları göstermektedir. Burada SAİK seviyeleri, temel sağlık düzeyindeki hekim, hemşire/ebe ve diğer SAİK'in nüfusa olan oranları ile il düzeyinde bağışıklama oranlarına ilişkin analiz yapılmıştır². Doğrusal gerileme şunları gösterir: ilk olarak, hekim sayıları ile bağışıklama oranları arasında zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yok iken, nüfusun hemşire ve ebeler oranı ile bağışıklama oranları arasında negatif ilişki bulunmaktadır. 1000 kişi başına düşen her bir ek hemşire/ebe, aşılama oranlarında % 2,4'lik bir artış ile ilişkilendirilmektedir. İkinci olarak, hekimlerle karşılaştırmalı bir ilişkinin varlığı gözükmemektedir. Üçüncü olarak, diğer bir çok SAİK dışı unsurlar bağışıklama oranlarını etkiliyor görünmektedir: İl düzeyinde kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'da (GSYİH) %1'lik bir artış (bağışıklama oranlarını etkileyen bazı il özelliklerini bulmaya yönelik) bağışıklama oranlarındaki % 15'lik bir artış ile ilişkilendirilir ve bu tek başına bağışıklama oranlarında % 30'luk bir varyasyonu oluşturmaktadır. Bu bulgular, sistemin temel düzeyindeki hemşireler ve ebeler gibi bazı SAİK kategorilerinin seviyelerini artırmaya yönelik tartışmalarla uyumlu kanıtlar sunmaktadır. Bu analiz tek başına SAİK seviyeleri hakkında sektör çapında sonuçlar çıkarmak için yeterli değildir. Aynı zamanda daha çok doğrudan hekimlere uygulanabilir göstergelerle tamamlayıcı analizler gibi araştırmalar yararlı olacaktır. Bununla beraber bu analiz, SAİK seviyelerini değerlendirmek için; nüfusa dayalı hesaplamalarla elde edilenin ötesinde bir ışık tutan, kanıta dayalı yöntemi göstermektedir.

² Bağışıklama oranı, BCG, DPT (3 Doz), polio (3 doz), MMR, HB (3 doz) ve TT'nin ortalamasını gösterir.

Tablo 5: SAİK İllere Göre Aşılama Oranları (2000 – 2005)

	Aşılama oranı (x100%)
Hekim başına nüfus (binde)	0.002
	(0.55)
Hemşire / ebe başına nüfus (binde)	-2.397
	(5.22)**
Diğer personel başına nüfus (binde)	-0.005
	(0.08)
Log (kişi başı GSYİH)	14.228
	(7.52)**
Sabit (constant)	-25.248
	(1.80)
Gözlemler	485
İl sayıları	81
R-kare (R-squared ³)	0.40

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (2000-2005); Hamzaoglu ve Özcan (2006), Türkiye Sağlık İstatistikleri, Ankara.

* 5% düzeyinde anlamlı;

** 1% düzeyinde anlamlı.

Ancak, yukarıda belirtilmiş olan metodolojilerden hiç biri, SAİK düzeylerinde söz konusu olabilecek daha geniş ekonomik kısıtlamaları göz önünde bulundurmamaktadır. Sağlık hizmetleri için arz ve talebe ek olarak, gelişmişlik düzeyi, sağlığa yapılan harcama, sunum sistemlerinin yapısı ve benzeri gibi faktörlerin de değerlendirilmesi önemlidir. Her ne kadar birçok Avrupa ülkesinin daha yüksek SAİK yoğunluğu bulunsun da, bu ülkeler aynı zamanda sağlığa önemli ölçüde daha fazla para harcamaktadır. Tablo 6'da belirtildiği gibi, Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları, DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinin ortalamasının % 35'i ve AB üye ülkelerinin ortalamasının dörtte biridir. Buna ek olarak, sağlık harcama düzeyleri Türkiye'ye benzer olan diğer birçok Avrupa ülkesi, sağlık sisteminde doktor düzeylerini etkileyen mali zorluklar yaşamaktadır. Örneğin, 1999 yılından bu yana Slovakya'da göreceli olarak durgun olan doktor düzeylerine rağmen, sağlık hizmetleri sistemi halen sağlık personeline cazip ücret verme yönünde mücadele etmektedir⁽²⁵⁾. Türkiye'nin de benzer kaynak kısıtlamaları olduğu göz önünde bulundurulursa, eş zamanlı olarak ekonomik gelişme sağlanmadan bu düzeylere ulaşılması gerçekçi bir yaklaşım olmaz. Ancak, SB geçmiş yıllar içinde ulusal bütçeden aldığı payı (2002'de %2,6; 2006'da 4,9) artırmıştır. Toplam devlet harcamasının yüzdesi olarak devlet sağlık harcaması 2000 yılında % 9,8'den % 16,22'ye yükselmiştir⁽²⁶⁾. Bu da, hükümetin, diğer sektörlerle kıyasla sağlık sektöründe kamu harcamasının artırılması konusundaki taahhüdünü göstermektedir. MB de, çok uluslu finans kurumları ve özel yatırım pazarları konusuna kısıtlı taahhüdü bağlamında sağlık ve eğitimin öncelikli sektörleri olduğunu açık bir şekilde ifade etmiştir⁽²⁷⁾. Bu konuya ayrıca Bölüm 4.1.1'de değinilmiştir.

³ Sonuçlar, otomatik korelasyonun AR(1) Kabul edildiği bir rastgele etkilere dayalı lineer regresyon Genelleştirilmiş En Küçük Kareler (GLS) regresyonuna dayanmaktadır. R-kare, iller arası varyasyonla (R-kar=0,55) il içi varyasyonun (R-kare=0,06) zamana göre birleştirilmesiyle oluşan genel varyasyonu gösterir.

Tablo 6: Kişi Başı Kamu Sağlığı Harcaması (Satın Alma Gücü Paritesi (PPP\$))

	2002	2003	2004
Türkiye	327	378	425
WHO-EURO	1,095	1,150	1,207
AB	1,575	1,650	1,727

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, European Health For All Database, Erişim Mart 2006.

Meksika ve Kore ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin SAİK düzeyleri, katı bir şekilde nüfusa dayalı kıyaslama metodolojisinin ötesine uzanma ve SAİK düzeylerinin uygunluğunu etkileyen diğer faktörleri göz önüne alma potansiyelini gündeme getirmektedir. Tablo 7'de gösterildiği gibi, üç ülkenin de benzer doktor yoğunluğu bulunmaktadır ve hemşire düzeyleri arasındaki fark (Türkiye'de 12 iken Meksika'da 22) daha büyüktür. Oysa Türkiye'nin yaşam beklentisi Meksika'dan ve Kore'den düşüktür ve bebek ölüm oranı bunlardan yüksektir. Arz göz önüne alındığında Türkiye'deki doktor ve hemşire düzeyleri yetersiz olabilir mi? Türkiye'deki kişi başı muayeneler Meksika'nın iki katı iken, Güney Kore'nin yarısıdır. Türkiye SAİK için yeterince harcama yapmıyor mu? Türkiye hükümeti aslında sağlık için kişi başına Meksika'dan daha fazla harcama yapmıştır, ancak bu oran Güney Kore'den düşüktür. Dramatik olarak artan SAİK düzeyleri uygulanabilir bir seçenek midir? Türkiye'nin kişi başı GSYİH oranı bu üç ülke arasında en düşüktür ve bu, paranın SAİK düzeyleri üzerinde etkin bir şekilde harcanması gerektiğini göstermektedir. Tablo 7'deki SAİK düzeyleri ve aşılama analizi Türkiye'de özellikle düşük hemşire yoğunluğunun en çok üzerinde durulması gereken sorun olabileceğini göstermektedir. Hangi sonuç çıkartılırsa çıkartılsın, bu tür bir karşılaştırma SAİK düzeylerinin uygunluğu konusunda değerlendirme yapmak için kullanılmış olan kriterlerin genişletilmesinin potansiyel olarak faydasını vurgulamaktadır. Sonuçta, SAİK düzeylerinin uygunluğunun anlamlı bir şekilde değerlendirilebileceği herhangi bir tek kıyaslama noktası veya kriter bulunmamaktadır.

Tablo 7: Türkiye, Meksika ve Güney Kore Arasında Seçilen Göstergelerin Karşılaştırması*

	SAİK / 10,000 nüfus		Sağlık göstergeleri		Talep	Ekonomik kısıtlamalar	
	Hekimler	Hemşireler	Yaşam beklentisi	Bebek Ölüm Hızı	Ayaktan hasta muayenesi/ kişi başına	Sağlık kamu harcamaları/ kişi başına**	GSYİH/ kişi başına**
Türkiye	15	12	71.0	23.6	4.8	418	7,562
Meksika	15	22	75.2	19.7	2.5	307	10,242
Kore	16	18	77.4	5.3	10.6	591	20,668

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, European health for all database, erişim Mart 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007.

* 2004 ya da sonraki yıllara ait veri mevcut.

** Dolar bazında satın alma gücü paritesi.

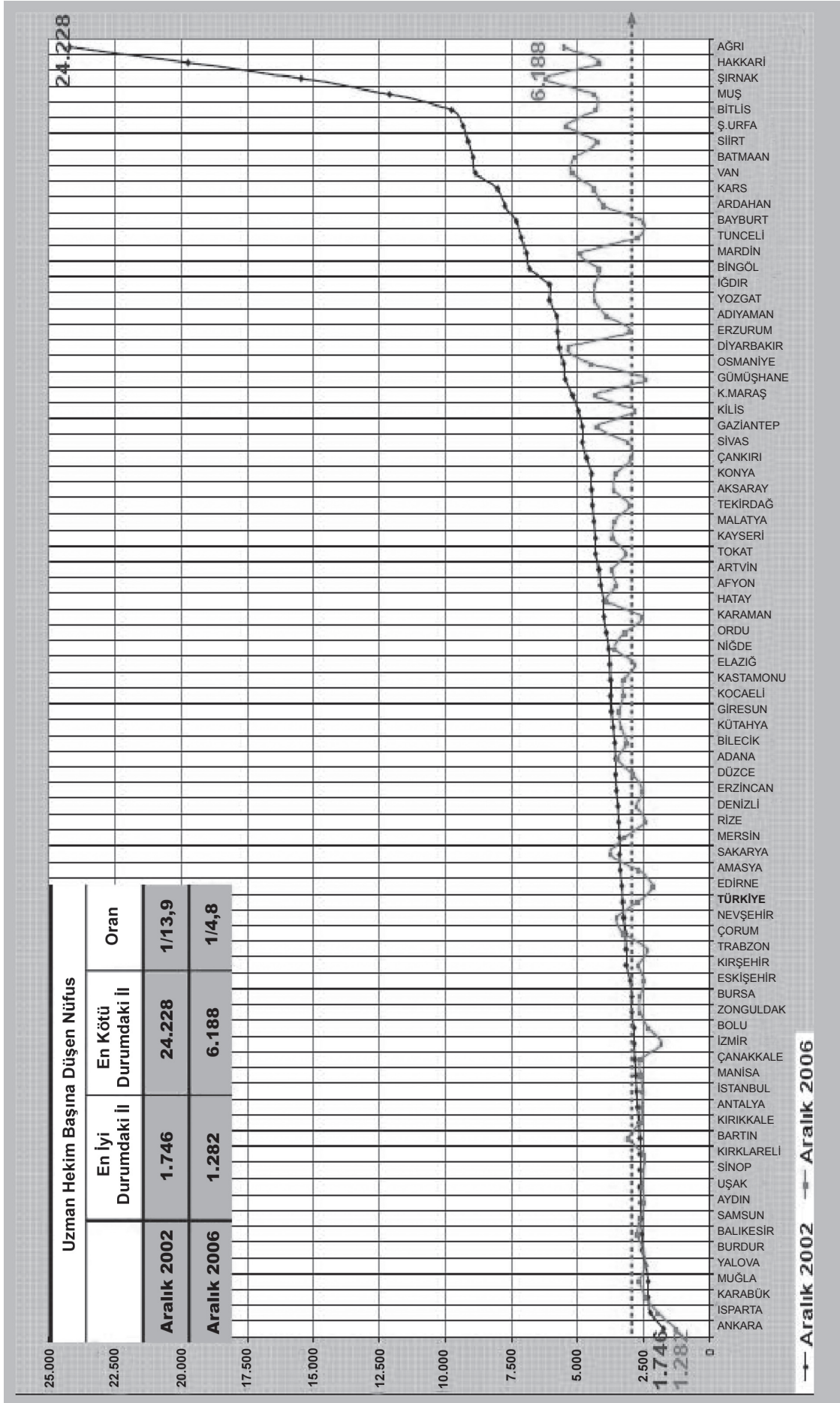
3.2 SAİK Dağılımı

SAİK'in Türkiye'de dağılımı iki boyuttan önemli dengesizlikle yüz yüzdendir: coğrafi olarak ve beceriler. Coğrafi olarak, iller arasında ve il içinde ve aynı zamanda kentsel merkezlerde farklı SAİK yoğunlukları bulunmaktadır. Beceriler bakımından, uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranı ve hemşirelerin/ebelerin hekimlere oranı dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

3.2.1 Coğrafi Dağılım

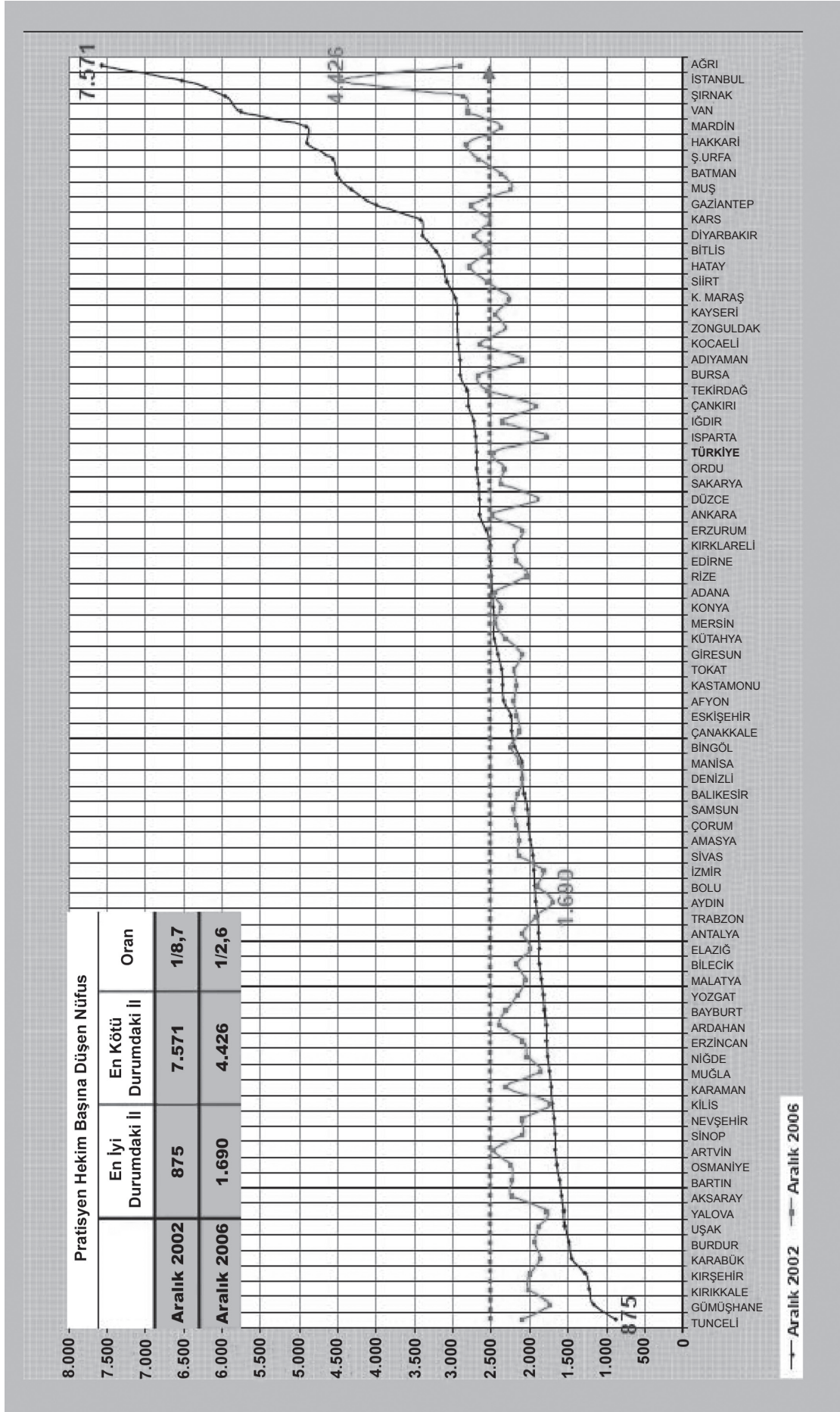
Türkiye'de eşit olmayan coğrafi dağılım; uzun süredir gündemde olan bir endişedir, bu konu SB tarafından da kabul edilmiş ve ele alınmıştır⁽⁷⁾. Coğrafi dengesizliklerin iki ana bileşeni vardır, iller arasında ve kentsel merkezler içinde. İl düzeyinde, geçmiş yıllarda coğrafi dengesizliklerin azaltılması bakımından bazı ilerlemeler kaydedilmiş görünmektedir. Şekil 2, 3 ve 4 sırasıyla uzman hekimler, pratisyen hekimler ve hemşire / ebelerin dağılımındaki coğrafi farklılıkları göstermektedir. Her bir SAİK kategorisinin nüfusa oranında il düzeyinde farklılıklar varken, bu farklılıklar birkaç yıl öncesine kıyasla daha düşüktür. Coğrafi dengesizlikler uzman hekimler açısından en yüksek düzeyde olsa da, SB'nin bu yöndeki çabaları neticesinde SB kurumlarındaki dengesizliklerin düzeltilmesinde önemli yol alınmıştır.

