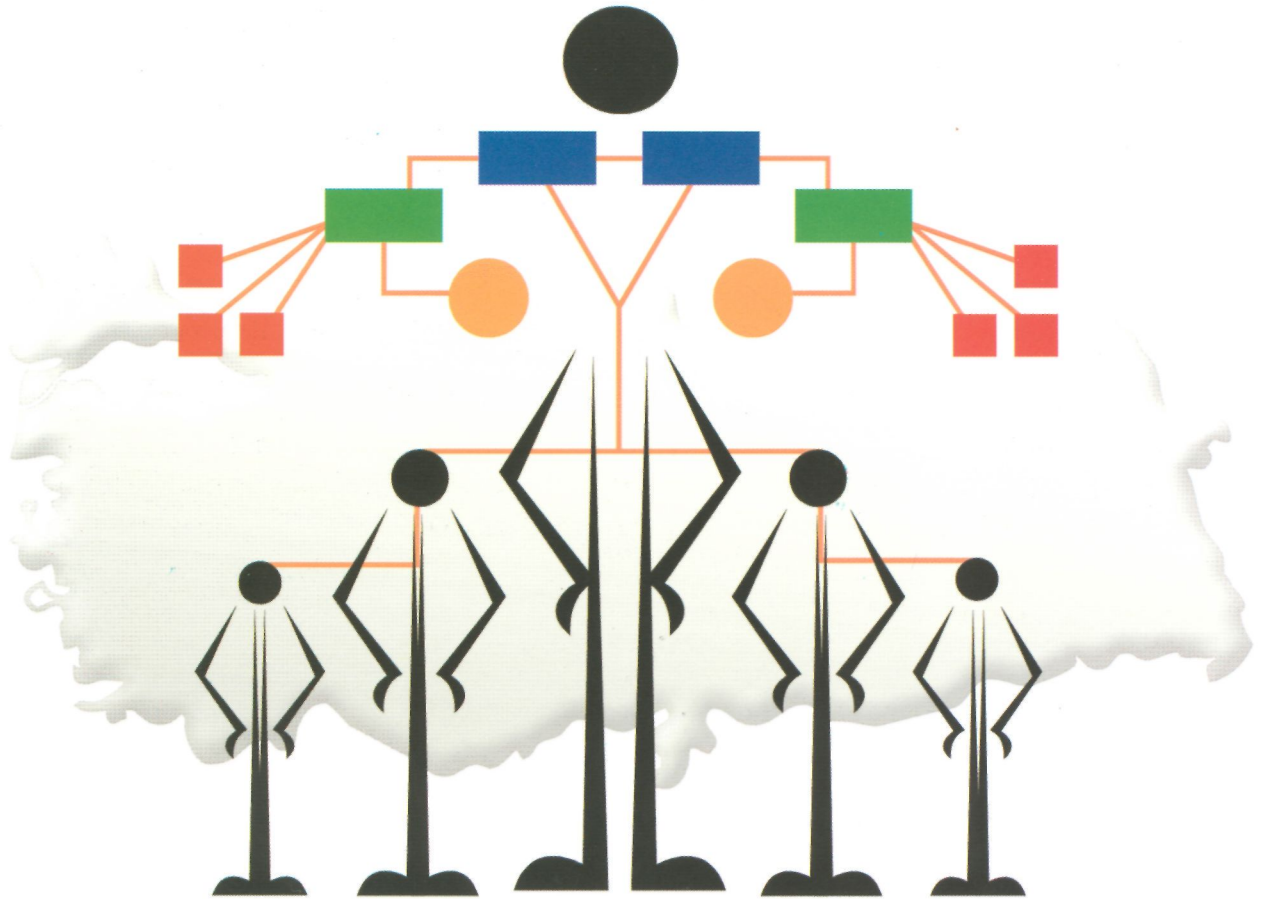




TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI VE POLİTİKA OLUŞTURMA ÇALIŞTAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı ■ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı,
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

© 2007, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Bu kitap, Sağlık Bakanlığı'nın (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı 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, kullanılmadan önce hak sahibinden 52. maddeye uygun yazılı izin alınmadıkça, hiçbir şekil ve yöntemle işlenmek, çoğaltılmak, çoğaltılmış 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 Başkanlığı 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 : 978-975-590-234-0

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 718

HM Yayın No : SB-HM-2007/15



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

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI VE POLİTİKA OLUŞTURMA ÇALIŞTAYI

EDİTÖRLER

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

DANIŞMA KURULU

Abdulkadir ATALIK
Prof.Dr.Nihat TOSUN
Uzm.Dr. Turan BUZGAN
Doç.Dr.Sinan YOL
Ali YERLİKAYA
Mehmet ATASEVER
Dr.Hakkı ÖZTÜRK
Uzm.Dr.Recep PEKÇİCİ
Dr.Ali Sait SEPTİOĞLU
Dr.Hasan GÜLER

ÇALIŞTAY KURULU

ULUSLAR ARASI DANIŞMANLAR

Dr.Gülin GEDİK
Dr.Gilles DUSSAULT
Dr.Galina PERFILIEVA
Dr. Stephane LEGROS
Prof. James BUCHAN
Prof. Dr.Mario DAL POZ

ULUSAL DANIŞMANLAR

Prof.Dr.Haydar SUR
Doç.Dr.Hacer ÖZGEN
Doç.Dr.Gülsun ERİGÜÇ
Yard.Doç.Dr.Mustafa TAŞDEMİR

ÇALIŞTAYI HAZIRLAYANLAR

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

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Uzm.Dr.Banu AYAR
Dr.Mustafa KOSDAK
Dr.Ayşegül GENÇOĞLU
Hemş.Hatice ŞİMŞEK
Kıvanç YILMAZ
Hemş.Şirin ÖZKAN
Hemş.Ümmühan EKİNCİ
Sm.İbrahim KÖSTEKLİ

ÇEVİRENLER VE REDAKTÖRLER

A.Arzu ÇAKIR
Özlem B.BÜYÜKYUMAK

Ankara, 2007

ISBN : 978-975-590-234-0
Sağlık Bakanlığı Yayın No : 718
HM Yayın No : SB-HM-2007/15

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 Politika Oluşturma Çalıştayı Katılımcı Listesi

AD- SOYAD	KURUMU
Abdullah YAVUZ	SB Personel Genel Müdürlüğü
Ahmet CEYHAN	MEB Yükseköğretim Genel Müdürlüğü
Ali Enver DUDU	Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı
Asibe ÖZKAN	Ebeler Derneği
Aslı GÜLTEKİN	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı
Atilla DURMAZ	SB Strateji Geliştirme Başkanlığı
Aynur AKSOY	Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
Aysel BİNLER	Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı
Ayşe TOPRAK	Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
Ayşen ŞENTÜRK	Maliye Bakanlığı
Azmi EKMEK	SB AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı
Bayram DEMİR	SB Müsteşarlık Makamı Danışmanları Performans Yönetimi
Beyhan USLU	SB Müsteşarlık Makamı Danışmanları Performans Yönetimi
Carullah KOCAELİ	SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Cihan Fatih GÖK	SB İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü
Davut KINACI	SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Doç.Dr. Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Doç.Dr. Hacer ÖZGEN	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Doç.Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Doç.Dr. Nazlı ATAĞ	Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Doç.Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Dr. Abdullah ÇANDAR	TSK Sağlık Komutanlığı Sağlık Yönetimi Şube Müdürlüğü
Dr. Ali İRAVUL	SB İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Dr. Alpay ALP	SB Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü
Dr. Ayşegül GENÇOĞLU	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. B.Zafer GÜNAYDIN	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. Erdinç ERDEMLİ	Ankara Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
Dr. Esra TIRYAKIOĞLU	SB Proje Yönetimi Destek Birimi
Dr. Feray KARAMAN	SB Refik saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. Hakkı ÖZTÜRK	SB Personel Genel Müdürlüğü
Dr. Hasan BAĞCI	SB İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü
Dr. Hasan GÜLER	SB Müsteşarlık Makamı Danışmanları Performans Yönetimi
Dr. Hüseyin DEMİREL	SB Müsteşarlık Makamı Danışmanları Performans Yönetimi
Dr. Hüseyin İLTER	SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
Dr. Hüseyin ÖZBAY	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. İnci YILMAZ	SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. M.Erkan ÇİÇEK	SB Personel Genel Müdürlüğü
Dr. Mustafa BULUN	SB Strateji Geliştirme Başkanlığı
Dr. Mustafa KOSDAK	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. Özlem COŞKUN	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dr. Salih MOLLAHALILOĞLU	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. Sarp ÜNER	Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı adına Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dr. Süleyman Can NUMANOĞLU	Sağlık Bakanlığı Müsteşarlık Makamı
Dr. Tamer AYDIN	TSK Sağlık Komutanlığı Sağlık Yönetimi Şube Müdürlüğü
Dr. Tuncay ALKAN	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
Dr. Ünal HÜLÜR	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Dr. Zerrin ÖNAL	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
Dt. Ömür Akyıldız EREĞİZ	Memur Sen/Sağlık Sen
Dt. Süha ALPAY	Türk Dış Hekimleri Birliği
Dt. Zeliha Nurhan UYSAL	Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı

AD- SOYAD	KURUMU
Ecz. Erdoğan ÇOLAK	Türk Eczacılar Birliği
Ecz. Güzide SÖNMEZ	Türk Eczacılar Birliği
Ecz. Neşe KILINÇ	Türk Eczacılar Birliği
Eda BINAR	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Emel ALKAN	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Emre İLYAS	Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı
Emre İŞÇİ	Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Fatma Nur BİLAZER	Türk Hemşireler Derneği
Gülay ALTUNTAŞ	SB Personel Genel Müdürlüğü
Gülay ERDEN	Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
Hakan Oğuz ARI	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Halil POLAT	MEB Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
Hüseyin ZIRH	SB Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
İbrahim KÖSTEKLİ	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
İdris BEDİR	SB Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Jale ÖZTÜRK	SB Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Kader KAYA	SB Strateji Geliştirme Başkanlığı
Mecit ALEMDAR	SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Meltem TAN	Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
Meral ILGAR	SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
Metin İSLAMOĞLU	Anadolu Sağlık Merkezi
Muhsin DEMİRTAŞ	SB Düzce İl Sağlık Müdürlüğü
Münevver KERKÜKLÜ	SB Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
Neslihan ŞAHYAR	SB Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
Nuriye DOĞAN	SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Prof. Dr. Haydar SUR	Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Prof. Dr. Hediye ARSLAN	Ebeler Derneği
Prof.Dr. Gülseren KOCAMAN	Türk Hemşireler Derneği
Prof.Dr. Gülşen TERAKYE	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Prof.Dr. Seval AKGÜN	Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı adına Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ramazan ÇATAN	SB Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü
Raziye KOÇAK	SB Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Selim BALCI	SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Şeyda DAĞLI	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
Şirin ÖZKAN	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Tuncer ARI	SB İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Turan FURUNCU	SB Düzce İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm.Ar.Gör. Gülperembe ERGİN	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Uzm.Ar.Gör. Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Uzm.Dr. Ali Kemal ÇAYLAN	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Uzm.Dr. Banu AYAR	SB Refik saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Uzm.Dr. M.Recep PEKÇİCİ	SB Personel Genel Müdürlüğü
Uzm.Dr. Mecit GÖKÇİMEN	SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Uzm.Dr. Nazan YARDIM	SB Refik saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Ümmühan EKİNCİ	SB Refik saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
Yaşar ODABAŞ	SB AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı
Yrd.Doç.Dr. Ercan GÖÇGERDİ	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Yrd.Doç.Dr. Mustafa TAŞDEMİR	Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Yrd.Doç.Dr. Ş.Burak BEKAROĞLU	Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Zafer YILDIRIM	Kamu Sen/Türk Sağlık-Sen

Not: Katılımcılar alfabetik sıraya göre listelenmiştir.