Şekil 2: Uzman Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler (2002-2006)



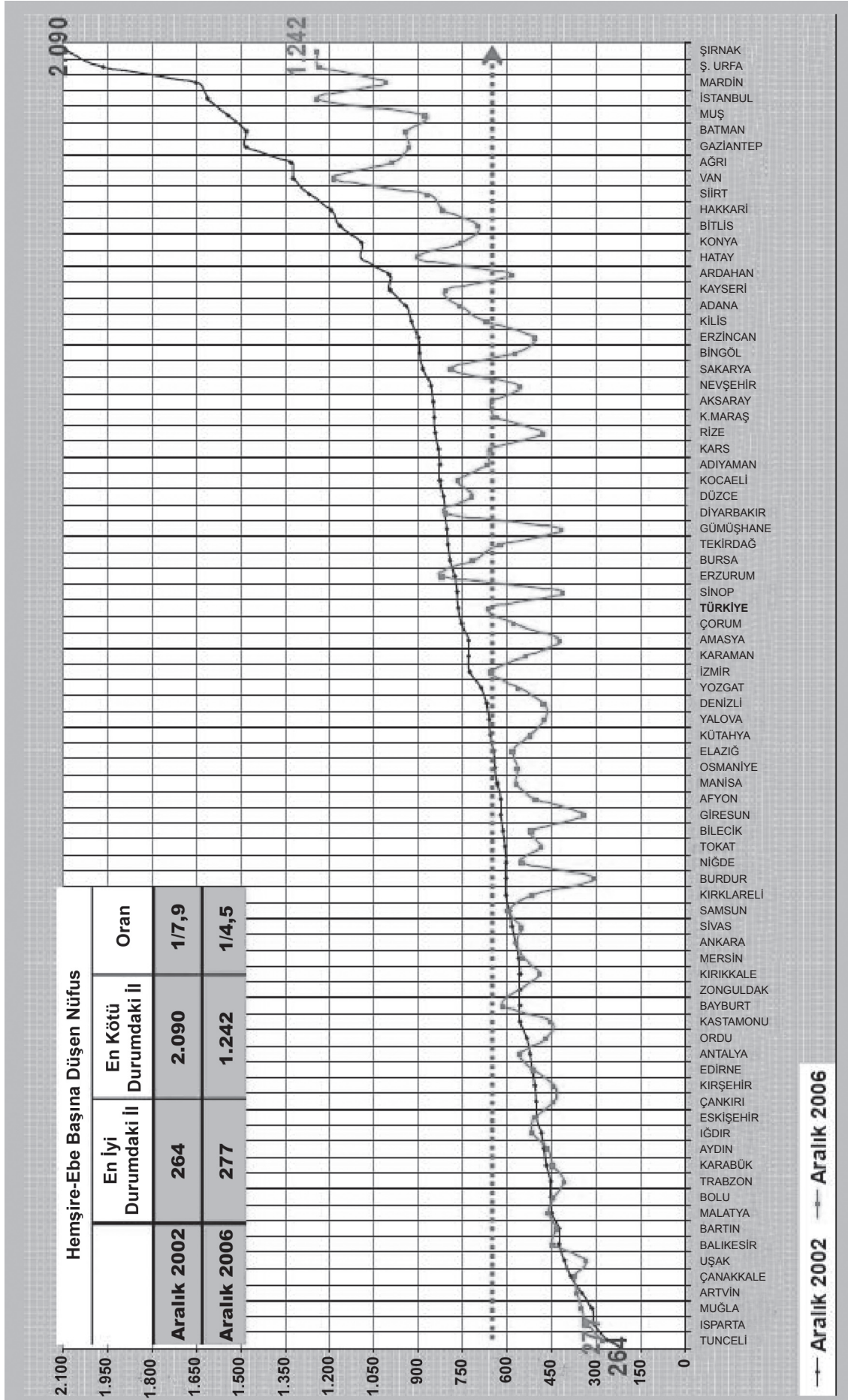
Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe Sunumu

Şekil 3: Pratisyen Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler



Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe Sunumu

Şekil 4: Hemşire ve Ebelerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişmeler



Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe Sunumu

Coğrafi dengesizlikler, il düzeyinde ekonomik gelişme ile ilişkili görünmektedir. Tablo 8, uzman hekimler, pratisyen hekimler ve hemşireler/ebelerin yoğunluğu ile kişi başı GSYİH arasındaki korelasyonları sunmaktadır. Üç önemli nokta vurgulanabilir. Öncelikle, bir SAİK kategorisi ile diğer kategori arasında yüksek düzeyde bağlantı bulunmaktadır. İkinci olarak, illere göre kişi başına düşen GSYİH ve SAİK başı nüfus negatif yönde ilişkilidir, bu da yüksek kişi başına düşen GSYİH'ye sahip olan illerde SAİK çalışanı başına düşen daha az kişi olduğunu gösterir. Üçüncü olarak, kişi başına düşen GSYİH ile SAİK başına nüfus arasındaki negatif ilişki, hekimler arasında, hemşireler/ebelerle karşılaştırıldığında biraz daha güçlüdür. Aslında, SAİK başına nüfusun basit çift değişkenli istatistiksel analizi şunu göstermektedir ki uzman / pratisyen hekim yoğunluğundaki değişikliğin % 50'den fazlasını illere göre kişi başına düşen GSYİH teşkil etmektedir, oysa kişi başına düşen GSYİH hemşire/ebe düzeylerindeki değişikliğin sadece % 30'unu göstermektedir. Bu ilişkilendirmeler bir nedenselliği ortaya koymadığı gibi, il düzeyindeki SAİK yoğunluklarının diğer belirleyicilerine de işaret etmemektedir. Ancak bu durum, sosyoekonomik faktörlerin coğrafi dengesizliklerde bir rol olmaya devam ettiğini ortaya koymaktadır. Aslında, illere göre sosyoekonomik durum ve dağılım arasındaki bağlantılar daha önceden de rapor edilmiştir ⁽⁹⁾.

Tablo 8: İl SAİK Dağılımı ve Gelişimi

Korelasyon	Nüfus/ Uzman Hekim	Nüfus/Pratisyen Hekim	Nüfus/ Hemşire & Ebe	Kişi Başına Düşen GSYİH
Nüfus/ Uzman Hekim	—			
Nüfus/ Pratisyen Hekim	0.72	—		
Nüfus / Hem&Ebe	0.67	0.78	—	
GSYİH/ Kişi Başı	-0.59	-0.48	-0.42	—

Kaynak: SAİK yoğunlukları: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007; kişi başı GSYİH: Hamzaoglu ve Özcan⁴

SAİK dağılımı açısından kentsel alanlar içindeki dengesizlikler de önemli bir sorun gibi durmaktadır ve bunun nedeni de muhtemelen benzer sosyoekonomik faktörlerdir. Büyük kentsel alanların daha fakir kesimlerinin SAİK'e ulaşımı daha yetersizdir. Örneğin, İstanbul'daki muayenahaneler üzerinde 2002 yılında yapılan bir çalışmada nüfusun doktor yoğunluğu ve hastane yatağı sayısı üzerinde belirleyici olmadığı, muayenahanelerin nerdeyse yarısının (% 45) iki ilçede yoğunlaştığı görülmüştür⁽²⁸⁾.

3.2.2 Becerilerin Dağılımı

Becerilerin dağılımı, bir ülkenin ihtiyaçları bakımından farklı SAİK tipleri arasında becerilerin karışımının uygunluğunu ifade etmektedir. Türkiye'de, iki ana beceri dengesizlik türü mevcut görünmektedir. Bunların ilki uzman ve pratisyen hekimler arasında, ikincisi de hemşire ve doktor arasındadır. Hekimler arasındaki beceri dağılımı bakımından, çalışmakta olan hekimlerin yaklaşık yarısı uzman hekimdir. Ayrıca, her ne kadar istatistikler hekimlerin yarıdan fazlasının

⁴ Daha güncel veri bulunamadığından, 2001 yılına ait GSYİH verileri alınmıştır.

pratisyen hekim olduğunu gösterse de, bu rakam, uzmanlık eğitimi alan 17.000 asistan hekimi de içermektedir ve bunların yaklaşık 10.000 tanesi hastane ve acil servislerde hizmet vermektedir. Bu yüzden Türkiye'nin hekim iş gücünün sadece dörtte biri aktif olarak temel sağlık düzeyinde çalışmaktadır. Türkiye'nin hastalık yükü, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın desteklenmesi konusuna yapılması gerekenler hesaba katıldığında, pratisyen hekim oranının düşüklüğü nedeniyle becerilerin uygun dağıldığını söylemek güçtür. Bebek ölüm hızı halen göreceli olarak yüksektir ve diğer birçok hastalığın ana kaynağından temel sağlık hizmetleri sorumludur⁵. Yaşlanan nüfus ve kronik hastalık yükünün artması nedeniyle koruma ve desteklemeye daha çok önem verilmelidir. Birçok tıp uzmanlığı arasında, temel sağlık hizmetleri becerileri konusuna geçmişte fazla odaklanılmamıştır. Her ne kadar yakın zamandaki aile hekimliği modelini geliştirmeye yönelik girişimler mevcut hastalık yüküne değiniyor olsa da, şu anda hekimlerin küçük bir kısmı (20 yılda yaklaşık 1300 hekim eğitilmiştir) aile hekimi uzmanı olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sayı hekim iş gücünün % 3'ünden daha azdır.

Aynı zamanda hekim başına düşen hemşire sayısı göreceli olarak azdır. Ulusal düzeyde, tam zamanlı çalışan uzman ve pratisyen hekim sayısı kadar hemşire bulunmaktadır. WHO EURO bölgesindeki ülkeler için bu sayı doktor başına yaklaşık 2 hemşire ve Avrupa B + C ülkelerinde doktor başına 2.1 hemşiredir^(3,29). Düşük hemşire hekim oranı şunu göstermektedir ki hemşireler tarafından yapılabilecek bazı klinik görevler doktorlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Maaş farklılıkları ve hekim kaynaklarını daha etkin bir şekilde tahsis etme ihtiyacı göz önüne alındığında, bu düşük oran, Türkiye'de insan kaynaklarının etkililiği önünde büyük bir kısıtlama olarak değerlendirilebilir. Verimlilik konusunda daha fazla değerlendirme Bölüm 3.3.1'de yapılmıştır. Aslında, her ne kadar beceri karışımında, bazı kritik uzmanlıklarda profesyonelliğe doğru bir kayma olsa da hemşirelik mesleğine, eğitim düzeyleri ile uygun olacak şekilde daha büyük rol ve görevlerin verilmediği ortaya çıkmaktadır⁶. Türkiye'deki göreceli olarak yüksek bebek ölüm oranı, temel sağlık hizmetlerine yapılan vurgunun artırılmasına duyulan ihtiyacı sürekli olarak gündemde tutmaktadır ve bu hizmeti ön planda sağlayan hemşirelerin düzeyinin düşük olması da önemli bir konudur.

3.3 SAİK Performansı

SAİK'in performansı biri verimlilik, diğeri kalite olmak üzere iki çizgi üzerinde analiz edilebilir. Verimlilik teknik verimlilik anlamındadır ve SAİK için harcanan her Türk Lirası iyi bir şekilde harcanmış mıdır sorusuna cevap verir. Kalite, hem teknik kaliteyi (yani klinik performansı) hem de algılanan kaliteyi (yani hastaların algıladığı kaliteyi) ifade etmektedir. Şurası belirtilmelidir ki SAİK performansının değerlendirilmesi özellikle zor bir konudur. Örneğin verimliliğe ilişkin altın standart ölçüler bulunmamaktadır ve kaliteye ilişkin derinlemesine anlayış, bu değerlendirmenin kapsamının ötesinde zaman ve kaynak gerektirmektedir.

⁵ 0-14 yaş arası çocuklarda başlıca ölüm sebepleri arasında, perinatal sebepler (37.6%), akut solunum yolu enfeksiyonları (14%), konjenital anomaliler (10.3%) ve ishali hastalıklar (8.4%) bulunmaktadır. *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Projesi: Hastalık Yükü Final Raporu*. Ankara, Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfızısıhha Mektebi Müdürlüğü, Baskent Üniversitesi.

⁶ Bu kısmen 1954 yılından bu yana değişmemiş olan mevcut hemşirelik kanununa bağlıdır. Görev tanımlarını da içeren bir kanun değişikliği Meclis'te görüşülmektedir.

3.3.1 Verimlilik

Hem temel sağlık hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri seviyelerinde, son yıllarda yavaş yavaş artan verimlilik işaretleri mevcuttur. Burada analiz edilen verimlilik ölçütleri; ayakta hasta sayısını, hekim başına yatan hasta süresini, yataklı hastanın hastanede kalış süresini ve yatak doluluk oranı içermektedir⁷. Bölüm 3.1’de de sözünü ettiğimiz gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Tablo4) hekim başına düşen ayakta hasta ziyaretleri 2005 yılında 2000 yılına oranla yaklaşık 2 kat artmıştır. Bu göstergeden kalite hakkında bir çıkarım yapılamasa da verimliliğin arttığı söylenebilir. Tablo 9, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde bir derece artan verimliliği göstermektedir. Hekim başına düşen yatan hasta günleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde düşerken SB hastanelerinde artmıştır. Aynı zamanda hastanın hastanede ortalama kalış süresi hem SB hastanelerinde hem de diğer hastanelerde 5-6 gün arasında değişmektedir. SB hastanelerindeki hekim başına yatan hasta yükü, 2001 yılı itibariyle hekim başına 121 yatan hastadan, 2005 yılında 133 hastaya çıkmıştır. Bütün bu veriler, 2006 yılı itibariyle hem sağlık ocaklarında hem de SB hastanelerinde muayene sayılarının 2002 yılına oranla % 75 artışını ve SB eğitim hastanelerinde hekim başına bakılan hasta sayısının aynı dönemde 6,9’dan 9,7’ye yükselişini işaret eden verilerle uyumludur⁽³⁰⁾. Yine de, SB hastaneleri yatak doluluk oranları düşük kalmakta (2000-2006 arası %58,5 ila %77,9 arasında) ve bu da verimlilikte kurumsal gelişim için daha iyisinin yapılabileceğini göstermektedir.

Tablo 9: Hastane Düzeyinde SAİK Verimliliği

	2001	2002	2003	2004	2005
Yatan Hasta Günleri/Hekim					
Bütün Hastaneler	595	585	578	592	575
SB Hastaneleri	667	665	635	694	712
Diğer Hastaneler	547	564	525	505	400
Ortalama Yatış Süresi (gün)					
Bütün Hastaneler	5.9	5.9	5.8	5.7	5.4
SB Hastaneleri	5.5	5.8	5.7	5.4	5.3
Diğer Hastaneler	6.3	6.0	5.8	6.0	5.6
Hasta / Hekim / Yıl					
Bütün Hastaneler	105	105	100	104	107
SB Hastaneleri	121	113	112	129	133
Diğer Hastaneler	86	95	90	84	71

Kaynak: SB, yataklı tedavi kurumları istatistik yıllıkları (2001-2005)

⁷ Bu göstergelerle ilgili kısıtlamalar Kaliteyle ilgili bölümde tartışılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bağışıklama oranlarındaki varyasyonların analizi, verimliliği etkileyen faktörlere ışık tutmaktadır. Tablo 10, il aşılama oranlarındaki doğrusal gerilemenin, SAİK seviyelerinde ve mali teşvikler üzerindeki sonuçlarını göstermektedir. Burada yapılan analiz, Tablo 5'e (Bölüm 3.1) benzetmekle birlikte, SAİK'in döner sermaye miktarı (binde) bakımından aldığı mali teşvikleri de içermektedir. Sonuçlar şunları göstermektedir: İlk olarak, SAİK yoğunlukları ile aşılama oranları arasındaki ilişki Tablo 5 ile uyumludur: 1000 nüfus başına her bir ek hemşire/ebe aşılama oranlarında % 2,4'lük ve 1000 nüfus başına her bir ek hekim % 1'lik bir artış ile ilişkilendirilir. İkinci olarak, döner sermayeden kazanımlar motivasyon kaynağı olabilir ve verimliliği artırabilir. Temel sağlık hizmetleri düzeyinde SAİK başına düşen döner sermayede her % 1'lik artış bağışıklama oranlarında % 4,5'lik bir artış ile ilişkilendirilir.⁸

Tablo 10: İllere Göre Aşılama Oranları ve Saik Seviyeleri/Mali Teşvikler (2005)

	Aşılama Oranı
Hekim Başına Düşen Nüfus (Binde)	-1.03 (4.39)**
Hemşire/Ebe Başına Düşen Nüfus (Binde)	-4.11 (3.00)**
Diğer Personel Başına Düşen Nüfus (Binde)	1.24 (1.03)
Log (SAİK Başına Döner Sermaye)	4.45 (2.31)*
Log (Kişi Başı GSYİH)	3.21 (2.02)*
Sabit	18.31 (0.86)
Observations	81
R-squared	0.63

Kaynak: SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2005 İstatistik Yıllığı; Hamzaoglu ve Özcan 2006.

* % 5 düzeyinde anlamlı, ** % 1 düzeyinde anlamlı.

3.3.2 Kalite

Verimlilik üzerine bir analiz, performansın bir bileşenine ışık tutuyorsa da, hizmet sağlama kalitelerine değinmeden sonuca varmak güçtür. Temel sağlık hizmetleri ve ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetinde, artan hasta yükünün hastaya sunulan hizmeti ya da sağlık sonuçlarını nasıl etkilediği bilinmeden, artan verimliliğin iyi ya da kötü bir eğilimi temsil ettiği bilinemez. Gerçekten de, Türkiye'de SAİK tarafından sunulan hizmetlerin kalitesi, SB ve YÖK'ün tartışılan gündemleri arasındadır. Öncelikle, özellikle temel sağlık hizmetleri düzeyinde kamu sağlık hizmet birimlerinin

⁸ Bu analizin doğası ilişkiseldir ve nedenselliğe dayalı çıkarımlar yapmaz. Analiz, hatalara karşı dirençli standart hatalı en küçük kareler basit doğrusal regresyona dayalıdır.

algılanan kalitesinin, özel sağlık tesislerinin algılanan kalitenin gerisinde olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Bir dereceye kadar bu durum, geçmişte düşük olan kamu temel sağlık hizmetleri tesislerinin kullanım oranları ile kanıtlanabilmektedir. Ayaktan hasta ziyaretlerinin sadece üçte birinin geçmişte temel sağlık düzeyinde gerçekleşmiş olması vatandaşların sistemin bu düzeyini tamamen atlادıkları ve ikinci basamak sağlık tesislerini kullandıkları ve / veya özel sektörden hizmet aldıkları anlamına gelmektedir⁽⁹⁾. Teknik kalite bakımından, nazokomial enfeksiyon oranları hakkındaki önceki araştırmalar, hizmet sağlayıcıların sunduğu hizmet kalitesinin ikinci ve üçüncü basamaklarda da bir endişe yarattığını göstermiştir. Tablo 11’de belirtildiği gibi, Türkiye’deki hastanelerin yoğun bakım ünitelerindeki cihazdan kaynaklanan enfeksiyon oranları ABD’deki oranlardan aslında daha yüksektir ve gelişmişlik açısından daha karşılaştırılabilir gelişim düzeyi olan ülkeler arasında, üç göstergeden ikisi için ortalamanın üstündedir.

Tablo 11: 1000 Cihaz Günü Başına Cihaz Kaynaklı Enfeksiyon Oranları

	U.S. NNIS*	INICC**	
		Dünyada***	Türkiye
Ventilatöre bağlı zatürre	5.4	24.1	26.5
Katatare bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu	4.0	12.5	17.6
Katatare bağlı idrar yolu enfeksiyonu	3.9	8.9	8.3

Kaynak: Rosenthal, Maki, 2006; Leblebicioglu, Rosenthal, 2007

* Ulusal Nosocomial Enfeksiyonlar Sürveyansı Sistemi, ABD.

** Uluslararası Nazokomial Enfeksiyon Kontrol Hastane Birlikleri

*** Arjantin, Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Meksika, Fas, Peru, ve Türkiye’de 46 hastane.

Diğer başka verilerin eksikliği SAİK kalitesinin bu raporla analiz edilmesini engellemektedir. Yine de, SB gelecekte analizlerin yapılabileceği bir çalışma zemini oluşturmaktadır. Performans tabanlı ödeme sistemi (bakınız Bölüm 5.3.1) tam olarak SAİK verimliliği ve kalitesini ayrıntılı olarak incelemede yardımcı olacak türde verileri toplamaktadır. Yukarıda belirtilmiş olan göstergelere ek olarak; doktor veya hemşire başına aşılama sayısı; doktor muayenesi başına harcanan zaman ve Türkiye’deki hastanelerde nazokomial enfeksiyon oranı gibi verilerin derlenmesi gerekmektedir. Bu yüzden kaliteye yönelik daha derinlemesine değerlendirmeler gelecekte gündemde yer almaktadır.

4. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARININ DURUMUNU ETKİLEYEN KAPASİTE VE POLİTİKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlıkta insan kaynaklarının finansmanı, eğitimi ve yönetimi konusundaki kapasite ve politikalar, daha önceden tanımlanmış olan sağlıkta insan kaynaklarının durumunu belirlemede önemli rol oynar. Aşağıdaki bölüm, bu üç temel faktörü açıklamaktadır.

4.1 Finansman

Sağlık hizmetlerinin iş gücü bakımından yoğun olan bir sektör olduğu göz önüne alındığında, SAİK çıktıları etkileyen en önemli faktörlerden birisi, finansmanın bulunabilirliğidir. SAİK finansmanı maaşla ilgili olan ve maaşla ilgili olmayan birçok harcamayı kapsamaktadır. Maaşla ilgili harcamalar temel maaşları, emeklilik katkıları ve ikramiyeleri içerirken; maaşla ilgili olmayan harcamalar hizmet içi ve sürekli eğitimi, lojman giderlerini, personel idaresini, düzenleyici faaliyetler ile ilişkili olan maliyetleri ve sağlık teknolojilerinin satın alımı gibi diğer hakları içermektedir. Türkiye'deki SAİK finansmanı üç temel kaynaktan gelmektedir, bunlar SB, sosyal güvenlik kurumları ve özel sektördür. Maaşla ilgili harcamalar bakımından kamu sektörü sağlık iş gücü finansmanı temel maaşlardan, sosyal sigorta katkılarından ve döner sermaye aracılığıyla performansa dayalı teşviklerden oluşmaktadır. Kamu sektörü sağlık iş gücü temel maaşları, kamu sektöründe çalışan sözleşmeli personel de dahil olmak üzere SB bütçesinden yapılan tahsisatlarla finanse edilmektedir. Temel maaş oranları Türkiye'deki tüm kamu sektörü çalışanlarında olduğu gibi, memurluğa ilişkin kanunlar ve ölçekler düzeyinde belirlenmektedir. Buna ek olarak, Personel Dağılım Cetveli (PDC) eğitim düzeyini, deneyim yılını, coğrafi ve sosyoekonomik yerleşimi de hesaba katmaktadır ve mahrumiyet alanlarında istihdam edilen sağlık çalışanları için teşvikler sağlamaktadır. Döner sermaye, SAİK maaş eklerinin karşılanması için ikinci büyük finansman kaynağını teşkil etmektedir. Döner sermaye sağlık hizmeti tesisi düzeyinde üretilen gelirlerle finanse edilmektedir. Tesis düzeyindeki gelirlerin kaynakları sosyal güvenlik kurumlarını (SSK, Bağ Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart, ki bunlar, yeni bir kuruluş olan SGK altında toplanmıştır) ve cepten ödemeleri içermektedir. Son olarak, özel sektör SAİK ücretleri ve ücret dışı girdileri, doğrudan cepten ödemelerle hasta tarafından, sosyal güvenlik kurumları tarafından veya özel sağlık sigortaları tarafından finanse edilmektedir.

Aşağıdaki bölüm SAİK finansmanını, SAİK için finansmanın uygunluğu ve finansman kararlarının verildiği süreçler olmak üzere iki düzeyde değerlendirmektedir. SAİK için finansmanın uygunluğu hem genel finansman bulunabilirliği bakımından (yani SAİK finansmanı için elverişli olan kaynak diliminin büyüklüğü) hem de bulunabilir finansmanın harcanma etkililiği bakımından analiz edilir. Kaynak tahsisi süreci, ilgili paydaşların ve bunların finansman kararları ile sonuçlanan etkileşimlerinin bir tanımı aracılığıyla analiz edilir. Bu bölümün geri kalan kısmı, iki nedenle SAİK finansmanının ücret kısmının analizine odaklanmaktadır. Öncelikle, veri kısıtlamaları, ücretle ilişkili olmayan SAİK harcamalarının analizini engellemiştir. İkinci olarak, ücretle ilgili olmayan SAİK harcamaları genellikle SAİK harcamalarının ücret kısmının bir bölümüdür; bu sebeple analizi ücretlerle sınırlandırmak SAİK finansmanına ilişkin faydalı değerlendirmeler sağlar.

4.1.1 Finansmanın Bulunabilirliği

Türkiye'de SAİK finansmanının bulunabilirliği hem SAİK'in kullanabileceği ulusal ekonomik kaynaklara hem de sağlık sektörüne yapılan gerçek tahsisatlara dayanmaktadır. SAİK'in

kullanacağı ulusal ekonomik kaynakların bulunabilirliği kısa-orta dönemde, hükümetin cari hesap açıklarını azaltmak üzere tasarlanmış olan hükümet politikaları ile sınırlandırılacaktır. Uluslar arası Para Fonu (IMF) ile müzakere edilmiş anlaşmalar altında, Türkiye hükümeti bazı konularda taahhütte bulunmuştur ⁽²⁷⁾. Bunlar: % 5’lik bir bütçe fazlasına ulaşılması (merkezi düzeyde % 6,5), sosyal güvenlik katkıları üzerine harcama sınırlarının konulması, 2007 yılında yeni istihdam için tavan uygulamasının yapılması ve memur iş gücünü 23.000 kişi ile sınırlandırılması⁹. Bu politikalar genel kamu sektörü finansmanının önümüzdeki birkaç yıl içinde kısılabileceğini göstermektedir ki bunun da SAİK finansmanı üzerinde etkisi olabilir.

Sağlık sektörüne tahsis edilen kamu sektörü kaynakları yakın zamanda artış göstermiştir ve bu eğilimin devam edeceği yönünde göstergeler bulunmaktadır. Tablo 12’de görüldüğü üzere, Merkezi hükümet bütçesinden SB’ye yapılan tahsisatlar geçen birkaç yıl içinde neredeyse iki katına çıkmış ve 2002 yılında % 2,4’dan, 2006 yılında % 4,39’a yükselmiştir. 2007 bütçesi bu eğilimi, 2006 yılından % 18 net artışla devam ettirmektedir¹⁰. Her ne kadar mevcut üç yıllık orta dönemli bütçe planı halen müzakere edilse de, MB sağlığın eğitimle birlikte en üst düzey önceliğe sahip sektör olmaya devam ettiğini belirtmekte ve en az 10.000 yeni sözleşmeli personel kadrosunun mali olarak mümkün olacağını tahmin etmektedir⁽²⁷⁾. SB ve MB arasında yapılan görüşmeler 2007 yılında 35,000 yeni SB personeli alımına yönelik planlama ile sonuçlanmıştır.

Tablo 12: Genel Bütçe Giderleri İçinde SB Bütçe Payı

	2002	2003	2004	2005	2006
SB Payı	% 2,4	% 2,43	% 3,2	% 3,55	% 4,39

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006.

4.1.2 Finansmanda Etkinlik

Etkinlik, elverişli finansmanın SAİK ile ilgili olarak ne düzeyde kullanıldığını ifade eder ve hem tahsisle ilgili hem de işletmeyle ilgili etkinliği içerir. Genel olarak ifade etmek gerekirse, tahsisle ilgili etkinlik “ben doğru işi yapıyor muyum?” sorusuna cevap verirken işletmede etkinlik ise “iş doğru mu yapıyorum?” sorusunu yanıtlar. Türkiye’deki SAİK için, bu sorular sırasıyla; “SAİK maaş düzeyi tahsisleri ülkenin sağlık hedeflerine ulaşmak için yeterli midir” ve “maaş düzeyleri mevcut finansman göz önüne alındığında kabul edilebilir düzeyde hizmet üretiyor mu” şeklinde sorulabilir. Tahsis yetersizlikleri SAİK’de çok az yada çok fazla harcamadan kaynaklanabilir. Örneğin, tüm kamu sektörü kaynakları tıbbi teknoloji yatırımlarına ayrılıp, tıbbi ekipman kullanımı için çalışanların ödemelerine hiç bırakılmazsa, finansmanın çok düşük olduğu düşünülebilir. Bunun tersine, ücret ödemelerinin toplamına çok kaynak ayrılırsa, finansmanın yüksek olduğu düşünülebilir. Tahsis etkinliklerinin yanında, eğer düşük ücret ödemesi aynı çıktı kalitesine ulaşabiliyorsa, SAİK finansmanı işletme açısından yetersiz olabilir. Her iki tür etkinlik analizi konunun en bütün halini gösterse de, verilerdeki kısıtlılıklar, bu analizi, finansmandaki tahsis etkinliklerinin incelenmesiyle sınırlı tutmaktadır.

⁹ Kamu sektöründe boş personel kadrolarını doldurma oranı için tavan, sözleşmeli personeli içermemektedir.

¹⁰ Yeşil Kart bütçesinin yeni oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesine transfer edilmesine bağlı olarak 2007 Sağlık Bakanlığı bütçesinde % 12’lik bir nominal azalma meydana gelmiştir.

SAİK ücret ödemelerine yapılan harcamalar, SAİK finansmanında aşırı tahsis yetersizlikleri olduğunu göstermez. Bir çok ülkede olduğu gibi, SAİK ücret ve maaşları, SB bütçesinin büyük bir çoğunluğunu oluşturur. SB insan kaynakları gideri olarak Genel Bütçe (GB) ve Döner Sermayeden (DS) harcama yapmaktadır. SB'nin insan kaynakları gideri değerlendirilirken bu iki kaynaktan yapılan harcamaları birlikte değerlendirmek gerekir. SB'nin giderleri içinde insan kaynakları gideri hem GB hem de DS'den 2005 ve 2006 yılları için Tablo 13'de görülmektedir.

Tablo 13: SB Giderleri İçinde İnsan Kaynakları Giderleri, 2005-2006 (Bin YTL)

Yıllar	2005	2006
SB Genel Bütçe Giderleri (Yeşil Kart Hariç)	4.960.154	5.624.693
SB Döner Sermaye Giderleri**	6.725.233	9.784.378
SB Genel Bütçe Sağlık İş Gücü Gideri*	4.398.013	4.854.398
SB Döner Sermaye Sağlık İş Gücü Gideri**	2.305.065	3.054.146
SB Toplam Sağlık İş Gücü Gideri (Genel Bütçe + Döner Sermaye)	6.703.078	7.908.544
SB Toplam Gideri (Genel Bütçe+Döner Sermaye)	11.685.387	15.409.071
SB Genel Bütçe Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	88,7	86,3
SB Döner Sermaye Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	34,3	31,2
SB Toplam Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	57,4	51,3

Kaynak: SB 2005 ve 2006 Mali Yılı gerçekleşen harcamalar ve SB Tek Düzen Muhasebe Sistemi Verileri'nden elde edilmiştir.

* Personel ödemeleri ve sosyal güvenlik primleri ile tedavi ve cenaze giderlerini kapsamaktadır.

** Hastanelerin döner sermayeleri dahil değildir.

Kamu harcamaları içerisinde SB bütçesi düzenli olarak artmaktadır ve SB bütçesinden sağlık personeline ayrılan payın çok düşük ya da etkisiz olduğu söylenemez¹¹. Gerçekten de birçok ülkede personel harcamaları % 65- 80 arasında değişmektedir⁽⁵³⁾ ve bu durum personel harcamasının çok yüksek olduğu anlamına gelmemektedir. Ancak personel motivasyonuna yönelik birçok çalışma düşük ücretlerin, düşük motivasyonun önde gelen nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur^(40,54,55,56,57).

Ortalama SAİK kazançları, kıyaslanan meslekler ve ülke ortalaması ile karşılaştırıldığında, döner sermayeden beklenen kazançlar da dahil, SAİK'in finansmanının tahsis açısından etkin olmadığı söylenemez. Tablo 14, kamu sektöründe çalışan sağlık çalışanlarının ortalama kazancının diğer kıyaslanan meslekler ve Türkiye ortalamasıyla (kişi başı GSYİH) karşılaştırmasını

¹¹ Örneğin son derece düşük olan maaşlar çalışmakta olan SAİK motivasyonunu düşürebilir ve ileride sağlık işgücüne girişlerde cesareti kırabilir. Bütün bu faktörler sağlık ve sağlık sistemi hedeflerini negatif olarak etkilediğinden sistem tahsis açısından olabildiğince etkisiz olabilir.

göstermektedir. Sadece temel maaşlar alındığında, gösterge mesleklere göre, uzman maaşlarının %40-50, hemşire maaşlarının %90 daha az olduğunu görmekteyiz. Bununla birlikte, döner sermayeden elde edilen gelirleri katmak resmi tersine çevirmektedir: kendi seviyelerindeki mesleklerle karşılaştırıldıklarında, uzman hekimlerin iki kat, pratisyen hekimlerin (Temel Sağlık Hizmetleri) 1,7 ve (Tedavi Hizmetleri) 2,5 kat, hemşirelerin de iki kat fazla kazanmaları beklenmektedir. SAİK maaşları ortalama aşmakta, ortalama uzman hekim kazancı da kişi başı GSYİH'nin 10 kat fazlasına erişmektedir.

Tablo 14: SAİK Maaşlarının Diğer Mesleklere ve Kişi Başı GSYİH'ye Oranı

	Yalnızca temel maaş					Temel maaş + döner sermayeden beklenen geliri										
	Hakim (1/4)	Prof. (1/4)	Hakim (8/1)	Öğretmen (9/1)	Kişi başı GSYİH	Hakim (1/4)	Prof. (1/4)	Hakim (8/1)			Öğretmen (9/1)			Kişi başı GSYİH		
Uzmanlar (1/4)	0.4	0.5			2.2	2.0	2.3							9.8		
PH (8/3)			0.8		1.7			1.7	–	2.6				3.4	–	3.6
Hemşire (12/3)				0.9	1.1						1.4	–	1.8	1.8	–	2.2

Kaynak: SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

4.1.3 Finansmanda Politika Yapmak

MB, SGK ve SB, SAİK finansmanında politika yapma sürecine dahil olan birincil paydaşlardır¹². MB, mali konularda sırasıyla SB ve SGK ile müzakerelerde bulunmaktadır. İnsan kaynakları konusu hali hazırda SB'de politika yapımcıların öncelik verdiği birincil konudur ve aynı zamanda SAİK finansmanının performansla dayalı ödeme bileşeni konusunda da düzenlemeler yapılmaktadır (ayrıca bkz. Bölüm 5.3.1), ancak paydaşların ilgili rolleri ve beklentileri belirsiz görünmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) geleneksel olarak kişi başına sayılar bakımından SAİK gereksinimleri tahmininde bulunmaktadır ancak, söz konusu tahminlerin 7 yıllık kalkınma planında bulunduğu ilişkin herhangi bir gösterge bulunmamaktadır. Orta ve uzun dönemli yatırım kararlarını içeren DPT tahminleri, Türkiye'nin ihtiyaçlarına dayalı personel gereksinimi şartlarına değil, beklenen giriş ve çıkışlara göre ayarlanan mevcut iş gücüne dayanmaktadır.

SB içinde, finansman sürecine dahil olan birkaç birim bulunmaktadır, ancak sorumluluk paylaşımı henüz nihai haline getirilmemiştir. Stratejik Geliştirme Bölümü bütçe planlamasından sorumludur, bu konuda Personel Genel Müdürlüğü (idari konular bakımından) ve Bütçe Dairesi ile görüşmelerde bulunur. Buna ek olarak, SB Strateji Geliştirme Başkanlığında Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuş olup bu birim performansla dayalı ödemenin geliştirilmesi ve uygulanışının izlenmesi konusunda çalışmaktadır.

¹² Mezuniyet öncesi SAİK eğitiminin finansmanı bakımından Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulunun görevleri Bölüm 6.2.1.'de ele alınmıştır.

4.2 Eğitim

Eğitim kapasiteleri SAİK düzeyini, dağılımını ve performansını birkaç şekilde etkileyebilir. Aşağıda, hem hizmet öncesi hem de hizmet içi eğitim bakımından Türkiye'nin sağlık iş gücü eğitim kapasitelerine ilişkin bulguların özeti yer almaktadır.

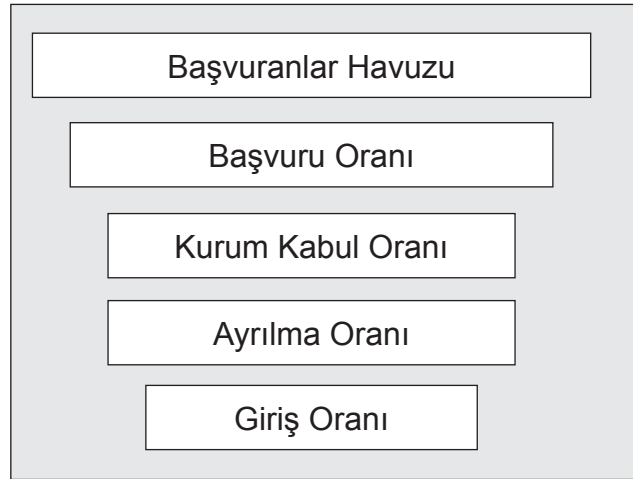
4.2.1 Mezuniyet Öncesi Eğitim

Gelecekteki sağlık çalışanlarını eğitme kapasitesi, değerlendirilmesi gereken birkaç noktayla birlikte yeterli gözükmemektedir. Aşağıdaki bölüm Ulusal ve bölgesel eğitim kapasitelerini ve mezuniyet öncesi eğitim politikalarını özetlemektedir.

4.2.1.1 Ulusal Kapasite

Türkiye'nin hizmet öncesi eğitim sisteminin ulusal düzeydeki kapasitesini irdelemek için, sistemin talep (gelecekteki sağlık çalışanları sayısı) ve arz tarafı (eğitim personeli) değerlendirmeye alınmıştır. Şekil 5 talep kısmını analiz etmek için bir çerçeve sağlamaktadır. Bu "eğitim şemasına" göre, gelecekte yeterli sayıda SAİK elde etmek, kişi giriş ve çıkışlarına bağlıdır. Başvuranların oluşturduğu başlangıç havuzu sağlık çalışanlarının gelecekteki miktarlarına ilişkin tavan belirlemektedir, iş gücü giriş oranı ise her yıl katılan fiili miktarı tespit etmektedir. Bunların arasında, aday başvuru oranı, kurum kabul oranı ve öğrenci ayrılımları gibi faktörler nihai giriş oranını etkilemektedir.

Şekil 5: Eğitim Şeması



Türkiye’de sağlık çalışanı olarak eğitilmek üzere aday sıkıntısı çekilmemektedir. Her ne kadar eğitim yeri başına sağlık mesleği eğitimine başvuru sayısı konusunda yayınlanmış bir istatistik olmasa da, iki gösterge adayların sağlık eğitimini tercih etmesinde ve eğitilmesinde önemli bir kapasite sınırlandırması olmadığını doğrulamaktadır. Tablo 15, bazı sağlık uzmanlıkları için ortalama Öğrenci Seçme Sınavı (ÖSS) puanlarını ve aynı üniversitelerdeki diğer tüm fakülteler için ortalama puanları göstermektedir. Ortalama olarak tıp, hemşirelik, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık meslek yüksek okullarına girenlerin puanları diğer fakülte ortalamalarından yüksektir. Tıp fakültelerinin oldukça yüksek puanları, üniversite giriş sınavında yalnızca 82’nci yüzde ya da üzerindeki adaylar tarafından sağlanabilmektedir. Bazı kategoriler (ebelik ve sağlık idaresi) diğer

fakülte ortalamalarından düşük olsa da, potansiyel öğrencilerin genel olarak SAİK mesleklerine değer vermedikleri söylenemez. İkinci olarak, öğrencilerin okuldan ayrılma oranlarının düşük olduğu (%2'den az) tahmin edilmekte, bu da öğrenim sırasındaki yıpranmanın çok önemli bir sorun teşkil etmediğini göstermektedir. Son olarak, bazı SAİK mesleklerinde, mezuniyet sonrası işe talebin yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, kamu sektöründe ihtiyaçtan fazla mezun hemşire olması, genişletilmiş kadroları doldurmak için (ki verimlilik ve etkinlik arasındaki pozitif ilişki düşünüldüğünde, bunu yapmak için yeterince sebep bulunmaktadır) mezun bulma konusunda çok sorun yaşanmayacağı anlamına gelir. Kısaca, Türkiye'nin mezuniyet öncesi eğitim kapasitesi, başvuranlar ve eğitimlerini başarıyla tamamlayanlar açısından sağlık işgücü büyüklüğünü sınırılıyor görünmemektedir.