İçindekiler:

ÖNSÖZ	vii
TEŞEKKÜR.....	ix
SUNUŞ	xi
Tablolar Listesi.....	xiii
Şekiller Listesi	xiv
Kitapta Kullanılan Kısaltmalar	xv
Ekler.....	xv
YÖNETİCİ ÖZETİ	xvii

BÖLÜM 1

TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARININ MEVCUT DURUMU	1
1.1 GİRİŞ	1
1.2 TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ DÜZEYİ.....	1
1.3 TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ’NÜN COĞRAFİ DAĞILIMI.....	7
1.4 TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ EĞİTİMİ.....	9
1.5 TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ FİNANSMANI.....	13
1.6 SONUÇ	16

BÖLÜM 2

TÜRKİYE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI POLİTİKA OLUŞTURMA ÇALIŞTAYI GENEL RAPORU	17
2.1 GİRİŞ	17
2.2 SAĞLIK İŞ GÜCÜ ÜRETİMİ VE İHTİYACI.....	17
2.2.1 MEVCUT DURUM.....	17
2.2.2 SAĞLIK İŞ GÜCÜNÜN YETİŞTİRİLMESİ.....	21
2.2.3 İHTİYAÇLAR.....	28
2.2.4 BİLGİ EKSİKLİĞİ	29
2.2.5 ÖNERİLER.....	30
2.2.6 HÜKÜMETİN ROLÜ.....	30
2.2.7 KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ.....	31

2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNE DAHA İYİ ERİŞİM İÇİN DENGESİZLİKLERLE MÜCADELE ETMEK, SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN CAZİP İŞ ORTAMININ SAĞLANMASI, FİNANSMAN-ORTAKLIK	31
2.3.1 İŞ GÜCÜNÜN DENGESİZ DAĞILIMINA YÖNELİK POLİTİKA BELİRLEME SÜRECİNİN HANGİ AŞAMASINDAYIZ?	31
2.3.2 MEVCUT DURUM ANALİZİ	31
2.3.2.1 SORUN NEDİR?	31
2.3.2.2. DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUNUN BOYUTU NEDİR?	32
2.3.2.3 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUN NEDEN ÖNEMLİDİR?	38
2.3.2.4 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUN AÇISINDAN BİLGİ EKSİKLİĞİ VAR MIDIR?	38
2.3.2.5 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUNUN NEDENLERİ NELERDİR?	39
2.3.3 PLANLAMA.....	41
2.3.3.1 ÖNCELİKLER.....	41
2.3.3.2 HEDEFLER, POLİTİKA SEÇENEKLERİ, STRATEJİLER	41
2.3.3.3 GÖREV VE SORUMLULUKLAR	46
2.3.3.4 KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ	47
2.3.4 ANA MESAJLAR.....	53
2.4 ÇALIŞTAY DEĞERLENDİRİLMESİ KONUSUNDA ULUSLARARASI DANIŞMANLARDAN GELEN GERİ BİLDİRİMLER	54
Ek-1: Dünya Bankası Tarafından Yapılan Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı Değerlendirme Raporu	57
Kaynaklar	58

ÖNSÖZ

Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlıktan toplum sağlığına uzanan zorlu bir süreçtir. Sağlık sistemimizde ulusal model olarak, sağlık alanında atılan her adımın merkezinde “önce insan” vardır. 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.

Günümüzde çağdaş ülkelerin kalkınma planları için önemli bir yere sahip olan insan gücü planlamasının vazgeçilmez parçalarından biri olan “Sağlık insan gücü” Sağlıkta Dönüşüm Projesinin önemli alt başlıklarından biridir. Sağlık sisteminin işleyişine uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı insan gücü yetiştirmek, söz konusu politikalarla uyumlu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları uygulamak ve bu sayede sağlık alanında etkin ve verimli bir hizmet sektörü geliştirmek için Bakanlığımız tarafından bir süreç başlatılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin başta hekim ve hemşireler olmak üzere mutlak sayısının yetersizliği ve coğrafi açıdan dengesiz dağılımı, sağlık sistemimizin en önemli sıkıntılarından biridir. Bakanlığımız mevcut uygulanan politikalarla sağlık sistemimizdeki bu önemli sıkıntıyı en aza indirmeyi başarsa da; ülkemizdeki hekim ve hemşire eksikliği halen önemli bir sorundur. Nüfusumuz yaşlandıkça ve sağlık bilinci geliştikçe, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve buna bağlı olarak da hekime başvuru sayısı artacaktır. Gelecekte sağlık hizmetlerinin yeterli ve verimli olmasını istiyorsak sağlık personeli açığını kapatmamız gerekmektedir. Ülkemizde tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin sayısı hızla artarken öğrenci sayısındaki düşüş dikkati çekmektedir. 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.

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 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. Bu yolla kamu sağlık hizmetlerinde bir anlayış değişikliği oluşturulmuştur. Hizmetin yükünü çekenlerin ödüllendirilmesine fırsat tanınmıştır.

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

24- 28 Nisan 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilen Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı'na ve bu eserin yayınlanmasına katkılarından dolayı;

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

Sayın danışmanlarımız Dünya Sağlık Örgütü'nden Dr. Gülin GEDİK, Dr. Galina PERFELİEVA ve Dr. Mario DAL POZ, Dünya Bankası'ndan Dr. Stephane LEGROS ve Ekonomist Zafer MUSTAFAOĞLU, Lizbon Nova Üniversitesinden Dr. Gilles DUSSAULT ve Queen Margaret Üniversitesi'nden Prof. James BUCHAN'a;

Kolaylaştırıcı olarak görev alan Sayın Ulusal Danışmanlarımız Hacettepe Üniversitesi'nden Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ ve Doç.Dr. Hacer ÖZGEN, Marmara Üniversitesinden Prof. Dr. Haydar SUR ve Yrd.Doç.Dr. Mustafa TAŞDEMİR'e;

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

Söz konusu çalıştaya katılan, emek ve destek veren sağlık sektörünün, kurum ve kuruluşların değerli temsilcilerine;

Teşekkür ederiz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

SUNUŞ

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli konusu olmaya devam etmektedir. Son yıllarda sağlıkta insan kaynakları planlamasına duyulan ihtiyaç artmış ve ulusal düzeyde arz ettiği önem zamanla daha iyi kavranmıştır. Sağlık sisteminin işleyişinde uygun, nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının varlığı çok önemlidir.

Sağlık sektöründe çalışanların temel sağlık hizmetlerine yaklaşımı ve uygulamaları açısından yeterli olmaları zaruridir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının profesyonel bakış açılarının artırılması ve modern teknikleri öğrenmeleri gereklidir. Böylece halka sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksiklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanacaktır. Bu nedenle Türkiye'nin sağlık alanındaki insan kaynakları kapasitesinin ve sorunlarının, Sağlık Bakanlığı ile ilgili kurum ve kuruluşların bir araya getirilerek tartışılması ve çözüm önerilerinin getirilmesi son derece önemlidir.

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

Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi 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 Müdürlüğüne ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü

Tablolar Listesi

Tablo 1.1 : Türkiye’de sağlık iş gücü ve 1000 kişiye düşen iş gücü sayısı, 2002-2007	2
Tablo 1.2 : Türkiye’deki sağlık iş gücünün istihdam alanlarına dağılımı, 2007	3
Tablo 1.3 : Türkiye ve OECD Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 1000 kişiye düşen personel sayısı ...	4
Tablo 1.4 : Temmuz 2007 İtibariyle Aile Hekimliği Sistemi uygulanan iller	6
Tablo 1.5 : 2007’de Makam Onayı ile belirlenen diğer pilot iller	6
Tablo 1.6 : Yataklı tedavi kurumlarında hekim başına muayene ve yatan hasta sayıları.....	7
Tablo 1.7 : Sağlık iş gücünün coğrafi dağılımı	7
Tablo 1.8 : Sağlık Bakanlığı’nda 2004 yılından bu yana yeni personel istihdamı.....	8
Tablo 1.9 : Personel başına düşen nüfus açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasındaki farkın kıyaslanması	9
Tablo 1.10 : Türkiye’de sağlık iş gücü yetiştiren eğitim kurumları ile bu kurumların sayıları ve eğitim verdikleri düzey	9
Tablo 1.11 : Türkiye ve bazı Avrupa Ülkeleri’nde tıp fakültesi, öğretim üyesi ve öğrenci durumu	11
Tablo 1.12 : Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakültelerinde yıllara göre fakülte, öğrenci ve öğretim elemanı sayılarına ilişkin veriler.....	12
Tablo 1.13 : Üniversitelerin hemşirelik ve ebelik bölümlerindeki öğrenci sayıları.....	13
Tablo 1.14 : SB giderleri içinde sağlık iş gücü giderleri (Bin YTL).....	14
Tablo 1.15 : Personel gruplarına göre 2004 yılı Mali Bütçe Yasasında kararlaştırılan tavan ek ödeme oranları.....	15
Tablo 2.1 : Türkiye’de 31 Aralık 2006 itibariyle kurumlara göre hastane ve yatak sayılarının dağılımı.....	18
Tablo 2.2 : Türkiye’deki sağlık mesleklerinin mezun oldukları okul seviyelerine ve hizmet grubuna göre dağılımı.	18
Tablo 2.3 : Türkiye’de sağlık eğitimi veren okulların lisans, ön lisans ve lise seviyelerine göre bölümleri.	19
Tablo 2.4 : Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdam alanlarına göre dağılımı, 2007	20
Tablo 2.5 : Sağlık göstergelerinde VIII. Kalkınma planı 2005 yılı hedefleri ve gerçekleşen mevcut durum	21
Tablo 2.6 : Sağlık Meslek Liselerinde bölümlere göre öğrenci sayıları, 2007	22
Tablo 2.7 : Ön lisans eğitimi veren yükseköğretim programlarında görev yapan öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre sayıları, 2007	22
Tablo 2.8 : Öğretim alanlarına göre ön lisans düzeyindeki öğrenci sayıları, 2007	23
Tablo 2.9 : Öğretim alanlarına göre lisans düzeyindeki öğrenci sayıları, 2007	24

Tablo 2.10 : Lisans programlarında görev yapan öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007	25
Tablo 2.11 : Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre ihtisas yapanların öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007	25
Tablo 2.12 : Enstitü ve araştırma merkezlerinde görevli öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre sayıları, 2007	28
Tablo 2.13 : SB kuruluşlarında sağlık iş gücüne yönelik belirlenen standartlar ve 25.04.2007 tarihi itibarıyla mevcut durum.....	37
Tablo 2.14 : Hedefler, Politika Seçenekleri, Eylem Planı ve Kritik Başarı Faktörleri Özeti	48
Tablo 2.15 : Kısa, orta ve uzun vadeli hedef önerileri, bu hedeflere ilişkin politika seçenekleri, fizibilitesi, sorumlusu, kaynak ve değerlendirmesi.....	50

Şekiller Listesi

Şekil 1.1 : Sağlık Ocaklarında hekim ve poliklinik odası başına düşen muayene sayıları, 2002-2006	5
Şekil 1.2 : Türkiye’de yıllara göre tıp fakültesi ve mezun sayıları	10
Şekil 1.3 : Yıllara göre tıp fakültesi mezun sayısı ve TUS için ilan edilen kadro sayısı	11
Şekil 1.4 : SB Bütçesinin Genel Bütçe (Merkez Yönetim Bütçesi) içindeki payı	14
Şekil 1.5 : Yıllara göre SB kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranları	15
Şekil 2.1 : İllere göre uzman hekim dağılımı	34
Şekil 2.2: İllere göre pratisyen hekim dağılımı	35
Şekil 2.3: İllere göre hemşire ve ebe dağılımı.....	36

Kitapta Kullanılan Kısaltmalar

SB	Sağlık Bakanlığı
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
PGM	Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü
SML	Sağlık Meslek Liseleri
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
PDC	Personel Dağılım Cetveli
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
İKYS	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
MB	Maliye Bakanlığı
HMM	Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
(SS)	Sağlık Sistemi
(K)	Kurumsal Faktörler
(B)	Bireysel Faktörler
(T)	Toplumsal Faktörler
AB	Avrupa Birliği
PDÖS	Performansa Dayalı Ödeme Sistemi

Ekler

Ek-1: Dünya Bankası Tarafından Yapılan Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı Değerlendirme Raporu

YÖNETİCİ ÖZETİ

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde verilebilmesi için sağlık iş gücünün etkili yönetiminin şart olduğu görüşü son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel ilkeleri arasında değinilen sağlık iş gücü planlamasına ilişkin konular, Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi’nin çeşitli bileşenlerinde yer almış ve D bileşeninde “Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” şeklinde açık bir şekilde ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nda iş gücü planlamasından Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü sorumludur. Konunun çok geniş olması nedeniyle, genelde koordinasyonu yürüten bu genel müdürlük dışında Personel Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü de sağlık iş gücü planlaması konusunda çalışmalarına devam etmektedir.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü’nün sağlık iş gücüne yönelik çalışmaları 2006 yılı Haziran ayında başlamış, gerekli verilerin derlenmesinin ardından 2007 yılının başından itibaren Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Halk Sağlığı Okulu ile işbirliği içinde bir hızlı değerlendirme analizi yapılmış ve mevcut durumu ortaya koyan bir rapor hazırlanmıştır. Yapılan bu çalışmalar sonucunda, 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında “Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı” düzenlenmiş, daha önce hazırlanan mevcut durum raporu katılımcılara sunulmuş, çalıştay dört ana grup çalışması üzerinden yürütülmüştür.

Türkiye’de sağlık iş gücünün mevcut durumu:

Türkiye’de 2007 yılı Nisan ayı itibarıyla 97.818 hekim bulunmaktadır. Bunun 49.740’ı uzman hekim, 29.936’sı pratisyen hekim ve 18.142’si asistan hekimdir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun mevcut nüfus projeksiyonlarına göre yapılan değerlendirmede dikkat çeken önemli bir husus 2000 yılından bu yana 1000 kişiye düşen uzman hekim sayısı artarken pratisyen hekim sayısının azalmış olmasıdır. Mevcut veriler, son yıllarda hekimlerin uzmanlaşma eğilimlerinde artış olduğunu ortaya koymaktadır. Tıpta Uzmanlık Sınavında 1999-2002 yıllarını içeren dört yılda ilan edilen toplam asistan kadro sayısı 17.523 iken; 2003-2006 yıllarını içeren dört yılda bu sayı 23.428’e yükselmiştir. Türkiye’de mevcut sağlık iş gücü nüfusa dayalı olarak OECD Avrupa Bölgesi Ülkeleriyle kıyaslanırsa; 1000 kişilik nüfusa düşen sağlık iş gücü sayısının belirgin oranda düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalıştay öncesinde gerçekleştirilen hızlı değerlendirme analizinde nüfusa oranlanmış personel sayısının OECD Avrupa Bölgesi Ülkeleriyle kıyaslanmasının doğru olmayacağı konusunda görüşler bildirilmiştir. Bu nedenle sağlık iş gücü düzeyinin iş yüküne göre durumuna da bakılmalıdır.

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde üzerinde önemle durulması gereken bazı gelişmeler olmuştur. Sağlık Ocaklarında hekim başına düşen yıllık muayene sayısı 2007 yılında 2002 yılına oranla % 85 artarken, poliklinik odası başına muayene sayısı % 20 azalmıştır. Bu durum mevcut olan iş gücünün verimli kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Şöyle ki 2002 yılında Sağlık Ocaklarında poliklinik oda sayısı doktor sayısının % 45’iyken 2006 yılında bu oran % 95 olmuştur. Aile hekimliği uygulamasının başlatılması, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki bir diğer gelişmedir. Halen on bir ilde uygulanan aile hekimliği, Düzce ilinde yapılan bir araştırmayla değerlendirilmiş, bu çalışmaya katılan 4110 hanenin % 77,5’i

uygulamadan memnun olduğunu dile getirmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan bu gelişmelerin yanı sıra yataklı tedavi kurumlarıyla ilgili bazı göstergelerde de değişiklikler olmuştur. 2006 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında hekim başına düşen hasta muayene sayısında ve hekim başına düşen yatan hasta sayısında 2002 yılına göre artış olmuştur. Bu durum başlangıçta hekim iş yükünün artışına işaret etse de kararlı politikalarla sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin kaldırılması ve tam gün çalışan hekim sayısının artırılmış olmasına da bağlıdır.

Türkiye’de sağlık iş gücünün coğrafi dağılımını incelendiğinde iller arasında bazı dengesizlikler olduğu göze çarpmaktadır. Çeşitli meslek grupları için en iyi durumdaki iller arasında İç Anadolu, Marmara, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerinden birer il vardır. En kötü durumdaki iller ise daha çok Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde olmasına rağmen pratisyen hekim başına düşen nüfusun en yüksek olduğu il İstanbul’dur. Mevcut veriler Türkiye’de iş gücünün dengesiz dağılımının karmaşık sosyokültürel ve sosyoekonomik nedenlere bağlı olduğuna işaret etmektedir. Sağlık iş gücü dağılımındaki dengesizliğe üniversiteleri ve özel sektörü dahil etmeksizin Sağlık Bakanlığı iş gücü açısından bakıldığında sonuçların daha olumlu olduğu görülmektedir. En iyi ve en kötü durumda olan bölgeler arasındaki uzman hekim başına düşen nüfus kıyaslandığında Uygulanan kararlı politikalar sayesinde; 2002 yılındaki 13,9 katlık farkın, 2007 yılında 4’e düştüğü görülmektedir. Benzer gelişmeler pratisyen hekim, hemşire ve ebe iş gücü açısından da gerçekleşmiştir.

Türkiye’de 2006-2007 öğretim yılı itibariyle sağlık bilimlerine ait bölümlerdeki toplam öğrenci sayısı 90.892’dir. Bunun 16.156’sı ön lisans, 74.746’sı lisans düzeyindeki öğrencilerden oluşmaktadır. Lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin yaklaşık dörtte üçü tıp fakülteleri, hemşirelik ve ebelik öğrencileridir. Ön lisans düzeyindeki bölümlerde ise sağlık idaresi ve sağlık teknolojisi öğrencileri çoğunluktadır. Ön lisans ve lisans düzeyindeki eğitimin yanı sıra Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı Sağlık Meslek Liselerinde de 11 branşta toplam 34.957 öğrenci bulunmaktadır.

Türkiye’de 2006-2007 öğretim yılı itibariyle tıp fakültelerinde toplam 32.781 öğrenci bulunmaktadır. Bu dönemde yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısı 5018, 2006 yılında mezun olan öğrenci sayısı ise 4406’dır. Türkiye ve bazı Avrupa Ülkelerinde tıp fakültelerine ilişkin öğrenci ve öğretim üyesi sayıları incelendiğinde Türkiye’de tıp fakültesi başına öğrenci sayısının diğer ülkelere oranla oldukça düşük olduğu görülür. Aynı zamanda öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı açısından da benzer bir durum söz konusudur. Ayrıca Türkiye’de hekimlerin son yıllarda uzmanlaşma eğiliminde olduğu hatırlanarak birinci basamak sağlık hizmetleri için risk oluşturan bu duruma yönelik çareler üretilmeli, hekim yetersizliği göz önünde bulundurularak tıp fakültesi sayısı artırılmalıdır.

Türkiye’de 2007 yılında üniversitelerde hemşirelik ve ebelik bölümlerindeki mevcut öğrenci sayıları 2001 yılıyla kıyaslandığında her iki bölümde de yaklaşık 1,5 kat artış olduğu görülmektedir. Aynı dönemde hemşirelik bölümünden 1 yılda mezun olan kişi sayısı yaklaşık 2,5 kat, ebelik bölümünden mezun olan kişi sayısı da yaklaşık 4,5 kat artmıştır. Türkiye’de hekim başına düşen hemşire sayısının belirgin oranda düşük olduğu hatırlanırsa bu gelişmelerin ihtiyaca uygun olduğu söylenebilir. Hemşirelik ve ebelik eğitimi halen Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı sağlık meslek liselerinde de devam etmektedir. Sağlık meslek liselerinde 2006-2007 öğretim yılı itibariyle hemşirelik bölümlerinde 5011, ebelik bölümlerinde ise 2423 öğrenci bulunmaktadır.

Türkiye’de sağlık iş gücünün etkinlik ve verimliliğini etkileyen en önemli konulardan

biri iş gücünün finansmanıdır. Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hekimlerin tam zamanlı çalışıp çalışmamasından yeni personel istihdamına kadar pek çok konu finansmanla ilişkilidir. Son yıllarda uygulanan performansa dayalı döner sermaye uygulaması, sözleşmeli personel alımı gibi politikalar sayesinde sağlık iş gücünün finansmanı konusunda olumlu gelişmeler sağlanmıştır.

SB'ye bağlı kurumlarda personele yapılan ek ödemeler 2003 yılında 485.000.000 YTL iken; ödeme sisteminde yapılan değişikliklerden sonra 2004 yılında 1.071.300.365 YTL'ye, 2005 yılında 2.217.179.210 YTL'ye ve 2006 yılında da 2.923.133.053 YTL'ye yükselmiştir. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının başlatılması ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranında büyük bir artış gerçekleşmiştir. 2002 yılında % 11 olan tam gün çalışan uzman hekim oranı, 2007 yılı Nisan ayı itibariyle % 58,7'ye yükselmiştir.

Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı:

Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında sektörler arası katılımı gerçekleştirilmiş olup, dört ana grup çalışması üzerine kurgulanmıştır. Birinci grupta sağlık işgücü üretiminin ihtiyaca uyarlanması konusu ele alınmış, ikinci grup sağlık hizmetlerine daha iyi erişim için insan kaynaklarında dengesizliklerin ortadan kaldırılması, üçüncü grup sağlık çalışanları için cazip bir iş ortamının sağlanması ve dördüncü grup da sağlık insan kaynakları finansmanı – ortaklık konuları üzerinde çalışmıştır. Çalıştayı genel raporu dört ayrı grup ve başlıkta yapılan çalışmaların sonuçlarını içeren raporların birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Birinci grubun raporu, sağlık iş gücü ihtiyacına ve yetiştirilmesine yönelik mevcut durumu yansıtmaması nedeniyle ilk bölümde yer almış, diğer gruplara ait konular istihdamla ilişkili oldukları için toplu olarak birlikte ele alınmıştır. Çalıştay sırasında Türkiye'de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

Türkiye'de sağlık iş gücü üretimi ve ihtiyacına yönelik çalışmalarda, öncelikle mevcut durum ortaya konulmuştur. 31 Aralık 2006 itibariyle Türkiye'deki hastanelerin % 67'si ve hastane yataklarının % 68'i Sağlık Bakanlığı'na aittir. Özel sektörün hastaneler içindeki oranı % 25 olmasına rağmen hastane yatakları içindeki oranı % 7'dir. Büyük bir bölümü özel sektörde hizmet veren diş hekimi ve eczacılar hariç diğer sağlık iş gücünün yarısından fazlası Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilmektedir.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2006-2007 Öğretim Yılı İstatistiklerine göre sağlık alanında halen Sağlık Meslek Liselerinde 11, ön lisans eğitimi veren yüksek okullarda 26 ve lisans düzeyinde eğitim veren fakültelerde 17 olmak üzere 54 farklı düzey ve meslek grubuna yönelik eğitim verilmektedir. Bu grupların çoğu resmi olarak tanınmış olmasına rağmen bir kısmının meslek tanımları henüz yapılmış değildir. Türkiye'de sağlık iş gücü planlamasında genelde hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin göz önüne alındığı ve bu konuda diğer meslekler açısından bir boşluk olduğu görülmektedir.

Türkiye'de uzmanlık eğitimi 73 uzmanlık ve üst uzmanlık alanında verilmektedir. 2006 yılı itibariyle bu programlara 19070 kişi devam etmektedir. 2006 yılı içinde 2.448 uzman mezun edilmiş, buna karşılık 5.264 kişi uzmanlık programına başlamıştır.

Çalıştay sırasında Türkiye'de sağlık iş gücü ihtiyacına yönelik değişik fikirler ortaya

atılmış, her meslek grubuna ve uzmanlık dalına göre ihtiyacın belirlenmesi ve bu ihtiyacın hangi öğretim kurumlarıyla ne kadar zamanda karşılanabileceğinin tespiti için çalışma gruplarının oluşturulması konusunda görüş birliği oluşmuştur. Bazı meslek gruplarında aynı anda lise, ön lisans ve lisans düzeyinde mezunlar verilmesinin sorun olduğu üzerinde durulmuş, sağlık iş gücü planlanırken toplumun değişen ihtiyaçlarının göz önüne alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yetiştirilecek iş gücünün ihtiyaca uygun olması için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu'nun ortak çalışması, üniversiteler arası müfredat farklarının giderilerek eğitimde standardizasyonun sağlanması ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim mekanizmalarının geliştirilmesi, üzerinde durulan diğer konulardır.

Çalıştay sırasında Türkiye'de sağlık iş gücünün dengesiz dağılımından da söz edilmiştir. Kalite ve verimliliği olumsuz etkileyen dengesizlik konusunda son yıllarda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Uzman hekim başına düşen nüfus açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasında Aralık 2002 tarihinde 13,9 kat fark varken bu oran Nisan 2007'de 4'e düşmüştür. Aynı dönemde pratisyen hekimler için 8,6 kat olan fark, 2,5'e; hemşire ve ebeler için 7,9 kat olan fark da 5,2'ye inmiştir. İş gücü dağılımındaki dengesizlik konusunda son yıllarda önemli adımlar atılsa da gelinen nokta henüz yeterli değildir.

Mevcut veriye dayalı olarak yapılan analiz ışığında iller arası dengesizlik sorununun çözülmesi konusunda en başarısız olunan meslek grubunun hemşireler olduğu tespit edilmiş, bu nedenle hemşirelerin iller arası, il içi ve kurumlar arası dağılımındaki dengesizliği azaltmak temel önceliklerden sayılmıştır. Diğer temel öncelik ise uzman ve pratisyen hekimlerin iller arası, il içi ve kurumlar arası dağılımındaki dengesizliği azaltmaktır. Yine hekim başına düşen hemşire sayısı artırılmalıdır. Bir diğer öncelik ise çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık iş gücüne cazip çalışma ortamının sağlanmasıdır. Maaşlar konusundaki eşitsizlik giderilmeli, performans dayalı ek ödeme sistemi daha da geliştirilmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında daha önce kabul edilen bazı modüllerde (sağlık insan kaynakları, bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü) iş ortamıyla ilgili ana sorunların tespitinin yapıldığı görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, desantralize iş gücü planlaması ve yönetim yeteneği oluşturularak, sağlık yöneticilerinin iş gücü planlamasına aktif katılımlarının sağlanması düşünülmektedir.