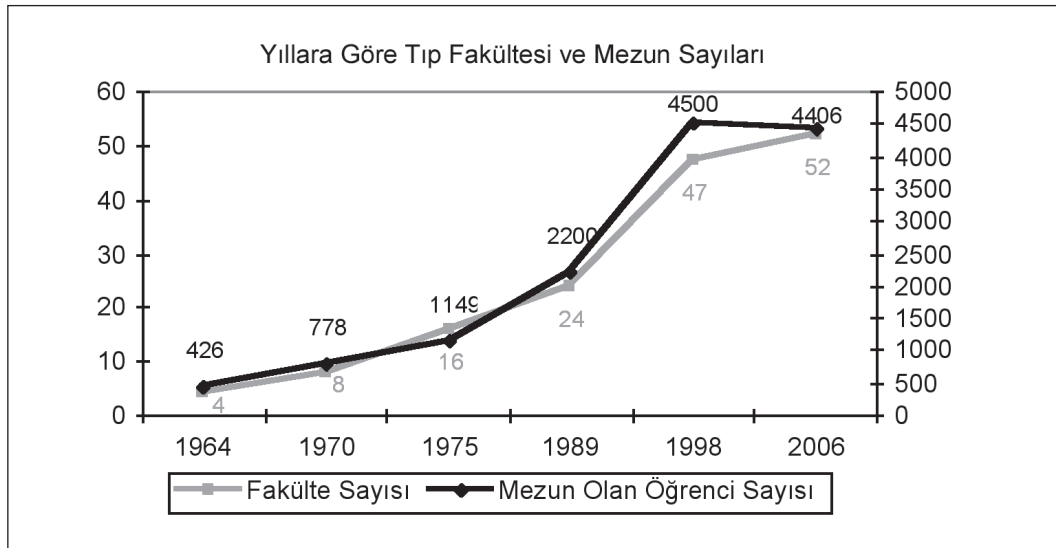
Tablo 15: Üniversite Giriş Sınavı Puanları

	Ortalama Puan
Tıp Fakültesi öğrencileri	345,342 (Sayısal Puan)
Hemşirelik öğrencileri	302,372 (Sayısal Puan)
Ebelik öğrencileri	291,419 (Sayısal Puan)
Eczacılık öğrencileri	335,241 (Sayısal Puan)
Diş Hekimliği öğrencileri	335,273 (Sayısal Puan)
Sağlık Meslek Okulu öğrencileri	311,897 (Eşit Ağırlık Puanı)
Sağlık İdaresi öğrencileri	284,374 (Sözel Puan)
Diğer öğrenciler	300,010 (Sayısal Puan)

Kaynak: YÖK, 2007

Türkiye'de arz taraflı üretim kapasitesi de yeterli gözükmemektedir, ancak yakın zamanda diğer faktörler bazı SAİK kategorilerinde göreceli olarak durgun bir üretim düzeyine neden olmuştur. Şekil 6'da görüldüğü gibi, 1964 yılından bu güne kadar tıp fakültesi sayısında sürekli bir artış olmuş ve 1990'lı yılların sonuna kadar tıp fakültesi mezunlarında da orantılı bir artış gerçekleşmiştir. 1990'lı yılların sonundan bu yana, öğrenci sayısının fakülte sayısına oranında kararlı bir azalma olmuştur. Bu durum her yıl kabul edilen tıp fakültesi öğrencilerini eğitime konusunda yeterli kapasite olduğunu düşündürmektedir ve hatta kapasitenin kullanılmadığını bile gösterebilir. Ancak, tıp fakültelerine kabul sayılarındaki sabit düzey, YÖK'ün benimsediği politikalarla kaynaklanmaktadır ve SB'nin arzuladığı üretimi yansıtmamaktadır.

Şekil 6: Tıp Fakültesi ve Mezunlarındaki Eğilimler



Kaynak: YÖK 2007

Tablo 16’da görüldüğü gibi Türkiye’de son yıllarda tıpta uzmanlık eğitimi için atanan kişi sayısı tıp fakültesinden mezun olan öğrenci sayısına oldukça yakındır. Bu da tıp eğitimi almış doktorların çoğunun uzmanlaşarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak üzere teşvik edildiğini göstermektedir. Bu konudaki arzın değiştirilerek birinci basamakta çalışacak pratisyen hekimlik veya aile hekimliği teşviklerinin artırılması gerekmektedir.

Tablo 16: Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Yapılan Atamalar ve Tıp Fakültesi Mezun Sayıları

YILLAR	Bir Önceki Yıl Tıp Fakültesinden Mezun Olanlar	Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Atananlar
2000-2001	5.133	3.526
2001-2002	5.210	3.689
2002-2003	4.960	4.035
2003-2004	4.804	4.117
2004-2005	4.363	4.807
2005-2006	4.537	4.375

Kaynak: Yüksek Öğretim İstatistikleri (2000-2006), OSYM Yayınları

Eğitim kalitesi bakımından niceliksel ve niteliksel kanıtlar komplike bir tabloyu göstermektedir. Bir taraftan, SAİK temel eğitiminin kalitesine daha fazla özen gösterilmeye başlandığına ilişkin göstergeler bulunmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin öğretim görevlilerine oranındaki azalma, yakın geçmişteki kalitenin artışı gösterebilir. Aslında YÖK fakülte

sayısındaki artışla birlikte öğrenci sayısının artmamasının temel nedeni olarak eğitim kalitesini göstermektedir.

Diğer taraftan, eğitimin kalitesine ilişkin endişeler de uzun zamandan beri belirtilmiştir⁽³⁵⁾. Öncelikle, hem temel hem de uzmanlaşmış tıp fakültesi eğitiminin kalitesi, standartlaştırılmış bir müfredatın veya eğitim standartlarının bulunmaması halinde, üniversiteler arasında da büyük ölçüde değişiklik gösterebilir. Aynı zamanda SB'nin müfredat standartlarını gözden geçirme kapasitesi de bundan etkilenecektir. İkinci olarak, tıp fakültelerindeki öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısındaki düşüklük, diğer SAIK kategorilerindeki düzeylerle (özellikle sağlık meslek yüksek okulları) eşleşmemektedir. Tablo 17, sağlık eğitimi veren okul tipine göre öğrencilerin öğretim elamanlarına oranını göstermektedir. Bu oran tıp fakülteleri için en düşüktür (yaklaşık 3,5) ve Avrupa'daki birçok ülke ile benzerdir ⁽³⁶⁾. Diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri için oranlar sırasıyla, yaklaşık 8 ve 14'dür. Hemşirelik, sağlık yüksek okulları ve sağlık meslek yüksek okullarına ilişkin oranlar önemli düzeyde daha yüksek olup sırasıyla 26, 45 ve 69'dur. Bu son üç okulda öğrencilerin öğretim elamanlarına oranının yüksek olması kaliteyi negatif yönde etkileyebilir. Örneğin, hemşirelik okulları için Türkiye'nin öğretim personeli başına ortalama 26 olan öğrenci sayısı, Amerika Birleşik Devletlerinde izin verilen orandan önemli düzeyde yüksektir ki orada, klinik stajlar için 8-10: 1'den fazla oranlara izin verilmemektedir ⁽³⁷⁾.

Tablo 17: Sağlık Eğitimi Veren Okullarda Öğrenci / Öğretim Elemanı* Sayısı

Bölge	Tıp	Hemşirelik**	Sağlık Yüksekokulu	Eczacılık	Diş Hekimliği	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Akdeniz	3.0		31.9	15.6	15.7	43.4
Orta Anadolu	3.7	32.6	33.5	9.7	7.4	67.7
Doğu Anadolu	3.8	17.6	71.1	21.4	6.2	53.0
Ege	3.2	26.3	29.7	12.2	8.6	37.9
Karadeniz	4.2		32.2		7.1	44.1
Marmara	3.4	17.7	30.3	14.6	8.6	43.7
Güneydoğu Anadolu	3.4		46.1		5.9	30.7
Toplam	3.5	26.0	44.9	14.0	8.1	68.9

Kaynak: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM), 2007

* Profesör, Doçent, Yardımcı Doçent ve Öğretim görevlilerini içermektedir. Okul bulunmayan bölgeler boş bırakılmıştır.

** Sadece hemşirelik eğitimi verilen yüksek okulları kapsamaktadır.

4.2.1.2 Bölgesel Kapasite

Bölgesel ve il düzeyindeki kapasitelerin analizi, coğrafi bazı farklılıkların olduğunu göstermektedir. Öncelikle, bölgeler dahilinde öğrencilerin fakülterle oranı önemli ölçüde değişiklik gösterebilmektedir. Tablo 18, öğrencilerin öğretim elemanlarına oranında bölgesel düzeydeki değişiklikleri göstermektedir. Tıp fakülteleri bakımından, Akdeniz bölgesindeki öğrencilerin fakülte öğretim elemanlarına oranı göreceli olarak hakkaniyetli sayılır. Akdeniz bölgesinde fakülte öğretim elemanı başına en fazla öğrenci sayısı olan il, en düşük sayısı olan ile göre 1,4 kat daha fazla bir orana sahiptir. Bunun tersine, bu konudaki farklılıklar Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde çok daha fazla dile getirilmektedir. Öğrencilerin fakülte öğretim elemanlarına oranı bakımından iller arasındaki dengesizliğin en az olduğu okullar, hemşirelik okullarıdır. Bu durum kısmen toplam okul sayısının düşük olmasına bağlıdır. Bunun yanında sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları en yüksek farklılıkları göstermektedir. İkinci olarak hem hemşirelik¹³ hem de eczacılık fakülteleri bir bölgeden daha fazlasında tamamen yoktur, bunun yanında diğer fakülte ana bilim dalları her bölgede en az bir olmak üzere temsil edilmektedir. Bu, diğer SAİK kategorileri ile karşılaştırıldığında hemşirelik ve eczacılık için daha düşük bir ülke içi coğrafi eğitim kapasitesi anlamına gelmektedir.

Tablo 18: Öğrenci / Öğretim Elemanı Açısından Bölge İçinde İller Arası Kıyaslama*

Bölge	Tıp	Hemşirelik**	Sağlık Yüksekokulu	Eczacılık	Diş Hekimliği	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Akdeniz	1.4		3.6	1.0	2.8	11.2
Orta Anadolu	3.6	1.2	4.3	1.7	3.2	6.6
Doğu Anadolu	1.8	1.0	2.4	1.1	1.0	3.0
Ege	2.8	1.0	2.1	1.0	1.0	37.0
Karadeniz	4.4		16.2		1.0	4.2
Marmara	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	4.1
Güneydoğu Anadolu	1.6		7.9		1.0	1.8

Kaynak: YÖK, 2007

* Her bir bölgenin kendi içinde en düşük ve en yüksek öğrenci / öğretim elemanı düzeyi bulunan iller arasındaki farkı oransal olarak göstermektedir.

** Sadece hemşirelik eğitimi verilen yüksek okulları kapsamaktadır.

Kapasitedeki coğrafi varyasyonların sosyoekonomik farklılıklarla ilişkili olduğuna dair göstergeler vardır. Genel olarak, gelişme düzeyi SAİK fakültelerinin yoğunluğu ile ilişkilendirilebilir. Tablo 19’da görüldüğü üzere, her çeşit SAİK fakültesinin en fazla 1/3’ü Türkiye’nin kalkınma

¹³ Akdeniz, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgesindeki sağlık yüksek okulları hemşirelik öğrencilerini kabul etmektedir. YÖK (2007), 2005-2006 Akademik Yılı Yüksek Öğretim İstatistikleri. Ankara, YÖK.

öncelikli bölgelerinde bulunmaktadır¹⁴. Bu durum, ülkenin az gelişmiş kısımlarında oldukça düşük eğitim kapasiteleri olduğu anlamına gelebilir.

Tablo 19: Kalkınma Öncelikli İl Durumuna Göre Fakültelerin Dağılımı

Bölge	Tıp	Hemşirelik*	Sağlık Yüksekokulu	Eczacılık	Diş Hekimliği	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Normal	67%	82%	67%	83%	75%	66%
Kalkınma öncelikli	33%	18%	33%	17%	25%	34%

Kaynak: YÖK, 2007

* Sadece hemşirelik eğitimi verilen yüksek okulları kapsamaktadır.

4.2.1.3 Mezuniyet Öncesi Eğitimde Politika Yapılması

Mezuniyet öncesi eğitimle ilgili politikaların belirlenmesiyle ilgili paydaşlar YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), DPT, MB ve üniversitelerdir. Sağlık çalışanlarının ve diğer SAİK kategorilerinin (ör. Psikolog, diyetisyen) üst düzey eğitimi YÖK tarafından düzenlenmektedir. YÖK'ün sorumlulukları arasında eğitimin içeriği, niteliksel planlama (yani alınacak öğrenci sayısı) ve alt yapı planlaması yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının lise düzeyindeki eğitimi 2004 yılında MEB'e devredilmiştir.

Sermaye yatırımları için (yeni üniversitelerin, fakültelerin, sınıfların kurulması gibi) YÖK, üniversitelerden gelen taleplere dayalı olarak bütçeleri hazırlamaktadır. Bu bütçeler DPT'yi de içeren bir sürece girmektedir. Cari maliyetlere ilişkin kararlar için (örneğin alınacak yeni öğrencilerin sayısı), üniversiteler ve YÖK, doğrudan MB ile irtibata geçmektedir. Sağlık Bakanlığı dikkat çekici bir şekilde politika yapma süreçlerinin hepsinde olmasa da büyük çoğunluğunda devrede değildir. Aslında, SB birimleri arasında Mezuniyet öncesi hizmet tablosunda söz haklarının olmaması konusunda bir hoşnutsuzluk havası hakimdir. SB' deki bazı yetkililer öğrenci alımı konusunda YÖK'ün verdiği kararların sağlık sektörünün ihtiyaçları bakımından uygun olmadığı ve iletişim eksikliğinin bulunduğu kanaatinde. Bu bağlamda SB ve YÖK'ün de üstünde, yetkili bir koordinasyon organı oluşturulması konusunda duyulan istek de ifade edilmiştir. DPT'nin bazı yetkilileri bile öğrenci alımının artırılması konusundaki isteklerini dokuzuncu kalkınma planı bağlamında belirtmişler fakat YÖK'ün açık bir şekilde korunan özerk yapısı nedeniyle bunun etkisi sınırlı olmuştur.

¹⁴ Tıp fakülteleri, sağlık yüksek okulları ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları için bu oran, nüfus yoğunluğuyla uyumludur çünkü Türkiye nüfusunun yaklaşık üçte biri kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşamaktadır. Öte yandan, hemşirelik, eczacılık ve diş hekimliği fakültelerinin yoğunluğu ise aynı bölgelerdeki nüfus yoğunluğundan ciddi ölçüde düşüktür. Bu arada hemşirelik eğitiminin diğer yüksekokullarda da verildiği hatırlanmalıdır, buradaki sayılar sadece hemşirelik eğitimi veren okullarla ilişkilidir.

4.2.2 Hizmet İçi Eğitim

SB hizmet içi eğitim konusunda sınırlı ancak gelişmekte olan bir kapasiteye sahiptir¹⁵. Sürekli tıp eğitimine ilişkin herhangi bir zorunluluk olmasa da, SB tarafından personeline hizmet içi eğitim verilmektedir. Buna ek olarak, Türk Tabipler Birliği (TTB) pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanları için mesleki sağlık ve seçilen konularda kurslar vermektedir⁽³⁵⁾. Ders içerikleri; anne ve çocuk bakımı, bağışıklama, yeni doğan, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, gıda güvenliği, hastane idaresi, yönetici eğitimi, akılcı ilaç kullanımı, farmakoekonomi, sağlık ekonomisi, epidemiyoloji, biyoistatistik, tüberküloz kontrolü, malarya kontrolü, kanserle mücadele, ergenlik ve okul sağlığı gibi konuları kapsar. Bu eğitim programları ihtiyaç ve fon mevcudiyetine göre sürekli bir temelde verilmektedir.

SB, SDP kapsamında aile hekimliği modeline geçiş sürecinde kapsamlı bir hizmet içi eğitim programı başlatmıştır. Bu bağlamda şu anda çalışmakta olan 22.000 – 24.000 arası pratisyen hekime hizmet içi eğitim verilmesi planlanmaktadır. Aile hekimliği modeli konusunda ayrıntılar Bölüm 5.1’de anlatılmıştır. Üç aşamalı olarak planlanan eğitim programının ilk aşaması, zorunlu bir haftalık başlangıç (adaptasyon) eğitimi şeklindedir ki bunun sonunda aile hekimliği yapmak için geçici bir sertifika verilmektedir. Söz konusu sertifika eğitiminden sonraki ikinci aşama, uzaktan ve sınıf eğitimi ile (sırasıyla kurs süresinin % 70 ve % 30’u) bir yıllık zorunlu eğitim programıdır. Üçüncü aşama aile hekimliği uzmanlığı eğitimi ise yarı zamanlı olarak gerçekleştirilecek ve beş ile altı yıl arası sürecektir. Üçüncü aşamadaki resmi uzmanlık eğitimi beş tıp uzmanlık dalını içerecek (pediatri, kadın-doğum, dahiliye, genel cerrahi ve psikiyatri) ve hastane rotasyonları ve saha çalışmalarını kapsayacaktır.

Şu anda, aile hekimliği modelinin 11 pilot ilinde, 5,000 sağlık personeli (2.500 pratisyen hekim ve 2.500 hemşire) bir haftalık başlangıç eğitimi almıştır. İkinci aşamanın uygulanması gecikmeye uğramıştır, ancak SB önümüzdeki aylarda bunu uygulamaya koymayı beklemektedir. SB aynı zamanda üçüncü aşama eğitimi verme konusunda bazı yasal engellerle karşılaşmıştır ve bunun planlanan eğitimi nasıl etkileyebileceği belirsizdir.

Bu istekli hizmet içi eğitim gündemini gerçekleştirmek konusunda bir çok bilinmeyen bulunmaktadır. Talep tarafında, hedef olan 22.000 – 24.000 aile hekimine göre kamu sektöründe çalışan pratisyen hekim sayısı daha azdır. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaklaşık 16.000 pratisyen hekimin temel sağlık hizmetleri düzeyinde çalıştığını ve hizmet içi eğitim sürecine dahil olabileceğini belirtmektedir. Söz konusu pratisyen hekimlerin tamamı aile hekimliği eğitimini almak istese bile, yine de 6.000 ile 8.000 arası bir ihtiyaç mevcut olacaktır¹⁶.

Arz tarafından bakılırsa, insan kaynakları kapasiteleri (yani aile hekimliği kurs içeriği konusundaki uzmanlık) ikinci aşama kurslar uygulanmaya henüz başlamadığından değerlendirilememiştir. Ancak, SB’nin üniversite ve eğitim hastanelerinden destek alabileceği varsayılırsa, gerekli olan bilgi ve becerilerin kurs içeriğini öğretmek için temin edilebileceği tahmin edilebilir. Arz tarafındaki mali kapasiteler kısa dönem için temin edilmektedir, ancak geleceğe yönelik olarak bilinmemektedir. Halen devam eden eğitim SDP kapsamında finanse edilmektedir. Bu finansman 2008 yılına kadar temin edilecektir, bu tarihten sonra maliyetler SB bütçesinden ya da Dünya Bankası’ndan alınan kredinin ikinci fazından karşılanacaktır. Bir taraftan, eğitimin geçici niteliği ve ikinci aşama eğitimin çoğunluğunun uzaktan eğitime dayanması, sermaye yatırım

¹⁵ Hizmet içi yönetim eğitimi Bölüm 4.3.4’te ayrı bir şekilde ele alınmaktadır.

¹⁶ Bu arada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayan hekimlerin de bu eğitimlerden faydalanabildiği hatırlanmalıdır.

maliyetlerinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Diğer taraftan, program tasarımının niteliği, program genişledikçe ölçek ekonomisinden faydalanılmasını engellemektedir. Örneğin, eğitimin sınıf/hastane temelli kısımları ile ilişkili seyahat, konaklama ve harcırah maliyetleri her ilde çoğalacak gibi görünmektedir.