Çalıştayda mevcut durumun daha iyiye götürülebilmesi için kısa, orta ve uzun vadeli politika seçenekleri belirlenmiştir:

Kısa vadeli hedefler için politika seçenekleri:

- Mesai saatleri ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
- Çalışan güvenliğinin artırılması,
- Yeterli teknik donanımın sağlanması,
- Sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanması,
- Sözleşmeli hekim ve hemşire istihdamı,
- Hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- İşsiz hemşirelerin istihdamı,
- Hemşireler için uygulanan nöbet muafiyetleri konusunun yeniden değerlendirilmesi,
- İdari personel dağılımındaki dengesizliklerin azaltılması,
- Çalışanın genel sağlık durumuna yönelik önlemler alınması,
- Denetim kapasitesinin güçlendirilmesi,
- Atamaların iş gereklerine göre yapılması.

Orta vadeli hedefler için politika seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin sürdürülmesi,
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması,
- Desantralizasyon çalışmalarının devamı,
- Görev tanımlarının revize edilmesi,
- Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamı,
- Tele tıp uygulamaları,
- Hizmet içi eğitimlerin planlanmasındaki aksaklıkların giderilmesi,
- Uzman dağılım politikası ve istihdam politikası arasında tutarlılığın sağlanması,
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi,
- Ücretlendirme ve teşvik sistemlerinin geliştirilmesi,
- Fiziksel koşulların iyileştirilmesi,
- Sosyal olanakların artırılması,
- Üst yönetimden memnuniyet,
- Kurum kültürünün geliştirilmesi,
- Kurum dışı faktörlerin azaltılması.

Uzun vadeli hedefler için politika seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin devamı,
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması,
- Desantralizasyon,
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi.

Türkiye’de sağlık iş gücü alanındaki sorunların çözülebilmesi amacıyla çalıştay sırasında belirlenen politika seçeneklerinin uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığının yanı sıra Maliye Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Milli Eğitim Bakanlığı, Valilikler, İl Sağlık Müdürlükleri, Eğitim Kurumları, Yasal Merciler ve Sivil Toplum Örgütlerine de çeşitli görevler düşmektedir. Belirlenen politikaların uygulanabilmesi için kritik başarı faktörleri şöyle belirlenmiştir:

Kısa vadeli hedeflere ulaşmak için belirlenen politika seçeneklerinin başarılı olabilmesi için iki kritik faktör dikkate alınmıştır:

1. Paydaşların (sağlık sektörü çalışanları, sivil toplum örgütleri ve eğitim kurumları) desteğini sağlamak için yakın iletişim,
2. İlave finansman gerektiren politikalar için yeterli finansmanın sağlanması.

Orta ve uzun vadeli hedeflere ulaşmak için belirlenen politika seçeneklerinin başarılı olabilmesi için önemli olduğu düşünülen kritik faktörler şunlardır:

1. Paydaşların (sağlık sektörü çalışanları, sivil toplum örgütleri ve eğitim kurumları) desteğini sağlamak için yakın iletişim,
2. Birinci basamakta uygulanacak aile hekimliği ve desantralizasyon uygulaması için İl Sağlık Müdürlüklerinde teknik kapasite yaratılması,
3. SB’nin desantralizasyonda değişecek rolünden dolayı merkez teşkilat bünyesinde yönetsel ve teknik kapasite yaratılması,
4. Tüm bunların uygulanması için yeterli finansmanın sağlanması.

BÖLÜM 1

TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARININ MEVCUT DURUMU

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Dr. Ünal HÜLÜR, Dr. Mustafa KOSDAK

1.1 GİRİŞ

Herkesin sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetlerine dengeli, sürekli, kaliteli ve en üst düzeyde ulaşma hakkı vardır. Anayasamızın 56. Maddesinde tarif edilen bu hizmetin verilmesi için 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı (SB) görevlendirilmiştir ⁽¹⁾. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde verilebilmesi için sağlık iş gücünün etkili yönetiminin şart olduğu görüşü son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) temel ilkeleri arasında değinilen sağlık iş gücü planlamasına ilişkin konular, bu programı gerçekleştirmek amacıyla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi’nin çeşitli bileşenlerinde yer almış ve “Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” şeklinde açık bir şekilde ifade edilmiştir ^(2,3).

Türkiye’de sağlık iş gücü politikalarının oluşturulmasında görev alan üç kurum Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ve SB olup, diğer paydaşlar Maliye Bakanlığı (MB) ve Devlet Personel Başkanlığı’dır. İlgili mevzuata göre SB’de iş gücü planlamasından Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü sorumludur. Konunun çok geniş olması nedeniyle, genelde koordinasyonu yürüten bu birim dışında Personel Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM) de sağlık iş gücü planlaması konusunda çalışmalar yürütmektedir.

HMM’nin sağlıkta insan kaynakları kapsamında yaptığı çalışmalardan biri “Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı”dır. Bu kitabın ikinci bölümünde genel raporu sunulan çalıştay, 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında Ankara’da yapılmış ve sağlık sektörünün tüm paydaşlarından yüze yakın kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. HMM, ülke düzeyinde ileriye dönük sağlık iş gücü planlaması çalışmalarına Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde devam etmektedir.

Türkiye’de SAİK mevcut durumunun ortaya konulduğu bu bölüm, Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı’ndan sonraki yeni gelişmeleride içine alacak şekilde düzenlenmiş, ikinci bölümde yer alan çalıştay raporunda ise toplantıya ait görüşleri belirtmesi nedeniyle güncelleme yapılmamıştır.

1.2 TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ DÜZEYİ

Türkiye’de 2007 yılı Nisan ayı itibariyle 97.818 hekim bulunmaktadır. Bunun 49.740’ı (% 50,8) uzman hekim, 29.936’sı (% 30,6) pratisyen hekim ve 18.142’si (% 18,5) asistan hekimdir. Mevcut iş gücünün sayısal durumu 2002 yılıyla kıyaslandığında eczacı ve pratisyen hekimler hariç diğer meslek gruplarında bir artış olduğu görülmektedir. 1000 kişiye düşen

personel sayılarına bakıldığında 2002 ve 2007 yılları arasında farklı meslek gruplarında azalma ya da artmalar olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2007 yılında yürüttüğü "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi"ne ait sonuçların açıklanmasından sonra bu konuda daha doğru bir yorum yapılabilecektir. TÜİK'in mevcut nüfus projeksiyonlarına göre yapılan değerlendirmede dikkat çeken önemli bir husus 1000 kişiye düşen uzman hekim sayısı artarken, pratisyen hekim sayısının azalmış olmasıdır. Bunun yanı sıra bugüne kadar yapılan çalışmalarda asistan hekimlerin pratisyen hekim sayısına dahil edildiği görülmektedir. Oysa asistan hekimler, uzman hekimlere benzer şekilde dalları ile ilgili hizmet vermekte ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapmamaktadır. Asistan sayısı ile pratisyen sayısının birlikte gösterilmesi özellikle planlama ve değerlendirme çalışmalarında yanılgıya sebebiyet vermektedir. Uzman hekim sayısının yeterli olup olmadığı veya uzman hekimlerin dallara dağılımındaki sorunlar ayrı bir tartışma konusudur. Eğer bir ülkede uzman hekim sayısı pratisyen hekim sayısından fazlaysa bunun anlamı uzman hekim odaklı bir sağlık sisteminin var olduğudur. Bunu tersine çevirmek, maliyetleri azaltmak ve aile hekimliği sistemini kurabilmek için pratisyen hekim sayısının artırılması gerekmektedir. Bu bağlamda 2007 yılı Nisan ayı itibarıyla 1000 kişiye düşen uzman hekim sayısı 0,67; asistan hekim sayısı 0,24 ve pratisyen hekim sayısı da 0,40'dır. Asistan hekimler, önümüzdeki birkaç yıl içinde uzman olacağına göre asistan sayılarının da katılımıyla birlikte aslında 1000 kişiye düşen uzman hekim sayısı 0,91'olarak görülebilir. Türkiye'de mevcut iş gücü ve 1000 kişilik nüfusa düşen iş gücü sayısı Tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1: Türkiye'de sağlık iş gücü ve 1000 kişiye düşen iş gücü sayısı*, 2002-2007

		Hekim	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
Personel Sayısı	2002	95.190	43.660	38.076	13.454	17.108	22.322	49.324	79.059	41.513
	2007**	97.818	49.740	29.936	18.142	18.599	21.748	58.255	80.985	43.050
1000 kişiye düşen Pers. Sayısı	2002	1,37	0,63	0,55	0,19	0,24	0,32	0,71	1,14	0,59
	2007**	1,32	0,67	0,40	0,24	0,25	0,29	0,78	1,09	0,58

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Nisan 2007.

*Türk Silahlı Kuvvetleri, Kızılay, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, SB Merkez Teşkilatında kadrolu olarak çalışan personel ve diğer Bakanlık ve vakıflarda görev yapan sağlık personeline ilişkin veriler dahil değildir.

**Diş hekimleri, eczacılar ve sağlık memurlarına ilişkin 2007 yılına ait verilerde özel sektöre yönelik bazı aksaklıklar olduğu için, özel sektör verileri olarak SB Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 2005 yılına ait verileri kullanılmıştır.

*** Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında yeni istihdam edilecek 32.449 sağlık personeli dahil değildir.

Mevcut veriler, son yıllarda hekimlerin uzmanlaşma eğilimlerinde artış olduğunu ortaya koymaktadır. Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) 1999-2002 yıllarını içeren dört yılda ilan edilen toplam asistan kadro sayısı 17.523 iken; 2003-2006 yıllarını içeren dört yılda bu sayı 23.428'e yükselmiştir ⁽¹⁾. 2006-2007 öğretim yılında tıp fakültelerinden 4.532 hekim mezun olurken TUS yoluyla 5.262 kişinin asistanlığa girmesi sağlanmıştır ⁽⁹⁾. Gerek Devlet Planlama Teşkilatının Kalkınma Planlarında gerekse hükümetlerin açıkladıkları faaliyet planlarında koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verileceği atfedilirken, uygulamada bunun tam tersinin yapıldığı görülmektedir. Bu da sektörler arası işbirliği ve koordinasyonun eksikliğini açıkça göstermektedir. Sağlık iş gücünün eğitimiyle ilgili bölümde tekrar değineceğimiz bu durumun, ileriki yıllarda birinci basamak sağlık hizmetleri açısından risk oluşturmasının söz konusu olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdam alanlarına dağılımı incelendiğinde çoğunluğu özel sektörde çalışan diş hekimi ve eczacılarla, yarıdan fazlası üniversitelerde bulunan asistan hekimler hariç geri kalan sağlık iş gücünün büyük bir kısmının SB’de istihdam edildiği görülmektedir. 2007 yılı itibariyle uzman hekimlerin % 60’ı, pratisyen hekimlerin % 88’i, hemşirelerin % 75’i ve ebelerin % 95’i SB’de istihdam edilmiş durumdadır. Türkiye’deki sağlık iş gücünün istihdam alanlarına göre dağılımı, Tablo 1.2’de sunulmuştur.

Tablo 1.2: Türkiye’deki sağlık iş gücünün istihdam alanlarına dağılımı, 2007

Personelin Unvanı	SB		Üniversiteler		Özel Sektör		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim	58.327	59,6	22.451	23,0	17.040	17,4	97.818	100
<i>Uzman</i>	24.408	49,1	11.668	23,5	13.664	27,5	49.740	100
<i>Pratisyen</i>	26.328	87,9	232	0,8	3.376	11,3	29.936	100
<i>Asistan</i>	7.591	41,8	10.551	58,2	-	0,0	18.142	100
Diş hekimi	4.063	24,0	103	0,6	*12.781	75,4	16.947	100
Eczacı	1.127	5,6	152	0,8	*18.866	93,7	20.145	100
Sağlık memuru	44.087	81,3	1.601	3,0	*8.567	15,8	54.255	100
Hemşire	61.066	75,4	9.724	12,0	10.195	12,6	80.985	100
Ebe	40.711	94,6	180	0,4	2.159	5,0	43.050	100

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Nisan 2007.

*SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005.

Türkiye ve OECD Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 1000 kişiye düşen sağlık iş gücüne ait veriler Tablo 1.3’de özetlenmiştir. Türkiye’de mevcut sağlık iş gücü nüfusa dayalı olarak OECD Avrupa Bölgesi Ülkeleriyle kıyaslanırsa; 1000 kişilik nüfusa düşen sağlık iş gücü sayısının belirgin oranda düşük olduğu görülmektedir. Şöyle ki, Türkiye toplam hekim sayısı, hemşire sayısı ve diş hekimi sayısı açısından bu ülkeler arasında sonuncu; pratisyen hekim, uzman hekim ve eczacı sayıları açısından da sondan dördüncü sıradadır. Bununla birlikte gerek “Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı” sırasında gerekse çalıştay öncesinde gerçekleştirilen hızlı değerlendirme analizinde nüfusa oranlanmış personel sayısının OECD Avrupa Bölgesi Ülkeleriyle kıyaslanmasının doğru olmayacağı konusunda görüşler de bildirilmiştir. Türkiye’nin yanı sıra Doğu Avrupa, Balkan ve bazı Orta Asya ülkelerinin de dahil olduğu DSÖ-EURO Bölgesindeki 53 ülke içinde 1000 kişiye düşen toplam hekim sayısı açısından Türkiye sondan ikinci sıradadır⁽¹⁷⁾. Sağlık personeli nüfusa dayalı olarak karşılaştırmak elbette yetersizdir ve planlama yaparken iş tanımı, iş yükü, yıllık başvuru sayısı, hastalık yükü, kültürel, sosyal vb. farklı göstergelere de bakmak gerekir. Ancak çok basit bir karşılaştırma ve değerlendirme yöntemi olan nüfusa dayalı iş gücünün karşılaştırılması bile bu konudaki sorunun önemine işaret etmektedir.

Tablo 1.3: Türkiye ve OECD Avrupa Bölgesi Ülkelerinde* 1000 kişiye düşen personel sayısı

	Toplam Hekim	Pratisyen Hekim	Uzman Hekim**	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire***
Avusturya	3,5	1,4	2	0,5	0,6	9,3
Belçika	4	2,1	1,9	0,8	1,2	6
Çek Cumhuriyeti	3,5	0,7	2,7	0,7	0,6	8,1
Danimarka	3	0,7	1,3	0,8	0,2	7
Finlandiya	2,4	0,7	1,4	0,9		7,6
Fransa	3,4	1,7	1,7	0,7	1,1	7,5
Almanya	3,4	1	2,4	0,8	0,6	9,6
Yunanistan	4,9	0,3	3,3	1,2	0,8	3,8
Macaristan	3,3	0,7	2	0,5	0,5	8,6
İzlanda	3,6	0,8	2	1	1,3	13,7
İrlanda	2,8	0,5	0,7	0,6	1	15
İtalya	4,2	0,9		0,6	1,2	5,4
Lüksemburg	2,8	0,9	1,8	0,8	0,8	12,7
Hollanda	3,6	0,5	0,9	0,5	0,2	14,2
Norveç	3,5	0,7	2	0,8	0,4	14,9
Polonya	2,5	0,1	2,1	0,3	0,7	4,9
Portekiz	3,4	0,5	2	0,6	0,9	4,4
Slovakya	3,1	0,4	2,3	0,5	0,5	6,3
İspanya	3,4	0,7	1,5	0,5	0,9	7,4
İsveç	3,3	0,6	1,8	0,8	0,7	10,3
İsviçre	3,8	0,5	2,5	0,5	0,5	10,7
Türkiye	1,32	0,4	0,91	0,25	0,29	2,45
İngiltere	2,3	0,7	1,6	0,5	0,5	9,2

Kaynak: OECD HEALTH DATA 2006.

* OECD Avrupa Bölgesi Ülkelerine ait veriler genelde 2004 yılına ait olup veri olmayan ülkelerde mevcut en son yıla ait veriler, Türkiye için Nisan 2007 verileri kullanılmıştır.

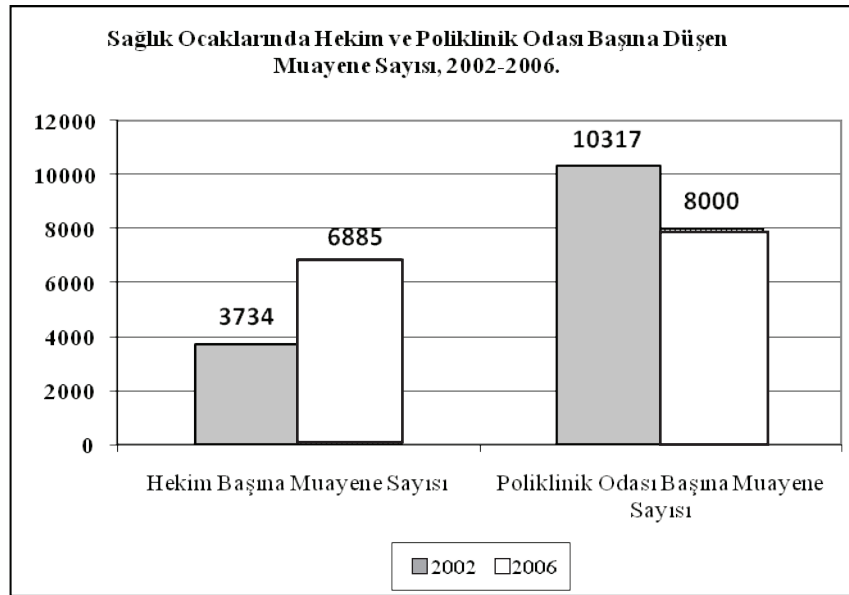
** Türkiye'deki asistan hekimler, uzman hekimler içinde gösterilmiştir.

*** Türkiye'deki hemşire sayısına ebe ve sağlık memuru sayıları da dahil edilmiştir.

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde üzerinde önemle durulması gereken bazı gelişmeler olmuştur. Sağlık Ocaklarında hekim başına düşen yıllık muayene sayısı yaklaşık olarak 2002 yılında 3.750 ve 2006 yılında 6.900'dür. Veriler açık bir şekilde hekim başına düşen muayene sayısının artmış olduğuna işaret etse de Sağlık Ocaklarında poliklinik oda sayısının 2002 yılında 6.300 ve 2006 yılında 15.000; poliklinik odası başına düşen

muayene sayısının ise 2002 yılında 10.317 ve 2006 yılında 8.000 olduğu görülmektedir. Bu durum mevcut olan iş gücünün etkin ve verimli kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Şöyle ki 2002 yılında Sağlık Ocaklarında poliklinik oda sayısı doktor sayısının % 45'iyken 2006 yılında bu oran % 95 olmuştur^(5,1). Bunun sonucunda mekan bulamamaktan dolayı sistem içinde olup da kısmen atıl kalan hekimlerin daha aktif olarak hizmet vermelerine olanak sağlanmıştır. Sağlık ocaklarında hekim başına düşen muayene sayısının son beş yılda yaklaşık iki kat artması, halkın hizmetleri talep etme ve sağlık hizmetlerine ulaşımın da bir göstergesidir. Bu sayı ilerleyen yıllarda artarak devam edeceğinden, insan gücü planlaması yaparken bu durumun da dikkate alınması gerekecektir. Sağlık Ocaklarında hekim ve poliklinik odası başına düşen muayene sayıları Şekil 1.1'de gösterilmiştir.

Şekil 1.1: Sağlık Ocaklarında* hekim ve poliklinik odası başına düşen muayene sayıları, 2002-2006



Kaynak: Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006

*2002 yılındaki verilere Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) dispanserleri dahildir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan önemli gelişmelerden biri de bulaşıcı hastalıklara konusunda sağlanmıştır. 2002 yılında % 82 olan kızamık aşılama oranı, 2007 yılında % 96'ya ulaşmış; gerçekleştirilen ulusal kızamık aşı kampanyalarında 18 milyon çocuk aşılanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda Türkiye'de birkaç yıl arayla salgınlar yapan kızamık hastalığı karşısında büyük bir başarı elde edilmiş, 2006 yılında konfirme edilmiş toplam kızamık vaka sayısı 34'de kalmıştır⁽¹⁾. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmeler, sağlık iş gücü düzeyinin artırılmasının yanı sıra mevcut iş gücünün etkili ve verimli kullanılmasının önemine işaret etmektedir.

Aile hekimliği uygulamasının başlatılması, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki bir diğer gelişmedir. Aile hekimliği uygulaması ilk defa 15.09.2005 tarihinde pilot il olarak Düzce'de başlamıştır. 16 Şubat 2006 tarih ve 1538 sayılı Makam Oluru ile on il daha (Adıyaman, İzmir, Elazığ, Isparta, Samsun, Edirne, Bolu, Eskişehir, Gümüşhane, Denizli) pilot uygulama kapsamına alınmış, pilot illerde Aile hekimliği uygulanmaya başlamıştır. Bu 11 ile ek olarak, Şubat ve Mart 2007'de Makam Onayları ile 13 il daha pilot iller kapsamına alınmış olup, bu illerde de 2007 yılı sonuna kadar aile hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında ilk pilot il olan Düzce'de 7-15 Temmuz 2007 tarihleri arasında bir araştırma

yapılmış ve araştırmaya katılan 4110 hanenin % 77,5'i uygulamadan memnun olduğunu dile getirmiştir ⁽¹⁵⁾. Aile hekimliğinin halen uygulandığı iller ve uygulamanın başlangıç tarihleri Tablo 1.4'de, Şubat ve Mart 2007'de onaylanan pilot iller ise Tablo 1.5'de sunulmuştur.

Tablo 1.4: Temmuz 2007 İtibariyle Aile Hekimliği Sistemi uygulanan iller

İL	BAŞLANGIÇ TARİHİ
Düzce	15 Eylül 2005
Eskişehir	17 Temmuz 2006
Bolu	16 Ekim 2006
Edirne	1 Aralık 2006
Denizli	25 Aralık 2006
Adıyaman	25 Aralık 2006
Gümüşhane	29 Aralık 2006
Elazığ	4 Ocak 2007
Isparta	18 Ocak 2007
Samsun	1 Mart 2007
İzmir	14 Mayıs 2007

Tablo 1.5: 2007'de Makam Onayı ile belirlenen diğer pilot iller

Şubat 2007'de Makam Onayıyla* belirlenen pilot iller	
Adana	Karaman
Amasya	Manisa
Bartın	Çorum
Bayburt	Osmaniye
Burdur	Yalova
Erzurum	Sinop
Karabük	

* 05.02.2007 Tarih ve 01269 Sayılı; 16.03.2007 Tarih ve 03031 Sayılı Makam Onayları

Aile hekimliği tartışmaları bir yana, insan kaynakları açısından bakıldığında aile hekimliği sistemine geçilmeye başlanmasıyla birlikte ihtiyaçlar ve beklentiler de değişmeye başlamıştır. Bir aile hekimine düşen nüfus sayısındaki alt ve üst sınırlar, görev tanımı, halkın beklentisi, kişi başı yıllık başvuru sayısı, ekipte bulunacak sağlık personeli çeşidi, sayısı vs. insan gücü planlamasının tekrar yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan bu gelişmelerin yanı sıra yataklı tedavi kurumlarıyla ilgili bazı göstergelerde de değişiklikler olmuştur. 2002 yılında SB hastanelerinde hekim başına yıllık muayene sayısı yaklaşık 3.400 iken 2006 yılında bu sayı 4.800'e yükselmiş; aynı dönemde üniversite hastanelerinde çok az bir yükselme görülürken, özel hastanelerde düşüş olmuştur. Benzer sonuçlar yatan hastalara yönelik veriler için de geçerlidir. SB hastanelerinde yaşanan hekim başına muayene sayısındaki artış, başlangıçta hekim iş yükünde bir artışa işaret etse

de daha sonraki bölümlerde göreceğimiz gibi bu durum, çeşitli politikalarla tam gün çalışan hekim sayısının artırılmış olmasına da bağlıdır. SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde hekim başına muayene ve yatan hasta sayıları Tablo 1.6' da gösterilmiştir.

Tablo 1.6: Yataklı tedavi kurumlarında hekim başına muayene ve yatan hasta sayıları

	Muayene / Hekim*		Yatan Hasta / Hekim*	
	2002**	2006	2002**	2006
SB Hastaneleri	3.403	4.831	129	137
Üniversite Hastaneleri	508	559	45	51
Özel Hastaneler	1.259	892	151	71

Kaynak: SB Yataklı tedavi kurumları istatistik yıllıkları 2002- 2006, SB Personel Genel Müdürlüğü, aktif çalışan personel çalışması, Aralık 2006.

*Hekim sayılarına yataklı tedavi kurumlarında çalışan uzman, asistan ve pratisyen tüm hekimler dahildir.