4.3 Yönetim

Sağlık sektörünün performansının büyük ölçüde sağlık çalışanlarının performansına bağlı olması gibi, sistem performansı da insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesini gerektirmektedir. Şekil 7, SAİK ile ilişkili yönetim kapasitelerini değerlendirmek için kullanılan metodolojiyi göstermektedir. Bu çerçeveye göre, sağlık sisteminin makro, mezo ve mikro düzeylerindeki birçok konu SAİK çıktılarına etkileyebilir. Bunlar Makro düzeyde, insan kaynakları işlevlerinin desentralizasyon derecesi, insan kaynakları geliştirmesi konusundaki taahhüt ve özel sektörle işbirliğini içermektedir. Orta düzey, insan kaynakları yönetiminin esas idari işlevlerini (ör. İş tanımlarının geliştirilmesi, istihdam koşullarının yönetilmesi) ve kurumsal ortamı etkileyen diğer faktörleri (ör. Çalışma koşulları) içermektedir. Mikro düzey, ekip çalışması ve SAİK konusundaki açık beklentiler gibi kurumsal uygulamaları içermektedir. Aşağıdaki bölüm, yönetimle ilgili SAİK değerlendirmelerine ait bulguları sentezlemektedir.

Şekil 7: Kavramsal Çerçeve- SAİK Yönetimi

Kamu sektörü içeriği SAİK işlevlerinin desantralizasyonu	Makro
SAİK liderliği - Kamu sektörü SAİK'in üst düzey yönetimi - Özel Sektörle işbirliği	
İnsan kaynakları yönetiminin idaresi - İş tanımları, performansın gözden geçirilmesi, iş sınıflama sistemi - SAİK konuşlanması (istihdam, terfi, transfer, disiplin, şikayetler, fesih) - Sağlık yönetimi bilgi sistemi	Mezo
Kurumsal ortam - Çalışma koşulları - Kurum içi iletişim	Mikro
Tesis organizasyonel uygulamaları Ekip çalışması, vizyon, yüksek standartlar, açık beklentiler	

4.3.1 Kamu Sektöründe İnsan Kaynakları Liderliği

SB'nin SAİK liderliği, insan kaynakları konusunda somut bir misyon olmamasından dolayı hali hazırda tam olarak oturmamıştır. SB 2003 yılından bu yana kendi yapısını birincil hizmet sağlayıcısı olma rolünden, sağlık sisteminin yöneticisi ve düzenleyicisi konumuna değiştirme yolunu tercih etmiştir. Bu yaklaşım hükümetin kamu sektöründe yeni yönetim tekniklerinin geliştirilmesi ve kamu sektörünün yeniden yapılandırılması düşüncesiyle uyumludur ^(39,40) ancak bu hedeflerin SAİK liderliğine dönüştürülmesinde bazı zorluklarla karşılaşmıştır.

İnsan kaynaklarının stratejik yönetiminin etkililiğini iki faktör sınırılıyor gibi görünmektedir. Birincisi, insan kaynakları gelişiminin sağlık sektörü gelişimi ve planlamasının daha geniş kapsamlı hedeflerine ne şekilde uyduğu konusunda anlayış yetersizliğidir. Örneğin, personel normları (ve buna bağlı olarak istenilen SAİK düzeyleri için hedefler) tamamen teknik kriterlere, yani kişi başına düşen hastane yatağı sayısına, il düzeyinde nüfus büyüklüğü / yapısına ve diğer yerel özelliklere (örneğin göç ve turizme bağlı mevsimsel dalgalanmalar, nüfusun artması) dayandırılmaktadır. Böyle bir yaklaşım tabi ki hizmetler için talep / hizmet ihtiyacının önemli belirleyicilerine odaklansa da, insan kaynakları gelişiminin etkin planlanmasında rol oynayan diğer faktörleri göz önüne almamaktadır. Ayrıca ihtiyacın karşılanması için yeni personel alımına ilişkin tavan sayıları, mahrumiyet bölgelerinde hizmet vermenin çekiciliğinin artırılması konusundaki zorlukları ve daha önceki bölümlerde açıklanmış olduğu gibi SAİK kadrolarının eğitim kapasitelerindeki potansiyel farklılıkları hesaba katmamaktadır.

İkinci olarak, Sağlık Bakanlığı dahilinde insan kaynakları politikaları ve stratejileri konusunda açık olarak yetkiye sahip tek bir birim bulunmamaktadır. Strateji Geliştirme Başkanlığı, Personel Genel Müdürlüğü ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüklerinin tamamının SAİK konularının yönetimine ilişkin potansiyel görevleri bulunmaktadır. Her ne kadar bunların ilgili sorumlulukları henüz sonuçlanacak olsa da, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün düzeltilmiş yapısı SAİK konularının denetimi ve/veya koordine edilmesi bakımından lider rolü üstlenebileceği izlenimini vermektedir. 2006 yılında, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, hemşirelik ve diğer meslek okullarının denetiminin Milli Eğitim Bakanlığına devredilmesinden sonra yeniden yapılandırılmıştır. İnsan Kaynakları Planlama Bölümü etkin insan kaynakları stratejik planlaması bakımından önemli olabilecek bir çok işlevi üstlenmiştir ki buna, SAİK kategorilerine göre personel alımı ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ulusal / uluslar arası paydaşların koordinasyonunun denetlenmesi dahildir. Ancak, Genel Müdürlük, yeni sorumlulukları üstlenme konusunda başlangıç aşamasındadır ve gerekli kapasite oluşturulmaktadır.

SB'nin SAİK yönetim kapasitesi bu yüzden daha fazla gelişimi gerektirmektedir. Yakın zamana kadar SB, kavramsal SAİK planlaması yerine, kadro tahsisi ve personelin yerleştirilmesi şeklinde hizmet sunumundan doğrudan sorumlu olmuş ve kavramsal planlama işi DPT tarafından üstlenilmiştir ⁽³⁵⁾. SB'nin liderlik görevi, SDP kapsamında artırılmıştır ve bu SAİK liderliği bakımından ümit verici bir temel oluşturmuştur. Yine de Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün yeni kurulmuş olan Sağlıkta İnsan Kaynakları Planlaması Dairesi, Türkiye'nin gelecekteki SAİK ihtiyaçları konusunda henüz tahmin yapmamıştır fakat önümüzdeki aylarda stratejik bir SAİK planlaması yapmayı düşünmektedir. Bununla beraber bugüne kadar çok az somut adım atılmış olup geleceğe yönelik iş planları ve metodolojiler konusunda netlik sağlanamamıştır.

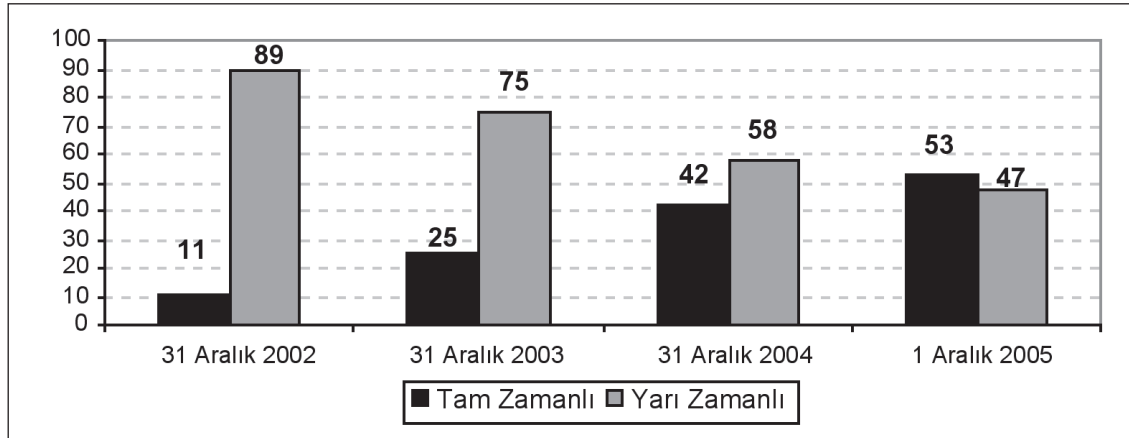
SAİK yönetiminde daha idari bir düzeyde, iyi işleyen bir insan kaynakları gelişim programının temel elemanları eksik durumdadır. Bir taraftan, insan kaynakları yönetimi için idari alt yapının iyi işlediği doğrudur. Memurlar için personel bilgilendirmesine İnternet üzerinden kolayca ulaşmak mümkündür. Burada hizmet geçmişi, Personel Dağılım Cetvelinde birikmiş puanları, maaş geçmişi, eğitim bilgileri ve benzeri konularda bilgi sağlanmaktadır. İnsan kaynakları yönetiminin merkezileştirilmiş idaresi, bu bilgilerin kamu sektörü SAİK'ini yönetmek için kullanılmasını sağlamaktadır. Diğer taraftan personelinin idaresi yönetimin kolaylaştırılması bakımından SB'ye özgü mekanizmalar tarafından yürütülmemektedir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun yanı sıra, devlet memurları istihdamının koşullarını farklı birçok başka yasa belirlemektedir. Bunlar arasında hekimlik mesleğinin esaslarını belirleyen 1219 Sayılı Yasa (1928'de yürürlüğe girmiştir), hemşirelik mesleğinin esaslarını belirleyen 5634 sayılı yasa (25.4.2007 tarihinde yeniden düzenlenmiştir) ile birinci basamak düzeyinde SAİK'in rolünü tanımlayan 224 Sayılı

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu (1960’da yürürlüğe girmiştir) sayılabilir. Buna rağmen insan kaynaklarının geliştirilmesindeki etkin yönetim uygulamaları, çalışanlar arasında bu kanunların anlaşılmasını kolaylaştırmak için genel olarak tamamlayıcı araçları gerekli kılmaktadır. İnsan kaynakları yönetimine dahil olanlar için politika el kitapları ve genel kanunlarda belirtilmiş olan bilgileri bir araya getirip açıklayan çalışan el kitapları bildiğimiz kadarıyla sağlık sektöründe bulunmamaktadır.

4.3.2 Özel Sektörde İnsan Kaynaklarının Liderliği

SB’nin özel sektörü düzenleme ve izleme kapasitesi tarihsel olarak zayıf kalmıştır. SB, özel sektörün Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunda tamamlayıcı bir görevi olduğunu kabul etmektedir. Örneğin sağlık kliniklerinin zayıf olma eğiliminde olduğu kentsel alanlarda SB, temel sağlık hizmeti ağlarını desteklemek için özel olarak sağlanan hizmetlere güvenmenin gerekliliğini kabul etmektedir ⁽⁴¹⁾. Kamu sektörü maaşlarının SAİK’i motive etme konusunda yeterli olamayabileceği kabul edilerek, kamu sektörü SAİK’inin özel sektörde yarı zamanlı olarak istihdamına da izin verilmektedir. Aslında, 2001 yılında yapılmış olan bir çalışma, özel sektörde yarı zamanlı olarak çalışan kamu sektörü doktorlarının, kamu sektöründe tam zamanlı olarak çalışanlara göre 5 kat daha fazla para kazandıklarını göstermiştir. İlginç olarak, Şekil 8’de gösterildiği gibi, kamu sektöründe çalışan uzman hekimlerin sadece yarısından azı 2005 yılında özel sektörde yarı zamanlı olarak çalışırken, 2003 yılında özel sektörde yarı zamanlı olarak çalışanların oranı % 90 civarındaydı. Bu eğilim şunu göstermektedir ki uzman hekim kazançları için döner sermayenin önemini artırmak, temel maaşları özel sektörden elde edilen kazançlarla destekleme konusunda algılanan ihtiyacı azaltmıştır.

Şekil 8: Uzman Doktorlar Arasında Tam Zamanlı – Yarı Zamanlı Çalışma Eğilimleri



Kaynak: Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, sunum, SB 2007.

Düzenleme bakımından, özel sağlık tesislerine ruhsat verilmesi, birincil olarak yapısal kanunlar ve personel istihdam normlarının temin edilmesine odaklanmaktadır. Hastanelerin denetlenmesi İl Sağlık Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmektedir, oldukça titiz yürütülüyor gözükmemektedir ve fiziksel ve ekipman standartlarına uyumluluğu sağlamaktadır. Polikliniklerin denetlenmesi de İl Sağlık Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmektedir ve aynı yönlerin üzerinde durmaktadır ¹⁷. Ancak her iki durumda da, takip denetimleri alt yapı gereklilikleri ve

¹⁷ Aile Hekimliği sistemi olan bölgeler için Toplum Sağlığı Merkezleri belli denetim görevleri üstlenmektedir.

personel düzeylerine odaklanmaya devam etmekte, hizmet sunumunun kalitesine gereken önem verilmemektedir. Özel doktorlar için herhangi bir ruhsat verme mekanizması bulunmamaktadır. İl Sağlık Müdürlüklerindeki insan gücü eksikliği ve düzenlemeler bu zayıflığın temel kaynaklarıdır ve SB bütçesinin % 1'inden az bir kısmı Teftiş Kuruluna tahsis edilmiştir⁽⁹⁾. Kendi istekleri ile ve esas olarak pazarlamaya yönelik amaçlar doğrultusunda ISO ya da JCI süreçlerinden geçen bir kaç özel hastane vardır.

4.3.3 Yerel SAİK İhtiyaçlarına Cevap Verme Kapasitesi

Aile Hekimliği pilot uygulamaları istisna olmak kaydıyla, şu anda insan kaynakları işlevlerinin yönetimi üzerinde yerel düzeyde kontrole ilişkin çok az alan bulunmaktadır. İşe alma ve işten çıkartma, terfiler ve transferler gibi çoğu olmasa da birçok SAİK işlevleri SB'nin merkez birimleri tarafından idare edilmektedir. Bu örgütsel yapı, kadrolara atanacak personelin merkez tarafından atanmasını uygun görerek yerel makamların personel hareketine ilişkin yetkilerini kısıtlanmaktadır.

SB'nin merkezi kurumsal yapısı iki cephede değişebilir. Birincisi Aile hekimliği pilot uygulamalarının yapıldığı illerde SAİK işlevleri açısından artan yerel yetkililerdir. İl Valilerinin denetimi altında, doktorlar, hemşireler ve ebeler için sözleşmeler İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hazırlanmaktadır ve bu müdürlükler personel konularına (örneğin Performans değerlendirmelerinin yeniden gözden geçirilmesine ilişkin talepler ki bu performans değerlendirmeleri hala merkez tarafından yürütülmektedir) cevap verecek olan ön safhadaki ara birimlerdir. Ancak, bu modelin ulusal düzeyde genişletilmesi, SAİK yönetimine ilişkin il kapasitelerinin eşit olmayan şekilde dağılmasına neden olabilir. 100.000 nüfus başına ortalama 2,4 İl Sağlık Müdürlüğü Personeli varken, bu sayı 1,1 ile 14,5 arasında değişmektedir⁽⁸⁾¹⁸. İkinci olarak, SDP kapsamında hastanelerin özzerleştirilmesi süreci, yerel düzeyde SAİK işlevleri üzerindeki yetkileri artıracaktır. Ancak, söz konusu özzerleştirme için yasal zemin tesis edilmesi uzun süredir gecikmiş olan bir süreçtir ve SAİK işlevlerinin ne zaman gerçekten otonom hale geleceği belirsizdir.

4.3.4 Yönetim Bilgisi ve Yönetim Eğitimi

Her ne kadar SB giderek daha karmaşık denetim ve bilgi toplama teknikleri benimsiyor olsa da, bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetimi için gerekli olan eğitim eksik gözükmemektedir. Personel yönetimi bakımından, SB etkileyici bir Sağlık Yönetim Bilgi Sistemi alt yapısı kurmaktadır. Personel Genel Müdürlüğü ile bağlantılı olarak yapılan çalışmalara dayalı olarak, SAİK idaresinde planlama ve verimliliği artırmak üzere benimsenen (veya yakın zamanda benimsenecek olan) bazı tedbirler vardır. Bu tedbirler tüm İl Sağlık Müdürlüklerine, 800 hastane ve 934 Sağlık Ocağına bağlanan bir Sağlık Yönetim Bilgi Sistemini; aktif / boş kadrolar konusunda İl Sağlık Müdürlüklerinden iki ayda bir veri toplanmasını; yakın olan emeklilik konusunda bilgi içeren Personel Genel Müdürlüğü verilerini ve yetkilendirilmiş kullanıcılar için sistemdeki güncellenmiş veri paylaşımını içermektedir. Sağlık Yönetim Bilgi Sistemi personel idaresinin ötesinde, SAİK ve sistem performansını geliştirme kapasitesine sahip bir alt yapı da sunmaktadır. Aile Hekimliği modeli ile bağlantılı olarak uygulanmakta olan performans dayalı ödeme sistemi SAİK performansına ilişkin bireysel düzeyinde veriler sağlayarak (örneğin görülen hasta sayısı, sevk oranı, bebek izleminin takip edilmesi) sisteme katkıda bulunacaktır.

¹⁸ Bu alan İstanbul'u hariç tutmaktadır ki burası, 10.000 nüfusa 0.5 İl Sağlık Müdürlüğü Personeli ile dışarda kalmaktadır.

Bu tür teknolojileri etkin şekilde kullanacak olan gerçek kapasite ise gecikmeli de olsa artmaktadır. SB, Hıfzıssıhha Mektebi vasıtasıyla, kamu sektöründe faaliyet gösteren sağlık kurumlarının idaresinden sorumlu başhekimler ve diğer SAİK sorumlularına yönelik etkin bir hizmet içi yönetim eğitimi programı uygulamaktadır. Bu eğitim (Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi) bilgisayar tabanlı olarak verilmekte ve on iki adet temel modülden oluşmaktadır. Bu modüllerden bazıları “Değişim Yönetimi”, “Temel Finansman Analizi”, “Performans Yönetimi”, “Ekip Çalışması” ve “Proje Yönetimi”dir. 2007 yılı sonu itibari ile 2.000 katılımcı bu modüllerin hepsini tamamlamış olacaktır. Bu programın maliyetinin son derece ekonomik olacağı (öğrenci başına yaklaşık olarak 20 YTL) tahmin edilmekte olup SB, gelecekte bu eğitimi SAİK alanında yönetici konumunda çalışan 10.000 kişiye verilmek üzere ölçeklendirmeyi planlamaktadır. Hıfzıssıhha Mektebi, 2008 yılına dek her yıl 5.000 kişiye eğitim verme amacıyla, yüksek lisans düzeyinde hastane ve idari yönetim eğitim programları (il düzeyinde ve orta düzeyde) hazırlanması için bir kaç üniversite öğretim üyesi ile de sözleşme imzalamaktadır.

Sağlık yönetimi eğitimi mezuniyet öncesi eğitim olarak da verilmektedir. Bu konuda verilen eğitim halen yetersiz görülmekte ve geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Halen üç üniversitede (Hacettepe, Marmara ve Ankara Üniversitesi) sağlık idaresi fakültelerinde ilgili konularda eğitim verilmektedir. Ayrıca sekiz üniversitede sağlık yönetimi alanında eğitim verilen on farklı program bulunmaktadır ¹⁹. Dersler, stratejik planlama, finansal yönetim, sağlık yönetim bilgi sistemlerinin kullanımı, insan kaynakları yönetimi ile hastaneler ve diğer sağlık kurumları için organizasyonel davranış gibi konuları kapsamaktadır ⁽⁴³⁾. Ancak, sağlık yönetimi konusunda eğitilen söz konusu personelin sayısı ortalama düzeydedir. Örneğin Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Fakültesi geçen bir kaç yıl boyunca yılda sadece 60 civarında mezun vermiştir. Bu sayı 1990’lı yılların sonlarına göre (örneğin 1999 yılında 91 mezun) düşüktür ⁽⁴⁴⁾.

¹⁹ Bu programlarla verilecek derecelerden bazıları: iki yıllık lisans (iki program), dört yıllık lisans(dört program), yüksek lisans (dokuz program), ve lisansüstü (iki program). Ayrıca, dokuz program da sağlık yönetimi konusunda sertifika vermektedir.