** 2002 yılı verilerine SSK hastaneleri dahildir.

1.3 TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ'NÜN COĞRAFİ DAĞILIMI

Türkiye'de sağlık iş gücünün coğrafi dağılımı incelendiğinde iller arasında bazı dengesizlikler olduğu göze çarpmaktadır. Tablo 1.7; 15 Nisan 2007 itibarıyla SB, Üniversiteler ve özel sektör dahil olmak üzere sağlık iş gücünün iller arası dağılımındaki dengesizliği göstermektedir.

Tablo 1.7: Sağlık iş gücünün coğrafi dağılımı*

	En iyi durumdaki il	En kötü durumdaki il	Türkiye Geneli	Medyan
1000 kişilik nüfusa düşen toplam hekim sayısı	1,79 (Ankara)	0,53 (Şanlıurfa)	0,88	0,76
Uzman hekim başına düşen nüfus**	542 (Ankara)	4.408 (Şırnak)	1.331	2.281
Pratisyen hekim başına düşen nüfus**	1.574 (Yalova)	3.026 (İstanbul)	2.221	2.169
Hemşire başına düşen nüfus	461 (Trabzon)	2.315 (Şırnak)	817	798
Ebe başına düşen nüfus	445 (Tunceli)	3.683 (Van)	1.537	1.307

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Nisan 2007.

* SB, üniversite ve özel sektörü kapsamaktadır. Nüfus hesaplamalarında ETF nüfusu dikkate alınmıştır.

** asistan hekimler dahil değildir.

*** SB'nin 2007 yılında yeni istihdam edeceği 32.449 sağlık personel dahil değildir.

Tablo1.7'de görüldüğü gibi sağlık iş gücünün incelenen tüm dallarında iller arasında bir dengesizlik söz konusudur. Dengesizlik uzman hekim, ebe ve hemşire sayılarında daha büyükken, pratisyen hekim ve toplam hekim sayılarında nispeten daha azdır. Dikkat çeken bir başka nokta en iyi ve en kötü durumdaki illerin hep aynı bölgeden olmayışıdır. Çeşitli meslek grupları için en iyi durumdaki iller arasında İç Anadolu, Marmara, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerinden birer il vardır. En kötü durumdaki iller ise daha çok Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde

olmasına rağmen pratisyen hekim başına düşen nüfusun en yüksek (en kötü durumdaki) olduğu il İstanbul'dur. Mevcut veriler Türkiye'de iş gücünün dengesiz dağılımının karmaşık sosyokültürel ve sosyoekonomik nedenlere bağlı olduğuna işaret etmektedir.

Sağlık iş gücü dağılımındaki dengesizliğe üniversiteleri ve özel sektörü dahil etmeksizin SB iş gücü açısından bakıldığında sonuçların daha olumlu olduğu görülmektedir. Uygulanan kararlı politikalar sonucunda SB kendi iş gücünün dengesiz dağılımının düzeltilmesinde son yıllarda önemli yol almıştır. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısını gidermek amacı ile uygulanan sözleşmeli sağlık personeli alımıyla, özellikle hekim dışı sağlık personeli açısından bu bölgelerde istihdam sağlanmıştır. Devlet Hizmeti Yükümlülüğü önce kaldırılmış, gönüllülük ve ilave ücret politikalarıyla istihdam gerçekleştirmeye çalışılmıştır. Bu politikanın çeşitli nedenlerle başarıya ulaşamaması sonucunda tekrar uygulamaya konulan Devlet Hizmeti Yükümlülüğü ile bu bölgelerde çalışan uzman ve pratisyen hekim sayılarında artış gözlenmiştir. SB kadrolarına 2004-2007 yılları arasında çok sayıda yeni personel atanmış, ayrıca SB, MB ile yapılan görüşmeler sonucunda 2007 yılında 32.449 sözleşmeli personel alınacağını 30.05.2007 tarihinde ilan etmiştir. Açıklanan 32.449 kadronun 9.234'ü hemşire, 8.154'ü acil tıp teknisyeni ve 3.874'ü ebedir ⁽¹⁴⁾. SB kadrolarına 2004-2007 yıllarında yeni atanan personel sayıları Tablo 1.8'de gösterilmiştir.

Tablo 1.8: Sağlık Bakanlığı'nda 2004 yılından bu yana yeni personel istihdamı

Unvan	2004	2005	2006	2007*
Uzman Hekim	1.556	1.950	2.828	866
Pratisyen Hekim	4.185	2.263	4.267	1.083
Asistan	716	2.265	1.177	8
Hemşire	3.552	1.490	6.918	2.174
Ebe	4.599	1.622	3.185	8
Sağlık Memuru	5.468	2.311	3.036	47
Diğer Personel	2.618	1.214	2.944	321
TOPLAM	22.694	13.115	24.355	4.507

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü, 1 Haziran 2007

* 2007 yılı verileri 1 Ocak - 31 Mayıs 2007 arasını kapsamaktadır. İlan edilen 32.449 personel dahil değildir.

SB iş gücünün bölgeler arası dengesizliğini gidermek amacıyla uygulanan politikalar sonucunda 2002 ve 2007 yılları arasında olumlu gelişmeler sağlanmıştır. En iyi ve en kötü durumda olan bölgeler arasındaki uzman hekim başına düşen nüfus kıyaslandığında 2002 yılındaki 13,9 katlık farkın, 2007 yılında 4'e düştüğü görülmektedir. Tablo1.9'da Personel başına düşen nüfus açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasındaki farkın kıyaslanması yer almaktadır.

Tablo 1.9: Personel başına düşen nüfus açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasındaki farkın kıyaslanması

	2002	2007
Uzman Hekim	1/13,9	1/4
Pratisyen Hekim	1/8,7	1/2,5
Hemşire - Ebe	1/7,9	1/5,2

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu.

SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Nisan 2007.

1.4 TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ EĞİTİMİ

İhtiyaç duyulan sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı aşamasındaki koordinatörlük görevi, mevzuata göre SB'ye verilmiştir. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda bu konuda SB'nin YÖK ile işbirliği görevi belirtilmiştir. Ancak uygulamada bazı sorunlar yaşanmakta, süreçte SB'nin görüş ve önerilerinin çok fazla dikkate alındığını belirtmek mümkün olamamaktadır.

Türkiye'de mezuniyet öncesi sağlık eğitimi fakülteler, dört yıllık yüksek okullar, iki yıllık ön lisans programları ve Sağlık Meslek Liseleriyle (SML) ; lisansüstü sağlık eğitimi ise üniversitelerde uzmanlık, doktora ve master derecesi şeklinde verilmektedir. Türkiye'de 2005-2006 öğretim yılı itibariyle sağlık iş gücü yetiştiren eğitim kurumları ve eğitim verdikleri düzey Tablo 1.10'da özetlenmiştir.

Tablo 1.10: Türkiye'de sağlık iş gücü yetiştiren eğitim kurumları ile bu kurumların sayıları ve eğitim verdikleri düzey

Eğitim Kurumlarının Adları	Eğitim Verilen Düzey	Sayı
Tıp Fakülteleri*	Lisans	52
Tıp Fakülteleri**	Tıpta Uzmanlık	48
Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Tıpta Uzmanlık	46
Diş Hekimliği Fakülteleri	Lisans/Yüksek Lisans /Doktora	15
Eczacılık Fakülteleri	Lisans,/ Yüksek Lisans /Doktora	12
Sağlık Bilimleri Fakültesi	Lisans/Yüksek Lisans/ Doktora	1
Sağlık Eğitim Fakültesi	Lisans /Yüksek Lisans /Doktora	2
Sağlık Yüksek Okulu	Ön Lisans	71
Hemşirelik Yüksekokulu	Ön Lisans	10
Sağlık İdaresi Yüksekokulu	Ön Lisans	1
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	Ön Lisans	43
Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu	Ön lisans	1
Sağlık Meslek Liseleri	Lise	272

Kaynak: Yüksek Öğretim İstatistikleri (2005-2006), Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) Yayınları; Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006.

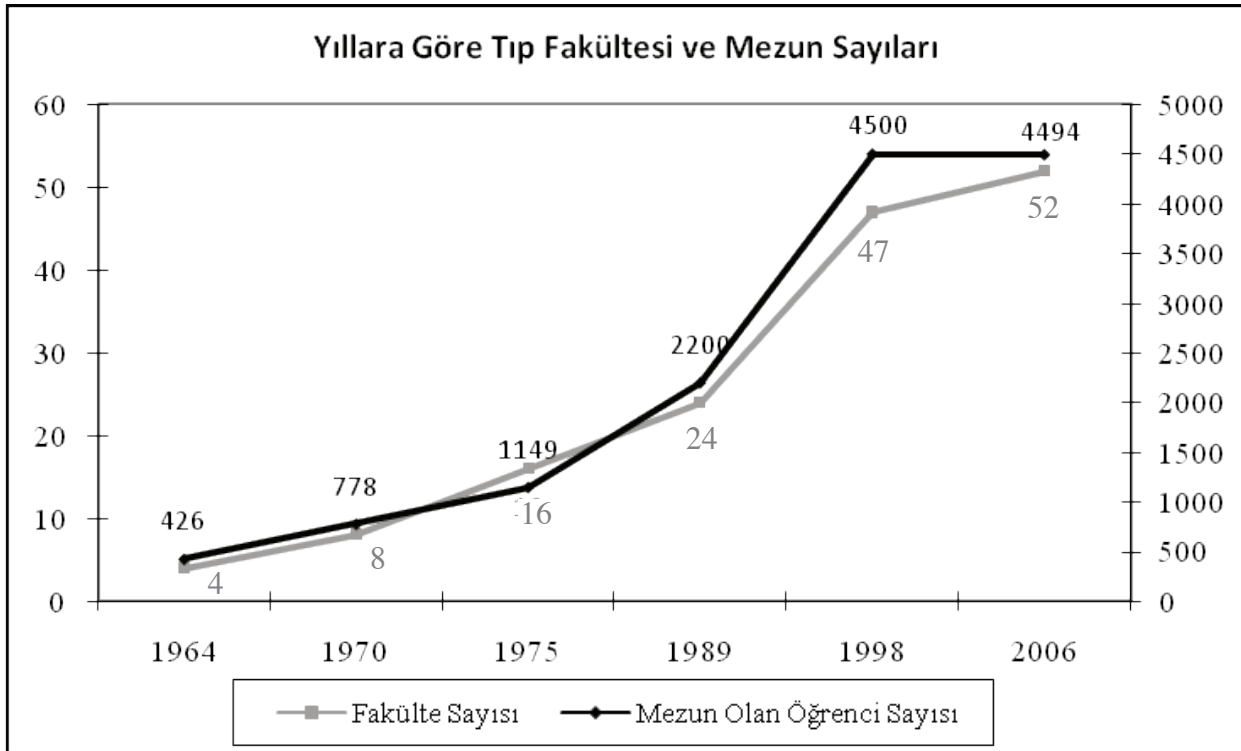
* Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Vakıf Üniversiteleri dahil.

** Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Adli Tıp Kurumu dahil.

Türkiye’de 2006-2007 öğretim yılı itibariyle sağlık bilimlerine ait bölümlerdeki toplam öğrenci sayısı 90.892’dir. Bunun 16.156’sı ön lisans, 74.746’sı lisans düzeyindeki öğrencilerden oluşmaktadır. Lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin yaklaşık dörtte üçü tıp fakülteleri, hemşirelik ve ebelik öğrencileridir. Ön lisans düzeyindeki bölümlerde ise sağlık idaresi ve sağlık teknolojisi bölümü öğrencileri çoğunluktadır ⁽⁹⁾. Ön lisans ve lisans düzeyindeki eğitimin yanı sıra Milli Eğitim Bakanlığına (MEB) bağlı SML’de 11 branşta toplam 34.957 öğrenci bulunmaktadır ⁽¹⁰⁾. Türkiye’deki lisans, ön lisans ve lise düzeyindeki sağlık iş gücü eğitimine yönelik detaylı veriler sağlanmış olmakla birlikte, bu kitabın 2. Bölümündeki raporda sunulacağı için burada ayrıntılı olarak ele alınmamıştır.

Türkiye’de 2006-2007 öğretim yılı itibariyle tıp fakültelerinde toplam 32.781 öğrenci bulunmaktadır. Bu dönemde yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısı 5.018, 2006 yılında mezun olan öğrenci sayısı ise 4.406’dır ⁽⁹⁾. 1960’lı yıllardan itibaren hızla artan tıp fakültesi mezun sayısında 1998 yılından bu yana bir duraklama görülmüştür. Şöyle ki 1998 yılında 47 tıp fakültesinden 4.500 mezun verilmekte iken 2006 yılında 52 tıp fakültesinden 4.494 mezun verilmiştir. Türkiye’de yıllara göre tıp fakültesi ve mezun sayıları Şekil 1.2’de gösterilmiştir.

Şekil 1.2: Türkiye’de yıllara göre tıp fakültesi ve mezun sayıları



Kaynak: SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2006.

Türkiye ve bazı Avrupa Ülkelerinde tıp fakültelerine ilişkin öğrenci ve öğretim üyesi sayıları incelendiğinde Türkiye’de tıp fakültesi başına öğrenci sayısının diğer ülkelere oranla oldukça düşük olduğu görülür. Aynı zamanda öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı açısından da benzer bir durum söz konusudur. Böyle bir durumun çok çeşitli nedenlere bağlı olması muhtemeldir. Öncelikle tıp fakültelerinde eğitim faaliyetlerine verilen önemle, tedavi hizmetlerine verilen önemin ne kadar dengeli olduğu sorgulanmalı, tıp fakültelerinde verilen eğitimin verimi değerlendirilerek, mevcut kaliteyi bozmaksızın öğrenci kapasiteleri tartışılmalıdır. Ayrıca öğretim üyelerinin tam gün çalışmasının teşvik edilmesi, özlük hakları başta olmak üzere bir çok konu

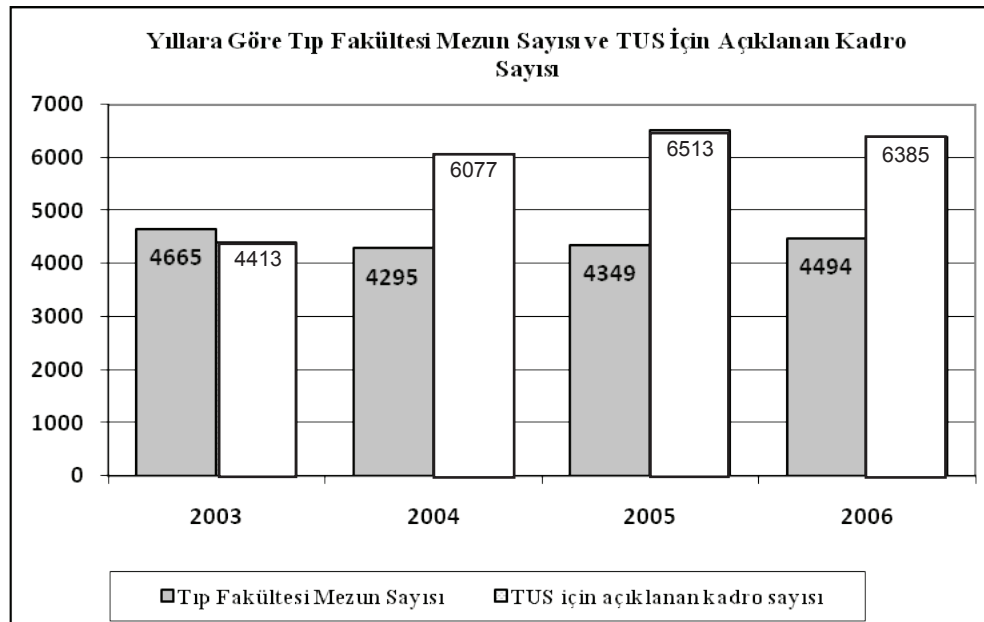
ve sorunun masaya yatırılması da ihtiyaca uygun sayı ve nitelikte geleceğin insan gücünün yetiştirilmesi açısından son derece önemlidir. Türkiye’de hekimlerin son yıllarda uzmanlaşma eğiliminde olduğu hatırlanarak birinci basamak sağlık hizmetleri için risk oluşturan bu duruma yönelik çareler üretilmeli, hekim yetersizliği de göz önünde bulundurularak farklı adımlar acilen atılmalıdır. Türkiye ve bazı Avrupa Ülkeleri’nde tıp fakültesi, öğretim üyesi ve öğrenci sayısına ilişkin veriler Tablo 1.11’de gösterilmiştir.

Tablo 1.11: Türkiye ve bazı Avrupa Ülkeleri’nde tıp fakültesi, öğretim üyesi ve öğrenci durumu

ÜLKE	ÜLKE NÜFUSU	TIP FAKÜLTESİ	ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ / TIP FAKÜLTESİ
ALMANYA	82.633.200	36	3.550	79.866	22,50	2.218,5
İSPANYA	41.895.600	28	2.500	36.049	14,42	1.287,5
İTALYA	57.987.100	39	12.583	148.157	11,77	3.798,9
FRANSA	60.011.200	44	5.847	62.921	10,76	1.430
SLOVAKYA	5.381.200	3	893	6.561	7,35	2.187
SLOVENYA	1.954.500	1	285	1.717	6,02	1.717
FİNLANDİYA	5.231.900	5	698	3.583	5,13	716,6
DANİMARKA	5.397.600	3	1.570	6.598	4,20	2.199,3
TÜRKİYE	72.000.000	52	9.020	32.985	3,66	634,3

Kaynak: SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2006.

Şekil 1.3: Yıllara göre tıp fakültesi mezun sayısı ve TUS için ilan edilen kadro sayısı



Kaynak: Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006.

Şekil 1.3, 2003 yılından bu yana TUS için açıklanan asistan kadro sayısının tıp fakültesi mezun sayısından daha fazla olduğunu açıkça göstermektedir. Bu durum hekim ve uzman hekim eğitiminin planlanmasındaki bazı aksaklıklara işaret etmektedir. Hekimlerin aynı hızla uzmanlaşmaya devam etmesinin birinci basamak sağlık hizmetleri için bir risk olduğu görülerek, DPT, MB, YÖK ve SB işbirliğinde yeni planlamalar yapılmalıdır.

Türkiye’de diş hekimliği ve eczacılık fakültesi ve toplam öğrenci sayılarında geçmişe oranla artış görünse de 2001 yılından bu yana bariz bir gelişme olmamıştır. Geçmişe oranla öğrenci sayılarında meydana gelen artış, fakülte sayılarında görülen artışın gerisinde kalmış, bu durum fakülte başına öğrenci sayısında azalmayla sonuçlanmıştır. Benzer sonuçlar öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısında da yaşanmış, öğretim elemanı sayısındaki artış, öğrenci sayısındaki artışa kıyasla daha fazla olmuştur. Örneğin 1984 yılında Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı diş hekimliği fakültelerinde 7,1 ve eczacılık fakültelerinde 10 iken; 2006 yılında bu sayılar sırasıyla 3,8 ve 5,5’dir. Diş hekimliği ve eczacılık fakültelerinin sayısal gelişimi Tablo 1.12’de gösterilmiştir.

Tablo 1.12: Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakültelerinde yıllara göre fakülte, öğrenci ve öğretim elemanı sayılarına ilişkin veriler

	Eczacılık Fakülteleri				Diş Hekimliği Fakülteleri			
	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı	Mezun Sayısı	Öğrenci / Öğretim Elemanı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı	Mezun Sayısı	Öğrenci / Öğretim Elemanı
1984	7	3.667	524	10	8	3.598	450	7,1
2001	8	4.025	503	5,2	14	5.222	373	3,9
2002	9	4.149	461	5,2	14	5.167	369	3,5
2003	11	4.120	375	5	14	5.256	375	3,7
2004	11	4.266	388	5,3	14	5.343	382	3,9
2005	11	4.324	393	5,4	14	5.422	387	3,9
2006	12	4.572	381	5,5	15	5.609	374	3,8

Kaynak: Yüksek Öğretim İstatistikleri (1983-2006), ÖSYM Yayınları

Türkiye’de hemşirelik ve ebeklik eğitimi, üniversitelerde lisans düzeyinde ve MEB’e bağlı SML’ de orta öğretim düzeyinde sürdürülmektedir. Tablo 1.13’te görüleceği üzere 2006-2007 öğretim yılı itibariyle üniversitelerde hemşirelik bölümlerindeki toplam öğrenci sayısı 18.252, ebeklik bölümlerindeki öğrenci sayısı ise 5.906’dır. Üniversitelerde hemşirelik ve ebeklik bölümlerindeki mevcut öğrenci sayıları 2001 yılıyla kıyaslandığında her iki bölümde de yaklaşık 1,5 kat artış olduğu görülmektedir. Aynı dönemde hemşirelik bölümünden 1 yılda mezun olan kişi sayısı yaklaşık 2,5 kat, ebeklik bölümünden mezun olan kişi sayısı da yaklaşık 4,5 kat artmıştır ⁽¹¹⁾. Türkiye’de hekim başına düşen hemşire sayısının belirgin oranda düşük olduğu hatırlanırsa bu gelişmelerin ihtiyaca uygun olduğu söylenebilir. Hemşirelik ve ebeklik eğitimi halen MEB’e bağlı SML’de de devam etmektedir. SML’de 2006-2007 öğretim yılı itibariyle hemşirelik bölümlerinde 5.011, ebeklik bölümlerinde ise 2.423 öğrenci bulunmaktadır ⁽¹⁰⁾. 5634 sayılı kanunun 7. maddesi gereğince SML’nin hemşirelik ve ebeklik bölümlerine öğrenci alımı 2012 yılına kadar devam edecektir.

Tablo 1.13: Üniversitelerin hemşirelik ve ebelik bölümlerindeki öğrenci sayıları

	Hemşirelik Bölümleri		Ebelik Bölümleri	
	Toplam Öğrenci Sayısı	Mezun Olan Öğrenci Sayısı	Toplam Öğrenci Sayısı	Mezun Olan Öğrenci Sayısı
2001	13.408	1.451	3.781	296
2002	14.849	2.124	4.409	575
2003	16.000	2.487	5.085	537
2004	16.884	2.902	5.431	838
2005	17.417	3.210	5.653	979
2006	17.658	3.534	5.719	1.101
2007	18.252	3.651	5.906	1.169

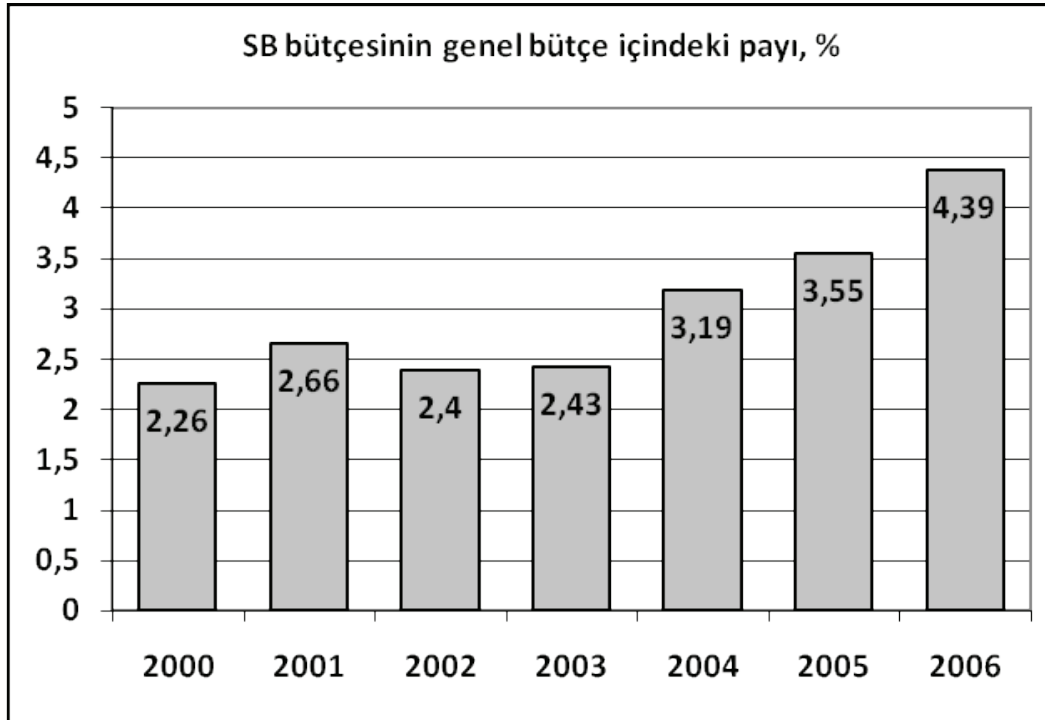
Kaynak: ÖSYM yüksek öğretim istatistikleri, 2001-2007

1.5 TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞ GÜCÜ FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık iş gücünün etkinlik ve verimliliğini etkileyen en önemli konulardan biri iş gücünün finansmanıdır. SB'de çalışan hekimlerin tam zamanlı çalışıp çalışmamasından yeni personel istihdamına kadar pek çok konu finansmanla yakından ilişkilidir. Son yıllarda uygulanan performansa dayalı döner sermaye uygulaması, sözleşmeli personel alımı gibi politikalar sayesinde sağlık iş gücünün finansmanı konusunda olumlu gelişmeler sağlanmıştır.