5. SAĞLIK BAKANLIĞININ MEVCUT SAİK İLE İLGİLİ STRATEJİLERİ VE GELECEKTEKİ SORUNLAR

SB uzun süreden beri var olan SAİK sorunlarının niteliğini kabul etmekte ve bunların çözümü için adımlar atmaktadır. SB SAİK'in dağılımı ve performansı ile ilişkili sorunların birçoğunu ele almak için bir kaç adım atmıştır, ancak halen birçok sorun çözüm beklemektedir.

5.1 Temel Sağlık Hizmetleri Konusunda Odağın Yenilenmesi

Aile Hekimliği uygulaması, sağlık sisteminin temel sağlık hizmetleri düzeyinde yeniden güçlendirilmesi için önemli bir adımı temsil etmektedir. Birçok Avrupa ülkesinin deneyiminden faydalanan model, Aile Hekimliği SAİK'inden oluşan bir ekip ile koruyucu ve tedavi edici hizmet sürekliliğine odaklanmaktadır. Bu ekip bir aile hekimini, aile hekimi teknisyenini (örneğin hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni) ve aile dış hekimini içerebilir. Model şu anda 11 il üzerinde pilot olarak uygulanmaktadır, her bir ekip 3.000 ile 4.000 arası bir nüfusa hizmet vermektedir. SB Ulusal düzeyde bu ölçeği genişletmek için Türkiye çapında toplam 22.000 – 24.000 aile hekimini görevlendirmeyi planlamaktadır.

5.1.1 Aile Hekimliği ve SAİK Çıktıları

Aile Hekimliği uygulaması, daha önceden ele alınmış olan SAİK ile ilgili endişelerin birçoğunu göstermek bakımından birçok faydalı yönü ele almaktadır. Bunlara, coğrafi ve beceri dengesizlikleri ile motivasyonun ve hizmet sunumunun kalitesinin artırılması da dahildir. Ekibe dayalı sözleşme yapılması, hasta kaydı ve performansa dayalı çift faktörlü ödeme sistemi, aile hekimlerinin istihdamı, klinik becerilerin artırılması için uygulanan hizmet içi eğitimler ve SAİK işlevleri üzerindeki yerel yetkinin artırılması bu faydalı yönlerden bazılarıdır. Öncelikle aile hekimliği uygulaması yerel koşullara bağlı olarak bir ekipten oluşan hizmet anlayışını vurgulamaktadır. Ekip, İl Sağlık Müdürlükleri ile eş zamanlı anlaşma yapmakta ve ortak performansları, ödemenin performansa bağlı kısmını etkilemektedir. Böyle bir ekip odaklı yaklaşım, hizmet kalitesinin, hizmetlerin ekip tarafından sunulması durumunda daha iyi olduğunu öneren literatürle tutarlıdır (45,46).

İkinci olarak; ödeme sistemi, hizmet sunumunun kalitesinin daha iyi olması için motivasyon sağlarken, maliyetleri sınırlandırmaya çalışmaktadır. Aile hekimi olan pratisyenlerin kazançlarının bir kısmı hasta kayıt seviyelerine bağlı iken, geri kalanı belli performans kriterlerinin karşılanmasına dayalıdır. Kişi başına ödeme bakımından, aile hekimleri bir asgari hasta kayıt eşiğinin sağlanması için toptan bir ücret almaktadır ve ondan sonraki hastalar için belirli bir maksimum değere kadar kişi başına ödeme artışı olmaktadır. Örneğin Düzce'de, aile hekimleri kaydedilen ilk 1000 hasta için 1.500 YTL (hemşireler için 800 YTL) ondan sonra maksimum 4.000 hastaya kadar hasta başına 1 YTL (hemşireler için 0,40 YTL) ücret almaktadır. Performansa dayalı ödeme bakımından, aile hekimleri ilk olarak maksimum düzeyde ödeme alabilmekte, eğer performansa dayalı kriterleri karşılamazlarsa (örneğin belirtilen aşılama oranları, bebek takibi, gebelik takibi, sevk oranları) belirtilen maksimum ödemeden belirli bir yüzdede kesilmektedir. Bunun yanında aile hekimlerine muayenehane, diğer personel masrafları ve mobil hizmetleri karşılayacak kadar ilave (örneğin, Düzce'de bu miktar aylık 2.000 YTL'dir) tahsisat yapılmaktadır. Ödemeler şu anda SB'den yapılırken, yeni oluşturulan SGK, yakın gelecekte ödemenin kişi başına olan kısmını üstlenecektir.

Üçüncü olarak, hizmet içi eğitim programı (hizmet içi eğitimin belirli bileşenleri daha önce Bölüm 4.2.2’de tartışılmıştı), bu geçiş sürecinde aile hekimlerinin yeterli eğitim almasını sağlamaya yönelik uygun bir yaklaşım olarak görünmektedir. Aile Hekimliği modeline geçiş uzun süreli bir süreçtir. Uzun dönemli sürdürülebilirlik, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin bir parçası olarak aile hekimliği uzmanlığına sağlanan girdilere dayanacak olup, şu an itibarıyla böyle bir yaklaşım iki nedenle gerçekçi değildir. Birincisi, şu anda aile hekimliği konusunda uzmanlaşmış olanlar için yeterli bir taban yoktur. Bu bağlamda aile hekimliği uzmanlarının Türkiye’deki doktorların % 2’si olması yanı sıra, bunların aynı zamanda kentsel alanlarda ve ikinci basamak sağlık tesislerinde bulunma eğiliminde oldukları sonucu çıkartılabilir. Bu plan, ulusal düzeyde bir program inşa etmek için uygun bir temel değildir. İkinci olarak, aile hekimliği uygulamasının cazip bir uygulama haline gelmesi için önce zaman ve zihniyet değişikliği gerekecektir. Dünyanın diğer bir çok ülkesinde olduğu gibi, aile hekimliği uzmanlığı Türkiye’de de diğer tıpta uzmanlık dalları kadar fazla talep edilen ya da prestijli görülen bir uzmanlık dalı profili çizmemektedir. Bu algının nedeni ise, yakın zamana kadar aile hekimliği uzmanlarının, diğer tıpta uzmanlık asistanları gibi uzmanlık bilgilerini ölçen bir sınavdan değil, yalnızca İngilizce bilgilerini ölçen bir yabancı dil sınavından geçmesinin gerekli görülmesi olabilir ²⁰. Bu nedenle, kaynakların, şu anda pratisyen hekimlik yapan hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik kullanılmasını öngören mevcut politikaların son derece gerçekçi bir temele dayandığı görülebilmektedir.

Son olarak aile hekimliği uygulaması, İl Sağlık Müdürlüklerinin üstlendiği rollerin artması, desantralizasyon ve daha çok yerel düzeyde yetki verilmesi konusundaki politikaları desteklemektedir. Pilot illerde, İl Sağlık Müdürlüklerinin pratisyen hekim sözleşmelerini hazırlama ve aile hekimliği modelinin işleyişini denetleme kapasitesi (İl Valilerinin gözetimi altında), yetkinin bir parça delegasyon olduğunu göstermektedir. Ayrıca şu da belirtilmelidir ki SB, Düzce pilot ili ile sorunları tartışma ve geri bildirimde bulunma sistemini sağlamıştır. Aile hekimliği sisteminin yerel modellerini yönetme konusundaki yerel kapasitenin inşa edilmesi ve desteklenmesi, SB’nin doğrudan hizmet sunucusu rolünden sağlık sektörünün liderliğini yapma pozisyonuna geçiş stratejisi ile oldukça uyumludur.

Bazı öncül kanıtlar şunu göstermektedir ki bu faktörlerin kombinasyonu, aile hekimliği uygulamasının verimlilik ve kalite hedeflerini karşılamasına yardımcı olmaktadır. Örneğin, Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, aile hekimliği hizmet modeli altında performansa dayalı ödeme göstergelerindeki eğilimler ve hasta memnuniyeti konusunda bir raporu tamamlama sürecindedir. Performans göstergeleri, birkaç yönde gelişmeyi ve hasta memnuniyetinde artışı göstermektedir. Sonuçlar, her ne kadar daha öncül düzeyde olsa da, aile hekimliği uygulamasının bileşenlerinin istenilen hedefleri karşıladığını göstermektedir.

5.1.2 Aile Hekimliği Modeli İçin Gelecekteki Sorunlar

2006 yılında Düzce ilinde Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında Bilgi ve Memnuniyet Düzeyi Ölçüm Araştırması yapılmıştır. 5200 ailenin katıldığı araştırma sonuçlarına göre Düzce ili nüfusunun % 79’u aile hekimliği hizmetinden haberdar olup katılımcıların % 77,5’i yararlandığı aile hekimliği hizmetinden memnun kaldığını belirtmiştir. Hizmetten memnun kalmama nedeni sorgulandığında ise ilk üç sırada sevk alınırken yaşanan sıkıntılar (% 26,3), hizmet yetersizliği ve ilgisizlik (% 16,3) ve doktor eksikliği ve yetersizliği (% 12,9) yer almıştır. Aile hekimliği uygulamasının halka faydalı olacağına inanan katılımcıların oranı % 72,7’dir.

²⁰ Bu politika, uzmanlığı teşvik etmek ve adayların sayısını arttırmak için uygulamaya konmuştur.

Bununla birlikte aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde geliştirilmesi ve uygulanması henüz kesin olmaktan uzaktır. Özellikle hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını sisteme çekmek için değerlendirilmesi gereken birçok konu bulunmaktadır. Bunlar arasında, hastaların modeli tasarlandığı şekilde kullanmasının sağlanması, yeterli sayıda SAK'ın aile hekimi olma yönünde cezbedilmeleri ve ekip odaklı bir modelin uygulamada gerçek bir ekip çalışmasına dönüştürülmesidir.

Talep tarafında, halkın sistemi kullanma yönünde teşvik edilmeleri, iki nedenle zorlu bir süreç olabilir. Öncelikle, Türkiye'de halkın sağlık sistemine ikinci basamak ve daha yüksek hizmet düzeylerinden dahil olma gibi bir alışkanlıkları (bakınız Bölüm 3.3.2) bulunmaktadır. Halkı, aile hekimliği hizmetlerinin kalitesi konusunda ikna etmek, SB'nin işidir. İkinci olarak, sevk sistemi üzerindeki kontrol (ki bu aile hekimliği modelinin nihai olarak başarıya erişmesi için önemli bir belirleyicidir) çoğunlukla SB'nin elinde değildir. Aile hekimliği modeli sadece iyi işleyen bir sevk sistemi ile çalışabilir. SB halihazırda bu sistemi pilot illerde uygulama konusunda zorluklarla karşılaşmıştır ve söz konusu zorlukların gelecekte görülme olasılığı bulunmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerine yapılacak olan ödemenin SGK tarafından üstlenilmesiyle, SB sevk sistemini uygulama konusunda biraz daha az kontrole sahip olacaktır. Aslında SGK, sağlık hizmetleri sunumunun kalitesinin tatmin edici düzeyde olduğunu görene kadar sevk sistemini uygulama konusunda itirazları olacağını bildirmiştir ⁽⁴⁷⁾.

Arz tarafından bakıldığında, SB bir kaç zorlukla karşı karşıyadır. Birincisi, programın kapsamı genişledikçe gerekli olan aile hekiminin görevlendirilmesi konusunda belirsizlik söz konusudur. SB, daha önceden belirtildiği gibi (Bölüm 4.2.2) kamu sektöründe 6.000-8.000 arası aday aile hekimi eksikliği ile karşı karşıyadır ve özel sektörden kaç doktorunun mevcut uygulamalara dahil olmak için sistemi yeterince çekici bulacağı bilinmemektedir. Daha da ötesi, kamu personeli bordro sayısına belirgin ölçüde yeni aile hekimi eklenmesinin, SB'nin dışındaki paydaşları da ilgilendirecek finansman etkileri olabilir. Döner sermaye finansmanının büyük bölümü kurumlara yapılan sosyal güvenlik katkı payı ödemelerinden elde edilmektedir. Eğer artan sayıda aile hekimi iyileştirilen hizmet erişimi ve ek hizmet kullanımı ile ilişkilendirilirse (SB'nin istediği şekilde) sosyal güvenlik ödemelerinin döner sermayeye yapacağı katkının miktarı da artacaktır. SGK aile hekimlerinin doğrudan finansmanından sorumlu olmakla kalmayacak dolaylı finansman da (döner sermaye yoluyla) artacaktır. Artan sayıda aile hekiminin bu finansman süreci üzerinde oluşturacağı etki de SGK ile eşgüdüm içinde çalışan SB açısından bir takım yeni zorluklar meydana getirecektir.

Buna ek olarak, aile hekimleri için sözleşme mekanizması gelecekte dirençle karşılaşılabılır. Düzce'de kendileri ile görüşülmüş olan doktorlar şunu belirtmiştir ki sözleşme mekanizması ve devlet memurluğu güvencesi bir aile hekimi olup olmama konusunda verecekleri kararda önemli rol oynamıştır. Aile hekimi olmayı reddeden bazı hekimler, bunu sözleşme tabanlı istihdam sisteminin kendileri için çok fazla belirsizliğe neden olmasına bağlamışlardır. Aile hekimliğini kabul eden diğer doktorlar ise, sözleşmelerini feshetmek istemeleri durumunda devlet memurluğuna dönebileceklerini bildikleri için kabul ettiklerini, böyle bir garanti olmasaydı kabul etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Şu anda mevcut olan kamu sektörünün boyutunu küçültmeye yönelik eğilimle birlikte (bakınız Bölüm 4.1.1) SB'nin uzun dönemde istihdam güvenceleri sağlaması konusunda uzlaşılabılır. Söz konusu teminatın aile hekimliği programı genişletildikçe verilememesi durumunda, aile hekimliği sözleşmelerini kabul edecek pratisyen hekim bulmak zorlaşılabılır.

Aile hekimliği uygulamasının performansa dayalı bileşeni hakkında görüşme yapılan pratisyen hekimlerin yanı sıra ekonomik teoriye göre de belirli standartları karşılayamayanlar için halen yapılmakta olan performansa dayalı kesintiler motivasyonu düşürücü olmaktadır. Bileşenin maksimum ek ödemeden kesintiler yapmak yerine, performansa dayalı olarak maksimum ödemeye ulaşmak biçiminde organize edilmesi faydalı olabilir. Bu durum genel olarak performans standartlarını karşılamayanlar için yeterince teşvik sağlarken motivasyon düşüklüğünü de azaltabilir ²¹.

Bunların yanında SB, ekip bazında hizmet sunumunun pratikte uygulanmasında bir takım zorluklarla karşı karşıya kalacaktır. Aile hekimliği ekip oryantasyonu övgüye değer olsa da, bunu verimli olmaktan çıkarabilecek iki faktör bulunmaktadır. Birincisi, Türkiye’de sağlık hizmetleri kültüründe yaygın olarak görülen hekim odaklı sistemden uzaklaşmak zor olabilir. Diğer sağlık çalışanı kategorilerine (özellikle hemşireler ve ebeler) kıyasla doktorlarla ilgili konulara daha çok önem verildiği birçok yönden açıkça görülmektedir. Bu durum bir noktaya kadar SB’nin önceliklerinde de yansıtılmaktadır. Örneğin Aile Hekimliği hizmet içi eğitimleri, AB standartları gözetilerek geliştirilmiştir ve SB, uzmanlık eğitimleri için AB standartları ile tutarlı olmaya odaklanmıştır. Hemşirelik mesleği ile ilgili yasalar 25.04.2007 tarihinde çıkarılan 5634 sayılı kanunla yeniden düzenlenerek iş tanımları belirlenmiş ve erkeklerinde hemşirelik mesleğine girmelerine izin verilmiştir. Aile hekimliği uygulamasından farklı olarak performansa dayalı ek ödemelerde maaşa göre tavan oranı uzman hekimler için % 700 ve hemşireler için maksimum % 200 dür. Hekimler aile hekimliği ekibinin liderleri olmasına rağmen aile hekimleri ve hemşire/ebe ekseninde gerçek bir ekip çalışmasının yetersiz olması, hemşire ve ebeler açısından motivasyonu azaltan ve hizmet kalitesini düşüren bir unsur olarak düşünülebilmektedir.

İkinci olarak, SB’nin hem hemşireler hem de doktorlar için ulusal düzeyde personel normları belirlemesi gerekebilir. Düzce ilindeki aile hekimliği uygulaması bir doktor ve hemşire/ebe ekibini zorunlu kılmaktadır. İdari yazışmalar ve rapor etme konusundaki tıbbi sekreterler zorunlu değildir. Her ne kadar il sağlık müdürlüğü aile hekimine ofis harcamaları ve yardımcı personel istihdamı için ayda 2.000 YTL temin etse de söz konusu finansmanı tahsis etmek bireysel olarak doktorun tercihindedir. Söz konusu ilde kendileriyle görüşülmüş olan bazı hemşireler, idari personel istihdam etmemeyi tercih eden doktorların bulunduğu ekiplerde hemşirelerin idari evrak yükünü omuzlayarak hemşirelik hizmetleri uygulamalarına vakit ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, motivasyonu düşüren bir uygulama olarak görülebilir. Aile Hekimliği modeli genişletildikçe, idari şartlar getiren ulusal düzeydeki asgari personel normları geliştirilebilir.

5.2 Dağılıma İlişkin Dengesizliklerle Başa Çıkılması

SB, sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizliklerle mücadele konusunda son yıllarda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bu gelişmeler özellikle bazı SAİK kategorilerinde daha anlamlı sonuçlar vermiş, özellikle uzman hekimlerin dağılımındaki dengesizliklerde ciddi oranlarda azalma olmuştur. Bu konuya ayrıca Bölüm 3.2.1’de (bkz: Şekil 2,3 ve 4.) değinilmiştir.

5.2.1 Teşviklerin Karışımı

SB’nin ölçüm ve teşvik mekanizmaları, kırsal ve mahrumiyet bölgelerindeki hizmetin geliştirilmesine, motive edilmesine ve coğrafi dağılım dengesizliklerinin azaltılmasına yardımcı olmuştur. Bu ölçüm ve teşvik mekanizmaları arasında hem maaş hem de döner sermaye kazançları

²¹ Beklenti teorisi, insanların kazanç elde etmektense kayıpları önlemeyi tercih ettiğini öne sürmektedir.

olarak mali teşvikler, mecburi hizmet uygulaması, personel dağılım cetvelinin uygulanması ve sözleşmeli personel istihdamı dahildir. Bu analiz, coğrafi dengesizlikleri gidermeye yönelik her tür teşvikin sağladığı göreceli katkıyı gerektiğince değerlendirememiştir fakat tablonun bütününe bakıldığında SB teşviklerinin bir ölçüye kadar başarılı olduğu söylenebilir.

5.2.2 Teşvik Karışımında Gelecekteki Sorunlar

Motivasyon ve hizmet kalitesinin yanı sıra daha iyi coğrafi ve beceri dağılımını geliştirmek için etkin bir parasal ve parasal olmayan teşvik dengesi bulma konusunda belli bazı engeller bulunmaktadır. Diğer taraftan, mevcut teşviklerin uzun dönemli etkinliği sınırlı düzeydedir. Öncelikle, her ne kadar mecburi hizmet SAİK kadroları arasında coğrafi dengesizliklerin azaltılması konusunda etkili olmuş olsa da, bu kısa dönemli bir çözüm olarak değerlendirilmelidir. Mecburi hizmet konusundaki sorunlar başkaları tarafından da kaydedilmiştir ⁽⁹⁾ ve motivasyon sorunları nedeniyle SB'nin 2000'li yılların başlarında sistemi yürürlükten kaldırma konusundaki kararı ile bu kanıtlanmıştır. Her ne kadar belli SAİK kadroları arasındaki destekleme dağılım bakımından etkili olmuş olsa da, uzun dönemde aynı motivasyon sorunlarına neden olacağından şüphelenmek için makul nedenler bulunmaktadır.

Daha önceden de açıklandığı gibi (Bölüm 4.1.1) kamu sektöründeki pozisyonların doldurulması için konulan tavan, devlet memuru iş gücünü etkili bir şekilde azaltmaktadır. Her ne kadar bu durum sağlık personeli sayısında bir azalma anlamına gelmese de (sözleşmeli personel alımı tavan politikalarından etkilenmemektedir) SB'nin yeni bir yapılanma içinde olduğunu göstermektedir. Söz konusu yeniden yapılandırma bir yandan işe alma, işten çıkarma, istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda Devlet Memurları Kanunu'nda olmayan esneklikler sunmaktadır. Diğer taraftan SB'nin devlet memurluğuna geri dönmeyi garanti etme yetkisi de göz önüne alınmalıdır. Aslında, Düzce'de görüşülmüş olan bazı aile hekimleri devlet memurluğuna dönme seçenekleri olmasaydı, sözleşmelerini imzalamamış olacaklarını belirtmişlerdir. Eğer devlet memurluğunun büyüklüğünü azaltma ve sözleşme ile istihdamın rolünü artırma konusundaki mevcut eğilimler devam ederse SB, sağlık sağlayıcılarının geniş kapsamlı endişeleri ile karşılaşabilir. Devlet memurluğunun esnek bir yapıda olmaması nedeniyle sözleşmeli istihdam yöntemini kullanmak uzun dönemde etkin bir politika olsa da güvence kaybını dengelemek için tazmine ilişkin teşviklerin gündeme gelmesini gerekli kılabilir.

Diğer taraftan, aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesini teşvik etmek için parasal olmayan tamamlayıcı teşviklerin uygulanması zor olabilir. Her ne kadar parasal teşvikler önemli bir motivasyon kaynağı olsa da, diğer faktörler de göz ardı edilmemelidir. Bunlar içinde mesleki ilerleme fırsatları, sürekli eğitim ve beceri geliştirme, çalışma ve yaşama koşulları, çocuklar için eğitim fırsatları vardır. Aile hekimleri için parasal olmayan kariyer yönlü teşvikler bu değerlendirmelerden bazılarına hitap edebilir. Örneğin belirli bir süre kırsal ve mahrumiyet bölgelerinde çalışmış aile hekimleri, hemşire ve ebeler uzmanlık eğitimi ve yerleştirme (asistanlık alanı ve yeri dahil) konusunda öncelik verilebilir ya da başhekim, başhemşire, vs olabilmeleri için yönetim eğitimi almaları sağlanabilir. Ancak, uzmanlaşma eğitiminde öncelik sağlanması üniversiteler ve YÖK ile bugün mevcut olandan daha fazla işbirliği gerektirecektir.

5.3 Kalite Konularının Ele Alınması

SB, son yıllarda kalite ve verimlilik konularına giderek artan ortanda odaklanmaktadır. Bireysel ve kurumsal düzeyde performans değerlendirme mekanizmalarının kurulması SB'nin başlıca öncelikleri arasındadır.

5.3.1 Performansa Dayalı Ödeme

Performans dayalı ödeme, performansla ilişkili bazı göstergeleri karşılayan kişi ve kurumlara, ek ödeme sağlayan bir ödeme sistemidir. Bu sistem, şu anda pratisyen hekim düzeyinde (2004'te bu yana) ve kurumsal düzeyde (2006'dan bu yana) uygulanmaktadır. Ayrıca 2007 yılında bir yönetici bileşeninin eklenmesi de planlanmaktadır. Bireysel düzeyde, puanlar tümü klinik kararları gerektiren 5.200 prosedür temelinde tahakkuk etmektedir. Her prosedür için puan sayısı, bu hizmetler için yapılan parasal ödeme ile orantılıdır. Yıllık ek ödemelere ilişkin tavanlar, farklı SAİK kategorileri için ayrı ayrı düzenlemiştir. Örneğin başhekimler temel maaşlarının % 800'üne kadar ek ödeme alabilirken, uzman hekimler maaşlarının % 700'üne, pratisyen hekimler % 500'üne ve hemşireler % 150 - % 200'üne kadar ek ödeme alabilmektedir.

Kurumsal düzeyde, hastane kurumsal performans skorları, tüm hastane hekimleri için ortalama skor olarak hesaplanmaktadır (ortalama, idareciler ve hemşireler gibi bireysel performans puanları olmayan personele uygulanmaktadır). Puanlar, döner sermayeden gelen gelirin % 40'ına bölünmekte ve personelin ağırlıklı pozisyonlarına göre dağıtılmaktadır. Puanlama sisteminde özel sektör karşısında teşvik edici olması amacıyla uzman ve pratisyen hekimlere daha fazla ağırlık verilmekte, ilave bir teşvik olarak özel sektörde de çalışan hekimler için puan % 70 oranında azaltılmaktadır. İl sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri, koruyucu programlarda (bebek takibi ve doğum öncesi bakım gibi) artan olumlu göstergeler için 1.000'e kadar ek puan kazanabilmektedir.

Performansa dayalı ödeme sistemin hizmet sunum kalitesini ve hasta memnuniyetini artırdığı yönünde öncül kanıtlar bulunmaktadır. Performansa dayalı ödemenin uygulamaya konulması ile birlikte hasta sayısı artmış, SB hastanelerinde yatış süresi azalmış ve hasta memnuniyetinde % 10'luk bir artış gözlenmiştir ⁽⁴⁸⁾. Düzce'de, yakın zamanda yapılan analiz, modelin uygulamaya konmasından bu yana birçok sağlık göstergesinde gelişme olduğunu göstermektedir, örneğin, çocuk takip ziyaretlerinin sayısında artış olmuş ve sevk oranları azalmıştır. Söz konusu ildeki hasta memnuniyeti birkaç yönden artmıştır ⁽⁴⁹⁾. Daha genel olarak ifade etmek gerekirse SB, iller arasındaki bulgulara önemli düzeyde değişiklik olmadığını öne sürmektedir, bu da performansa dayalı ödeme sisteminin iller arasında adaletsizliği artırmadığını göstermektedir ⁽⁴⁸⁾.

5.3.2 Performansa Dayalı Ödemede Geleceğe Yönelik Sorunlar

Performansa dayalı ödeme sisteminin kalite ve verimlilik üzerindeki etkisi iki ayrı nedenle sınırlandırılabilir: muhtemelen azalacak geri dönüşler ve bilinmeyen gelecek. Şu andaki performansa dayalı ödeme, verimlilik ve kalite kazançları bakımından geri dönüş azalması ile karşı karşıya kalabilir. Performans, çocuk takibi ziyaretleri sayısı (sevk sayısı) gibi, önceki değerlendirme dönemine göre artışlar (azalmalar) temelinde ödüllendirilmektedir. Mevcut düzeyler göreceli olarak düşük (yüksek) olursa ilk başta kazanımlar olabileceği gibi, performans tavanlara (tabanlara) yaklaştıkça iyileşme potansiyeli azalacaktır. SB bu yüzden verimlilik ve kalite kazanımlarını, aynı büyüklükteki geleceğe dönük ilk gelişmeler olarak değerlendirmeyebilir.

6. SİYASİ İÇERİK

Sağlık sektörü içindeki her türlü karar veya değişiklik, bir siyasi süreci içermektedir. Örneğin SAIK finansmanı düzeyi, yerel düzeydeki karar verme gücünün tespit edilmesini, paydaşların farklı bakış açılarının değerlendirilmesini ve/veya aralarında müzakere yapılmasını içerecektir. Aslında, Dünya Sağlık Raporu (2000) sağlık sistemi performansını değerlendirme konusunda siyasi ve paydaş analizine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bunlar, performansın önceki analizlerde eksik olan iki yönüdür ⁽⁵⁰⁾.

6.1 Paydaş Analizi

“Politika Yapıcı” yaklaşımı ⁽⁵¹⁾ siyasi ve paydaş analizi için bir metodoloji sağlamaktadır ki bu yaklaşım, mevcut SAIK politikaları ve gelecekteki reformların siyasi içeriğinin analiz edilmesinde halen uyarlanmaktadır. “Politika Yapıcı” yaklaşımı, politika yapma süreçlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve etkileyici politika için siyasi stratejilerin geliştirilmesi / değerlendirilmesine ilişkin beş ana bileşen tanımlamaktadır. Bu beş bileşen şunlardır:

- **Politika:** Belirlenen sorunları göstermek üzere seçilen mevcut politikaların ve politika değişikliklerinin içeriğinin tanımlanması ve analiz edilmesi. Bu, hem politikaların hedeflerinin tanımlanması hem bu hedeflere ulaşmak için gerekli olan mekanizmaların veya spesifik politikaların belirlenmesini içermektedir.
- **Paydaşlar:** Mevcut ve gelecek politikalar üzerindeki tüm anahtar paydaşların pozisyonlarının ve gücünün belirlenmesi, gelecekteki politika değişikliklerinin her bir paydaş için sonuçların tanımlanması ve tespit edilmesi.
- **Fırsatlar ve engeller:** Reformun benimsenmesi ve uygulanmasını etkileyebilecek gelecekteki politika değişiklikleri için içeriksel fırsatların ve engellerin analiz edilmesi.
- **Stratejiler:** Politikaların veya reformun benimsenmesi ve uygulanması için kullanılacak siyasi stratejilerin (destekleyicilerin harekete geçirilmesinden muhalefetin azaltılmasına kadar) tanımlanması.
- **Etkiler:** Stratejilerden her birinin paydaşların gelecekteki pozisyonlarını ve gücünü nasıl etkileyeceğinin tahmin edilmesi. Bu tahmin, politika veya reformun benimsenmesi ve uygulanmasının değerlendirilmesini sağlayacaktır ve bir eylem planına dönüşebilir.

Bu rapor, mevcut SAIK politikalarının bir paydaş analizine odaklanmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi, bu raporun amacı SB ve paydaşlar arasında, Türkiye için sağlıkta insan kaynaklarına yönelik kapsamlı bir stratejik plana yol açacak bir diyalog oluşturmaktır. Raporun metodolojisi, paydaşlara sistematik olarak SAIK ile ilgili birçok konuda yardımcı olmayı amaçlamaktadır, ancak gelecekteki politika değişiklikleri de bu diyalogdan faydalanmalıdır. Mevcut politikaların bir paydaş analizi böylelikle gelecekteki reformların politika analizine zemin hazırlayabileceği gibi, daha sonraki politika analizi bu raporun kapsamının dışındadır.

6.2 Mevcut Politikalar, Paydaşlar, Pozisyon, Güç

İlgili paydaşların pozisyonlarının ve güçlerinin analiz edilmesi, literatürün gözden geçirilmesi ve paydaşlarla yapılacak görüşmelerin bir kombinasyonuna dayanmaktadır. Her bir paydaşın pozisyonu, görüşmeler sırasında danışman ekibine temin edilmiş olan bilgiler ve aynı zamanda

eldeki dokümantasyon ve literatüre dayalı olarak tespit edilmektedir. Gücün tespiti paydaşların elinde olan dört tip kaynağa göre tahmin edilmektedir. Bunlar; mali kaynaklar, organizasyonel kaynaklar (örneğin ofis ekipmanı), liderlik kaynakları (paydaşın liderlerinin konuya odaklanma derecesi) ve maddi olmayan (bilgiye erişim ve algılanan meşruiyet gibi) kaynaklardır.

6.2.1 Kamu Sektörü Kurumları

Türkiye’de SAİK’in farklı yönlerine dahil olan ana kamu sektörü paydaşları Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti, SB, MB, SGK, DPT, YÖK, İl Valilikleri (ve İl Sağlık Müdürlükleri) dir.

6.2.1.1 Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti, SDP’nin ve dolayısıyla SAİK’e ilişkin politika değişikliklerinin gerisindeki itici güç konumundadır ⁽⁴⁰⁾. Sağlık sektöründeki mevcut reformlar ve yeniden organizasyon mevcut hükümetin kampanya taahhütlerinin ana bileşeni olmuştur. Hükümetin, kamu sektörünün ölçeğini azaltmak ve yeni kamu sektörü yönetimi tekniklerini uygulamak konusundaki vurgusu SAİK ile ilgili birçok değişiklikle (örneğin boş devlet memurluğu kadrolarının doldurulması konusundaki tavanlar, aile hekimleri ile sözleşme yapılması) tutarlıdır. Sağlık sektöründeki yapısal reformların hızlı oluşu Hükümetin güçlü olduğunu göstermektedir.

6.2.1.2 Sağlık Bakanlığı

Sağlık sektörünün liderleri ve hükümetin bir kısmı olarak SB, SAİK’in tüm yönleri açısından bir paydaştır. Farklı yönlerle ilişkin konumları ve yetkileri şu şekilde özetlenebilir:

Kamu sektöründe SAİK’in finansmanı: Şu anda SB, aile hekimliği uygulaması vasıtasıyla, hekim düzeyinde bir artış sağlamaya odaklanmış durumdadır. SB, SAİK düzeyleri üzerinde orta düzeyde güç uygulamaktadır ve MB ile her yıl yüksek cari bütçe konusunda başarılı müzakerelerde bulunmaktadır. Ancak, SB ile özerk YÖK arasında SAİK üretiminin artırılması konusunda başarılı adımlar atılamamıştır.

Aile hekimliği uygulamasının SAİK yönleri: SDP’nin ve genel SAİK politikasının arkasındaki itici güç olarak SB’nin seçilen politikalar üzerindeki gücü şu şekildedir:

Aile Hekimleri ile sözleşme yapılması: Bu konuda SB’nin gücü şu anda orta düzey ile yüksek düzey arasındadır, ancak gelecekte azalması muhtemeldir. Şu anda pilot illerde aile hekimleri ile sözleşme yapmakla sorumlu olan kurum olarak SB, (İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla) süre ve şartlar üzerinde önemli etkiye sahiptir. İl Valileri SB’nin yetkilerini belli derecede kontrol etmektedir, ancak bir çok durumda SAİK işlevleri üzerindeki yetkiyi İl Sağlık Müdürlüklerine bırakmış veya sadece SAİK işlevlerinin bir kısmına dahil olmaktadır. Örneğin Düzce Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğünün sözleşme feshi taleplerini gözden geçirme yetkisini elinde bulundurmaktadır. SGK, aile hekimleri ile sözleşme yapma sorumluluğunu üstlenirse SB’nin bu süreçteki rolü, tasfiye edilmese bile önemli düzeyde azalacaktır.

Aile Hekimlerinin ödemesi: Bu konuda SB’nin gücü şu anda yüksek düzeydedir, ancak gelecekte azalması muhtemeldir. SB, aile hekimlerinin ödemesine ilişkin olarak hem kişi başı hem de performans ile ilgili kısımlar üzerinde süre ve şartlar koymuştur. Ancak SB’nin ödeme konusundaki rolü, SGK aile hekimleri ile sözleşme yapma sorumluluğunu üstlendiğinde, tasfiye edilmese bile önemli düzeyde azalacaktır.

SAİK'in hizmet öncesi eğitimi: SB, SAİK'in en az bazı kategorilerinde (örneğin doktorlar) eğitime giriş sayısında bir artış görmek istemektedir. Ancak SB, hem SAİK üretimi hem de hizmet öncesi eğitimin kalitesi üzerinde az bir yetki kullanmaktadır. SAİK kategorisi başına giriş sayısını belirleyen tabloda herhangi bir yeri yoktur ve müfredat geliştirilmesi ve gözden geçirilmesi konusunda herhangi bir rol oynamamaktadır. Aslında, hemşirelik için dört yıllık üniversite düzeyindeki eğitime geçiş, hizmet öncesi eğitimdeki rolünü daha da azaltmıştır.

Mezuniyet sonrası SAİK eğitimi: SB, başvuru kabulünün ve hizmet kalitesi değerlendirmesinin kendisi tarafından yapıldığı SB Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde uzmanlık eğitimi vermektedir. Burada Üniversite Hastaneleri'nde eğitim gören asistan sayısının daha fazla olduğu unutulmamalıdır. SB, birinci basamağa yönelik politikalarını iyileştirirken, uzmanlık eğitimi için üniversitelerin sağladığı ve sayısı giderek artmakta olan kadrolar, birinci basamakta çalışma olasılığı bulunan önemli sayıdaki personeli uzmanlık alanlarına doğru çekebilir.

6.2.1.3 Maliye Bakanlığı

MB'nin SAİK'e ilgisi, cari maliyetleri etkileyen yönlerle ilişkilidir. Bu maliyetlerin birincil yöneticileri, kamu sektörü tarafından istihdam edilen SAİK'in beceri dağılımı ve genel düzeyidir. Hem düzey hem de beceri dağılımı bakımından, MB'nin pozisyonu, bir derece SB tarafından verilmiş olan tekliflere bağlıdır. MB bu tekliflerin hükümetin genel bütçesi ve gelişim planlarına ne derece uyduğunu değerlendirir. MB'nin kısmen temel maaşlara ek olarak döner sermayeden ödenen yüksek maaşlar üzerindeki tereddütlerini ifade ettiği söylenmektedir, çünkü bu durum diğer devlet memurlarının da eşit haklara sahip olmak için hükümet üzerinde baskı kurmasına neden olabilir. Ancak, döner sermayenin doktorları özel sektörden tam zamanlı kamu görevlerine çekmesi bakımından yarattığı verimlilik, MB için ikna edici olmuştur ⁽²⁷⁾. MB bu iki yön üzerinde ciddi anlamda yetkiye sahiptir ve SB'nin nihai tahsisatları müzakere etmesi gereken cari maliyetli bütçe parametrelerini koymaktadır. MB, SB'nin bütçe artışları konusundaki taleplerine cevap vermiştir, çünkü hükümetin açık öncelikleri sağlık, eğitim ve adalet lehinedir.

6.2.1.4 Sosyal Güvenlik Kurumu

SGK, birbirinden bağımsız üç sosyal güvenlik kurumunu tek çatı altında birleştirme ve bu birleşme içi gereken mekanizmaları oluşturma süreci içindedir. Sektördeki en büyük finansal kurumlardan biri olarak SAİK için gereken kaynaklar, özellikle de döner sermayeye ilişkin kararların alınmasında son derece önemli bir rol oynamaktadır. SGK, finansal kaynakların daha etkin şekilde kullanılmasını ve verilen hizmetlerin kalitesinde kayda değer iyileşme yapılmasını sağlamak üzere çalışmalarına devam etmektedir. Kurum bünyesinde yeni oluşturulan Genel Sağlık Sigortası Müdürlüğü ise, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için daha etkin bir araç olarak görülen aile hekimliği yaklaşımı konusunda çalışmaktadır. SGK halen pratisyen hekimlerin hastaları hastanelere sevk etmesi için gerekenler, aile hekimliği sisteminde yer alacak ve özel tedarikçilerle yapılacak sözleşmeler, kalite değerlendirme mekanizmaları, akılcı ilaç kullanımı ile geri ödeme mekanizmaları ve diğer kilit noktalarda gelecekteki uygulamalara yönelik seçenekleri değerlendirmektedir. Kurumun, bu konulardaki politikalara ilişkin resmi konumunun belirlemesi ise elbette zaman alacaktır.

6.2.1.5 Devlet Planlama Teşkilatı

DPT, SAİK eğitimi için fiziksel altyapı kapasitesinin oluşturulması da dahil olmak üzere sekiz yıllık kalkınma planları ve sermaye yatırımlarına ilişkin müzakereler açısından ciddi güce ve yetkiye sahip bir kurumdur. Ancak, tartışmalı bir durum meydana getiren kalkınma planlarının uygulanmasını izleme yetkisinden de yoksundur.

6.2.1.6 Yüksek Eğitim Kurumu

YÖK, tıp eğitiminin kalitesini korumak ve iyileştirmek amacıyla tıp fakültelerine kabul edilecek öğrenci sayısını belirlemektedir. SB'nin, bu sayının artırılmasına yönelik olarak YÖK ile diyalog kurma çabalarına karşın YÖK, mevcut öğrenci kabul düzeyini korumayı sürdürmektedir. YÖK hizmet öncesi kabul ve eğitimin kalitesi (müfredatın hazırlanması ve gözden geçirilmesi) konusunda yüksek güç ve yetkiye sahiptir.

6.2.1.7 İl Valilikleri

İl Valileri ildeki tüm sağlık hizmetlerinin başındadır ve SB personelinden oluşan İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla bu sorumluluğunu yerine getirmektedir. Sağlık hizmetleri tamamen merkezileştiği için, İl Sağlık Müdürlüklerinin görevi günlük idare ile sınırlıdır. Hastane müdür yardımcılarının atanması ile aile hekimleri ve sözleşmeli personel ile sözleşme imzalanması gibi bazı konularda SAİK yetkileri Valilere devredilmiştir. Valiler aynı zamanda geçici görevlendirme aracılığıyla il dahilinde sağlık personelinin yerleştirilmesine ilişkin görevlere sahiptirler.

6.2.2 Sivil Toplum Örgütleri

SAİK konusunda rol oynayan en büyük sivil toplum örgütleri; meslek grupları dernekleri ve birlikleridir. Genel olarak, Türkiye'deki sivil toplum örgütleri “çok güçlü” olarak görülmemektedir ve meslek örgütlerinin ve birliklerin SAİK politika yapımına dahil olmasını destekleyen sadece birkaç örgüt bulunmaktadır ⁽⁴⁰⁾.

6.2.2.1 Türk Tabipler Birliği

Türk Tabipler Birliği, aile hekimliği uygulaması ve doktor sayısını artırılması da dahil olmak üzere SB'nin şu andaki bir çok politikasına karşı çıkmaktadır ve sağlık sektöründe uzun süreden beri mevcut olan bir sivil toplum paydaşıdır. Türk Tabipler Birliği aile hekimliği uygulamasını, entegre edilmiş bir koruyucu temel sağlık hizmetleri sisteminden ziyade, bireysel temelli tedavi hizmetlerini destekleyen bir model olarak görmektedir. Türk Tabipler Birliği döner sermaye konusundaki uzun vadeli sürdürülebilir belirsizliği ortadan kaldırmak için temel maaşa döner sermayenin de dahil edilmesini istemektedir. Türk Tabipler Birliğinin yetkisi düşük düzeydedir, bileşenlerinin neredeyse tamamına muhalefet olmasına rağmen SDP'yi engelleme konusundaki yetersizliği, bunu kanıtlamaktadır ⁽⁴⁰⁾.

6.2.2.2 Diğer Dernekler ve Birlikler

SAİK politikaları ile ilgilenen diğer birçok dernek ve birlik mevcuttur. Bunlar, diğerlerinin yanında, şunları içermektedir: Türk Tabipler Birliği, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye Aile Hekimliği Birliği, Hemşireler Derneği ve Özel Sağlık Kuruluşları Derneğidir. Hemşireler derneği,

aile hekimliği uygulamasına, özellikle de performansa dayalı ödemeye karşı çıkmaktadır. Her derneğin duruşu farklıdır ve danışmanlar bu derneklerle bireysel olarak görüşme yapamamıştır. Ancak derneklerin, bazı istisnalarla birlikte, genel olarak yetkileri düşük düzeyde olarak değerlendirilebilir ²².

6.2.3 Uluslararası Kuruluş ve Örgütler

SAİK konusunda etkin rol oynayan iki büyük uluslararası kuruluş Avrupa Birliği ve Dünya Bankası'dır. Türkiye'nin, AB'ye katılım sürecinde yer alan bir ülke olması sebebiyle, SAİK'e ilişkin konularda da Türk yasalarının ve mevzuatlarının AB yasaları ve mevzuatlarına uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Örnek vermek gerekirse, hemşirelik, hekimlik ve eczacılık mesleklerinin yasal zemini AB standartlarına ancak "kısmen" uygundur ⁽⁵²⁾. Türkiye'nin AB'ye katılım yönündeki arzusunu açıkça belirtmesine karşın AB ile Türkiye arasında gerçekleştirilen ve her iki tarafın da uzlaşma konusundaki hevesini bir miktar kaybettiği görülen son müzakereler, AB'nin sahip olduğu güç ve yetkinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Şu anda Dünya Bankası'nın esas olarak ilgilendiği konu SDP'dir. Şu anda Program'ın, 60 milyon \$ ile finanse edilen ilk fazı uygulanmakta olup bu süreç, pratisyen hekimlere yönelik aile hekimliği konulu hizmet içi eğitimin de teminatıdır. Bu katkıdan da anlaşılacağı üzere, Dünya Bankası SB'nin aile hekimliği uygulamasına geçmesine ve hastane özerkliği yoluyla desantralizasyon sürecine destek vermektedir. Bu bağlamda Dünya Bankası tarafından aile hekimliği konulu hizmet içi eğitimlere orta vadede finansman desteği sağlanmaktadır. Ancak sağlık sektörü harcamalarına yönelik olarak dış kaynaklar yüksek (toplam sağlık harcamalarının % 10'undan daha az) oranda değildir.

²² Agartan (2006), Türk Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin yakın geçmişteki belli bazı reform tasarılarının oluşturulmasına katkıda bulunduğunu bildirmektedir.

7. SAĞLIK BAKANLIĞI İÇİN ÖNERİLEN ADIMLAR

Bundan önce yapılan analizler, SB'nin SDP'ye devam ettikçe öncelikle ele alması gereken konuları ana hatlarıyla ortaya koymaya çalışmıştır. Bu bağlamda, hem düzey, dağılım ve performans açısından SAİK çıktıları; hem de finansman, eğitim, yönetim ve politika oluşturmaya ilişkin politika mekanizmalarını ele almıştır. Uzun süredir devam eden kimi sorunlarla (coğrafi dengesizlikler gibi) bu sorunlara ilişkin sürdürülen çalışmaları (teşviklerin birleşimi gibi) ve yakın gelecekte ortaya çıkması beklenen kimi yeni zorlukları da (ekip bazında hizmet tedariki gibi) göstermiştir.

Bu analizden hareketle, SDP'nin süregelen uygulanmasına ilişkin SAİK sorunlarının ele alınması bağlamında SB'ye verilebilecek bir takım tavsiyeler de bulunmaktadır. Bu tavsiyeler aşağıda kısaca belirtilmiştir.

7.1 Resmi Bir SAİK Stratejisi Oluşturmak Üzere Liderlik Çalışmalarına Devam Edilmesi

Bu rapor, genel sağlık politikaları ve planlarıyla tutarlı bir SAİK belgesi oluşturmanın gerekliliğine dikkat çekmektedir. SB'nin SAİK durumunu değerlendirmeye yönelik çalışmalarından da anlaşılabileceği üzere SAİK ile ilgili sorunları göstermek için geniş kapsamlı bir çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut SAİK politikaları stratejik bir plan için temel teşkil etmektedir. Ancak bu politikaların bir bütün olarak uygulanmasının doğuracağı sonuçları sistematik olarak ele alacak stratejik bir belgeye ihtiyaç vardır. Stratejik bir SAİK planı, birbirine bağlı bir takım özel zorlukların gösterilmesi için yararlı olabilir. Bu bağlamda SB'nin karşı karşıya kaldığı belli başlı zorluklar; uygun beceri karışımı, aile hekimliğinde pratisyen hekimlere yönelik hizmet içi eğitim, kırsal ve mahrumiyet bölgelerindeki hizmetlerin iyileştirilmesi, sağlıkta işgücünün motive edilmesi, tüm sağlıkta işgücü kategorilerinin kapsanması ve Türkiye'nin sağlık ihtiyaçlarına uygun hizmet içi eğitim ürünlerinin ortaya konulmasıdır. Kalkınmada öncelikli bölgelerde üniversitelere odaklanması, Türkiye'nin kalkınma politikalarıyla uyumlu olabilir. Sağlık çalışanlarının eğitiminde yerel kapasite oluşturulması bu kişilerin yaşadıkları yerde eğitim almalarını ve yine orada hizmet vermelerini teşvik edebilir. Özel bir takım stratejilerin önerilmesi bu raporun kapsamı dışında kalmakla birlikte, bu raporun içeriği, SAİK'in bir bütün olarak ele alınabilmesi için oluşturulması gereken stratejik planın önemine dikkat çekmektedir.

Bu nedenle SB'nin, resmi bir SAİK Stratejik Planı oluşturmak üzere iyi tanımlanmış bir sürece başkanlık etmesi önerilmektedir. Bu belge, mevcut SAİK sorunlarını sistematik olarak göstererek yeni stratejilerin planlamasında (örneğin SDP, desantralizasyon, eğitim üretimi, performansa dayalı ödeme, hekim odaklı müdahale gibi konularda) ve yeni gelişmelerin sisteme dahil edilmesinde kilit konumda yer alan paydaşlarla müzakere zemini oluşturmak amacıyla kullanılabilir.

7.2 Kilit Konumdaki Paydaşlarla Görüş Birliği Sağlanması

Bu raporun politik analizi, SAİK ile ilgili bir dizi paydaşı mercek altına almaktadır. Aynı zamanda, SB dışında kalan kimi paydaşların da eğitim çıktıları gibi konularda SAİK stratejik planının kilit bileşenleri üzerinde etkili oldukları görülmektedir. Bu iki unsur resmi bir SAİK stratejisi oluşturmada kapsamlı sürecinin önemine vurgu yapmaktadır. Bu nedenle SB, SAİK stratejik orta ve uzun vadeli planına yönelik bir araç olarak ilgili paydaşlarla fikir birliği sağlama konusunda liderlik rolü üstlenmeye devam edebilir. Ayrıca, YÖK, meslek dernekleri ve diğer ilgili paydaşları da sürece dahil etme çalışmaları konusunda özel gayretlere devam edilmelidir.

7.3 Gelecekteki Stratejik Saik Planlarına Yönelik Bilgi Sağlamak Üzere Yapılacak Ek Çalışmalar

SB, geleceğe yönelik stratejik bir SAİK planlaması için kanıta dayalı yaklaşım geliştirmek üzere çok kıymetli bir imkana sahiptir. SB'deki Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi performansına dayalı ödeme uygulamasının gerçekleştirilmeye başlanmasından bu yana giderek iyileşen ve daha da ayrıntılı hale gelen verileri rutin şekilde toplamaktadır. SB'ye bağlı diğer araştırma kurumları daha fazla bilgi (nitel ve nicel yönden) elde etme fırsatına da sahiptir. Mevcut veriler ile ülkede mevcut bulunan analitik kapasite, gelecekteki SAİK stratejilerine yönelik olarak, neyin işe yarayıp neyin işe yaramayacağı noktasında yararlı bilgiler sağlayabilir. Orta ve uzun vadeli stratejik SAİK planı oluşturulması için gereken bilgilerin yanı sıra, mevcut strateji ve teşvikleri izlemek ve değerlendirmek üzere Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve diğer paydaşlar, henüz araştırma ve analiz yapılmamış kimi alanlarda bir takım ek çalışmalar yürütebilir. Söz konusu bu araştırmalar ve çalışmalar;

- SAİK kapasitesinin daha iyi anlaşılması amacıyla diğer veri kaynaklarının incelenmesi,
- Sağlık çalışanlarını mahrumiyet bölgelerinde çalışmaya ikna etmek için gereken etkin teşvik düzeylerinin değerlendirilmesi,
- Mecburi hizmetin motivasyona yönelik etkilerinin değerlendirilmesi
- Performansa dayalı ödeme ile bu uygulamanın verimlilik ve kaliteyi artırma konusundaki etkisi,
- Sağlık hizmetlerinin algılanan kalitesinde görülen kimi farklılıkların değerlendirilmesi amacıyla hasta, tedarikçi ve kamu memnuniyeti konulu araştırmalar yapılması ve
- Hasta/hekim oranlarının iyileştirilmesine yönelik tercih edilen belirli hizmetlerin klinik açıdan kalitesinin belirlenmesi şeklinde maddeler halinde sıralanan konularda yapılabilir.

KAYNAKLAR

- 1- The world health report 2006 : working together for health. Geneva, Dünya Sağlık Örgütü .
- 2- Bossert, T., T. Barnighausen, et al. (2006). *Human Resources for Health: Assessment Methods to Support Policy-making*, Dünya Sağlık Örgütü.
- 3- *European health for all database (HFA-DB)*, Dünya Sağlık Örgütü , Regional Office for Europe. Erişim: Mart, 2006.
- 4- *OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries*, OECD. Erişim: Mart, 2006.
- 5- Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara.
- 6- T.C.Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, (2007) Danışman Ekibi ile Görüşme , 9 Mart: Ankara.
- 7- Türkiye Sağlık Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ankara.
- 8- T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). Aktif ve planlanan sağlık personeline ilişkin İl İstatistikleri : 15 Şubat 2007, T.C. Sağlık Bakanlığı .
- 9- Dünya Bankası (2003). *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (Volumes I and II)*. Rapor No. 24358-TU. Washington, DC, Dünya Bankası.
- 10- Dünya Sağlık Örgütü (2006a). *European health for all database (HFA-DB)*, Dünya Sağlık Örgütü , Regional Office for Europe. Erişim: Mart, 2006.
- 11- Türk Dış Hekimleri Birliği (2007). Danışman ekibi ile görüşme, 26 Mart: Ankara.
- 12- Türk Eczacılar Birliği (2007). Danışman ekibi ile görüşme, 26 Mart, Ankara
- 13- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı , 2003, **T.C. Sağlık Bakanlığı . Erişim: Mart 2007.** (<http://www.tusp.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2003/icindekiler-2003.htm>)
- 14- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2003 Yılı İstatistik Yıllığı , Erişim: Mart 2007 (<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2003/calismayilligi2003.htm>)
- 15- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı , 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı . Erişim: Mart 2007. (<http://www.tusp.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2004/2004K%C4%B0TAP%20%C4%B0%C3%87%C4%B0NDEK%C4%B0LER.xls>)
- 16- Türkiye Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İstatistikleri, 2004, Erişim: Mart 2007 (<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/index.htm>)
- 17- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı . Erişim: Mart 2007. (<http://www.tusp.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2005/2005%20K%C4%B0TAP%20%C4%B0%C3%87%C4%B0NDEK%C4%B0LER.xls>)
- 18- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2005 Yılı İstatistik Yıllığı, Erişim: Mart 2007 (www.tusp.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2005/index.doc)
- 19- Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik, 2004; Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı
- 20- T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri İstatistik Yıllığı, 2005
- 21- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2000 Yılı İstatistik Yıllığı, Erişim: Mart 2007. (<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2000/temel2000.zip>)
- 22- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2001 Yılı İstatistik Yıllığı, Erişim: Mart 2007. (<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2001/temel2001.zip>)
- 23- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2002 Yılı İstatistik Yıllığı, Erişim: Mart 2007. (http://sbu.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2002/temel_2002.pdf)
- 24- Hamzaoglu, O. and U. Özcan (2006). *Türkiye Sağlık İstatistikleri*. Ankara
- 25- Hlavacka, S., R. Wágner, et al. (2004). *Health Care Systems in Transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- 26- Dünya Sağlık Örgütü (2007). WHO estimates for country NHA data (1996-2005): Turkey, WHO.
- 27- T.C. Maliye Bakanlığı (2007). Danışman ekibi ile görüşme, 15 Mart: Ankara.
- 28- Dokmeci, V. (2002). "Spatial Analysis of Physicians' Offices with Respect to Population and Hospital Beds in Istanbul." *European Planning Studies* 10(3): 405-412.
- 29- Türkiye Sağlık Bakanlığı (2007). Danışman ekibi ile görüşme , 15 Mart: Ankara.
- 30- Akdag, R. (2006). *2007 Sağlık Bakanlığı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Bakanlığı 2007 bütçesinin Türkiye Büyük Millet Meclisine Sunumu Basım*, Ankara, SağlıkBakanlığı.

- 31- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002, T.C. Sağlık Bakanlığı . Erişim: Mart 2007. (<http://www.tusp.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/icindekiler.htm>)
- 32- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, T.C. Sağlık Bakanlığı . Erişim: Mart 2007. (<http://www.tusp.saglik.gov.tr>)
- 33- Sağlık Bakanlığı, Aktif Çalışan ve Planlanan Sağlık Personeli üzerine il İstatistikleri, 15 Şubat 2005, Sağlık Bakanlığı.
- 34- Sağlık Bakanlığı (2006). Harcama Birimlerince Sağlık Bakanlığının 2005-2006 Bütçe Dağılımı, Ankara.
- 35- Savas, B. S., Ö. Karahan, et al. (2002). *Health care systems in transition: Turkey*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- 36- Bombi, J. A. (2003). "Teaching in Spanish medical schools." *Med Teach* 25(4): 428-32.
- 37- American Association of Colleges of Nursing (2003). *Faculty Shortages in Baccalaureate and Graduate Nursing Programs: Scope of the Problem and Strategies for Expanding the Supply*. Washington, DC.
- 38- Turkish Industrialists' and Businessmen's Association (2005). *Charting the Way Forward: Health Care Reform in Turkey*. T/2005-3/389. Istanbul, TUSIAD.
- 39- Ates, H. (2004). "Management as an Agent of Cultural Change in the Turkish Public Sector." *Journal of Public Administration Research and Theory* 14(1): 33-58.
- 40- Agartan, T. I. (2005). *Health Sector Reform in Turkey: Old Policies New Politics*. Binghamton Üniversitesi 2005 ESPANET Genç Araştırmalar Çalıştayında sunulan makale.
- 41- Türkiye Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı* Ankara.
- 42- Türkiye Sağlık Bakanlığı (2007). Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Üzerine Sunum, Ocak: Ankara.
- 43- Köse, A. (2006). Kamu Hastanelerini Özelleştirme Sürecinde Profesyonel Sağlık Yönetimi ve Bir İl İdaresi Uygulaması: Trabzon Örneği, Tıbbi Bilimler Enstitüsü, Marmara Üniversitesi.
- 44- ÖSYM istatistikleri 2007, erişim: Mart 2007, www.oesym.gov.tr
- 45- De Geyndt, W. (1995). *Managing the quality of health care in developing countries*. Washington, D.C. Dünya Bankası.
- 46- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye Sağlık Raporu* Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- 47- SGK ile görüşme mart 2007.
- 48- T.C. Sağlık Bakanlığı (Müsteşarlık) (2007). Danışman Ekibi ile Görüşme, 13 Mart: Ankara.
- 49- T.C. Sağlık Bakanlığı (Düzce İl Sağlık Müdürlüğü) (2007). Danışman ekibi ile görüşme, 16 Mart: Düzce.
- 50- Dünya Sağlık Örgütü (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva.
- 51- Reich, M. R. (1996). "Applied Political Analysis for Health Policy Reform." *Current Issues in Public Health* 2: 186-191.
- 52- Türkiye Devlet Planlama Teşkilati (2001). *Türkiye İle AB Arasında Hizmetlerin Serbestleştirilmesi ve Kamu İhaleleri Pazarlarının Karşılıklı Açılması Müzakereleri Çerçevesinde Durum Değerlendirmesi ve Mevzuat Karşılaştırması*.
- 53- Saltman, R. B. and C. Von Otter (1995). *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic RedPTnsibility*. Buckingham, Open University Press.
- 54- Sahin, I. and S. B. (2000). *Sağlık Personelinin İş Tatmini: Ankara'daki iki Eğitim Hastanesinde Bir Çalışma*. Ankara, I. Ulusal Sağlık Kongresi.
- 55- Piyal, B. (2000). "Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Tatmini" *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi* 53(4).
- 56- Kiliç, M. and S. Tunc (2004). "Assessment of problems and satisfaction of physicians working in the eastern and south-eastern Anatolia from the health workforce planning perspective." *Public Administration Periodical (Hacettepe)* 7(1): 40-64.
- 57- Aykanat, S. and D. Tengilimoglu (2003). "A field study on the motivating factors for hospital staff." *Public Administration Periodical (Hacettepe)* 6(2): 71-79.