SB Bütçesinin genel bütçe içindeki payı, 2006 yılı itibarıyla % 4,39'dur. 2000 yılıyla kıyaslandığında SB bütçesinin genel bütçe içindeki payı 1,9 kat artmıştır. SB'nin toplam giderleri içinde sağlık iş gücüne ayrılan pay, 2005 yılında %57,4 iken 2006 yılında %53,1'e gerilemiştir. SB, sağlık iş gücü gideri olarak genel bütçeden ve döner sermaye gelirlerinden harcama yapmaktadır. Bu nedenle iş gücü giderleri her iki kaynaktan yapılan harcamalarla birlikte değerlendirilmelidir. Yıllara göre SB bütçesinin genel bütçe içindeki payı Şekil 1.4'de; hem genel bütçe hem de döner sermaye gelirlerinden yapılan sağlık iş gücü harcamaları ise Tablo 1.14'de gösterilmiştir.

Şekil 1.4: SB Bütçesinin Genel Bütçe (Merkez Yönetim Bütçesi) içindeki payı



Kaynak: Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006.

Tablo 1.14: SB giderleri içinde sağlık iş gücü giderleri (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.

Türkiye'de son yıllarda sağlık iş gücünün finansmanı konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. SB'ye bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında 18.06.2003 tarih ve 1863 Sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiştir. 2003 yılında on hastanede uygulanan pilot uygulamaların ardından performansa dayalı ek ödeme uygulaması 01.01.2004 tarihinde SB'ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir⁽¹³⁾. Başlangıçta hekim ve diş hekimleri için maaş matrahının % 100'ü, diğer sağlık personeli için % 80'i ile sınırlı olan tavan ek ödeme oranları, 2004 yılı Mali Bütçe Yasasında arttırılmıştır. 2004 yılı Mali Bütçe Yasasında kararlaştırılan tavan ek ödeme oranları, Tablo 1.15'de gösterilmiştir.

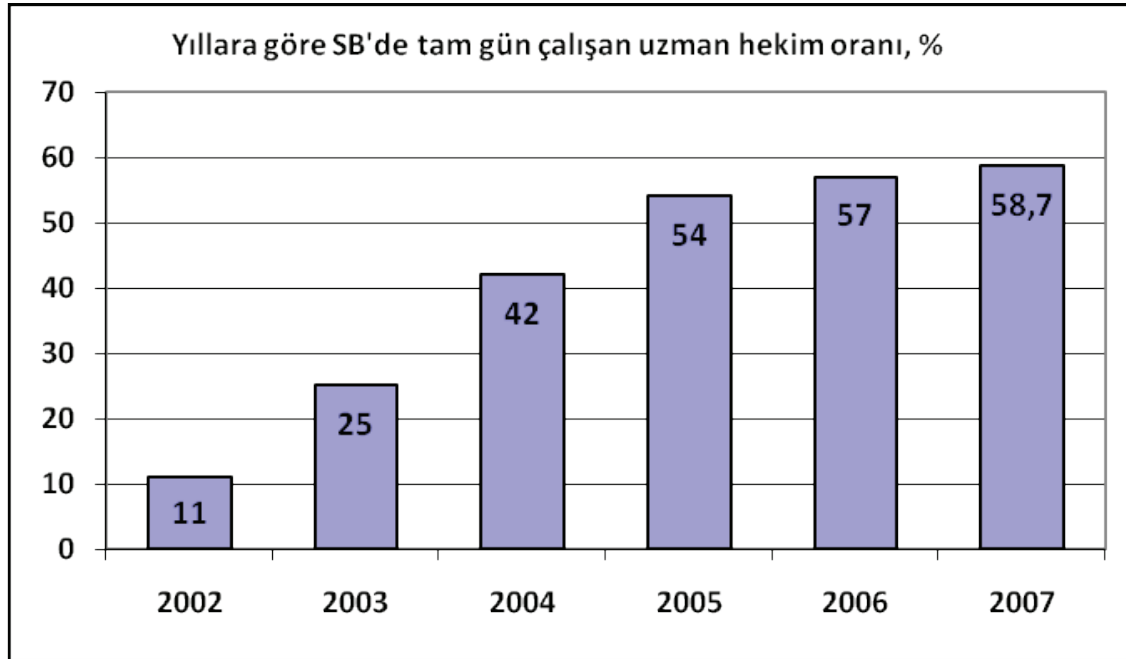
Tablo 1.15: Personel gruplarına göre 2004 yılı Mali Bütçe Yasasında kararlaştırılan tavan ek ödeme oranları

Personel	Tavan ek ödeme oranı (maaş matrahına göre yüzde)
Tam gün çalışan uzman hekim	% 700
Part-time çalışan uzman hekim	% 500
Tam gün çalışan pratisyen hekim ve diş hekimi	% 500
Part-time çalışan pratisyen hekim ve diş hekimi	% 300
Diğer personel (ameliyathane, acil, doğumevi, diyaliz, yoğun bakım gibi yerlerde çalışanlar)	% 200
Diğer personel	% 150

Kaynak: Sağlık 2004, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005.

SB'ye bağlı kurumlarda personele yapılan ek ödemeler 2003 yılında 485.000.000 YTL iken; ödeme sisteminde yapılan değişikliklerden sonra 2004 yılında 1.071.300.365 YTL'ye, 2005 yılında 2.217.179.210 YTL'ye ve 2006 yılında 2.923.133.053 YTL'ye yükselmiştir⁽¹⁾. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının başlatılması ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıyla birlikte SB kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranında büyük bir artış gerçekleşmiştir. Yıllara göre SB kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranları Şekil 1.5'de gösterilmiştir.

Şekil 1.5: Yıllara göre SB kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranları



Kaynak: Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006; SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Nisan 2007.

1.6 SONUÇ

Sağlık insan gücü planlaması birçok disiplini ve sektörü kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetleri kullanma sıklığı, hasta haklarındaki iyileştirmeler ve sağlık sigortasının kapsayıcılığı arttıkça sağlık hizmeti talebi de hızla artacaktır.

Bugün birçok sorunu olan insan kaynaklarının planlanması ve yönetiminde yapılacak birçok iş bulunmaktadır. Meslek tanımı olmayan bazı meslek gruplarına ait iş tanımlarının oluşturulması, iş tanımları olan meslek gruplarında bunun tekrar düzenlenmesi, morbidite ve mortalite göstergelerine göre orta vadeli hedeflere uygun şekilde personel sayısının ve niteliğinin artırılması, mezuniyet öncesi ve sonrası mesleki eğitimin gözden geçirilmesi, ülkenin ve sahanın ihtiyaçlarına göre personel yetiştirilmesi, hizmeti kullanan kadar hizmeti sunanın da memnuniyetinin artırılması, vb. bunlardan bazılarıdır.

Bu konuyla ilgili olabileceği düşünülen tüm sektörün davetiyle ikinci bölümde çalışma sonuçları belirtilen “Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı” 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştayın, tüm sektörün bir araya getirilmesi, soruna bütüncül bakılması ve çözüm önerileri aranması açısından önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM 2

TÜRKİYE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI POLİTİKA OLUŞTURMA ÇALIŞTAYI GENEL RAPORU

2.1 GİRİŞ

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde SB tarafından sağlıkta insan kaynakları mevcut durumunun ve politikalarının gözden geçirilmesi ile politika ve strateji geliştirilmesi konusunda bir süreç başlatılmıştır. Bu bağlamda bu süreci koordine etmek ve yürütmek için HMM’de bir kapasite oluşturulmuştur. HMM tarafından Sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durumunu, sorunlarını ve çözüm önerilerini sektörün tüm paydaşlarıyla tartışmak, sağlıkta insan kaynaklarının mevcut ve gelecekteki durum analizini yaparak ihtiyaç duyulan yeni uygulamaları belirlemek amacıyla 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı düzenlenmiştir. Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı için sektörün tüm paydaşlarına davetiye gönderilmiş, davet edilen kurum ve kuruluşların büyük çoğunluğundan katılım sağlanmış, katılımcının kim olacağı, ilgili kurum ya da kuruluş tarafından belirlenmiştir. Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı’na katılan gruplar, Türkiye’de sağlık iş gücünün mevcut durumunu ve ihtiyaçları belirlemeye çalışırken, sağlık iş gücünü istihdam (talep) eden ve yetiştiren (arz eden) tarafları ayrı ayrı ele alma yolunu benimsemiştir.

Türkiye’de sağlık iş gücünü istihdam eden kurum ve kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ve finansmanı ile ilgili iki ayrı kategoride düşünülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan birinci kategoride SB, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı (MSB), Belediyeler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili ikinci kategoride ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), SB, MB, özel sigorta kuruluşları ve üçüncü taraf yönetim kuruluşları yer almaktadır. Ayrıca sağlık iş gücünü yetiştiren tarafta ise Üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve uzman hekim yetiştirme açısından SB bulunmaktadır.

Çalıştay dört ana grup çalışması üzerine kurgulanmıştır. Birinci grup sağlık işgücü üretiminin ihtiyaca uyarlanması konusunda çalışmış, ikinci grupta sağlık hizmetlerine daha iyi erişim için insan kaynaklarında dengesizliklerin ortadan kaldırılması, üçüncü grupta sağlık çalışanları için cazip bir iş ortamının sağlanması ve dördüncü grupta da sağlık insan kaynakları finansmanı – ortaklık konuları ele alınmıştır. Çalıştay sırasında Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

Çalıştayın genel raporu dört ayrı grup ve başlıkta yapılan çalışmaların sonuçlarını içeren raporların birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Birinci grubun raporu, sağlık iş gücü ihtiyacına ve yetiştirilmesine yönelik mevcut durumu yansıtmaya nedeniyle ilk bölümde yer almış, diğer gruplara ait konular istihdamla ilişkili oldukları için toplu olarak birlikte ele alınmıştır.

2.2 SAĞLIK İŞ GÜCÜ ÜRETİMİ VE İHTİYACI

2.2.1 MEVCUT DURUM

Türkiye’de 31 Aralık 2006 itibarıyla toplam 1205 hastane ve 196.667 hastane yatağı vardır. Hastanelerin % 67’si ve hastane yataklarının % 68’i SB’ye aittir. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün verildiği 6000’i aşkın sağlık ocağı ile 300 Ana Çocuk Sağlığı

ve Aile Planlaması Merkezinin tamamı SB'ye bağlıdır. Özel sektörün toplam hastaneler içindeki oranı % 25 olmasına rağmen yatak kapasitesi içindeki oranı % 7'dir. Türkiye'de hastane ve yatak sayılarının kurumlara göre dağılımı Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1: Türkiye'de 31 Aralık 2006 itibariyle kurumlara göre hastane ve yatak sayılarının dağılımı

KURUMU	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak yüzde Dağılımı
TOPLAM	1.205	196.667	100,0
Sağlık Bakanlığı	769	133.168	67,7
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	8,1
Üniversite	56	29.700	15,1
Belediyeler	6	1.191	0,6
Vakıf/Dernek	19	2.176	1,1
Yabancı	3	232	0,1
Azınlık	5	593	0,3
Özel	305	13.707	7,0

Kaynak: SB-Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Türkiye'de çoğu resmi olarak tanınmış fakat bazılarının görev tanımları tam olarak belirlenmemiş elli dört farklı sağlık mesleği bulunmaktadır¹. Hemşirelik ve ebelik gibi uluslar arası geçerliliği olan mesleklerin bile görev tanımlarında belirsizlikler vardır. Türkiye'deki sağlık meslekleri arasında sadece hekimlik, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik mesleklerinin kendilerine has kanunları bulunmaktadır. Ebelik, sağlık memurluğu, diyetisyenlik, fizyoterapistlik gibi mesleklerin kendi kanunları olmasa da "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"da ve "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde tanımları yapılmıştır.

Türkiye'de var olan sağlık meslekleri; tıbbi müdahale yapanlar, idari hizmet verenler, teknik hizmet verenler ve destek hizmeti verenler olmak üzere dört gruba ayrılabilir. Sözü edilen her bir grup, değişik seviyelerdeki okullardan mezun iş gücünü barındırmaktadır. Türkiye'deki sağlık mesleklerinin mezun oldukları okul seviyelerine göre bu dört gruba dağılımları Tablo 2.2'de, Türkiye'de sağlık eğitimi veren okulların lisans, ön lisans ve lise seviyelerine göre bölümleri ise Tablo 2.3'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2: Türkiye'deki sağlık mesleklerinin mezun oldukları okul seviyelerine ve hizmet grubuna göre dağılımı.

Hizmet Grupları	Mezun olduğu okul seviyesine göre sağlık mesleği sayısı		
	Lise	Ön Lisans	Lisans
Tıbbi Müdahale Yapan	4	1	11
İdari Hizmet Veren	-	3	4
Destek Hizmet Veren	2	3	1
Teknik Hizmet Veren	5	19	1

Kaynak: ÖSYM, 2006-2007 öğretim yılı istatistikleri

¹ Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)2006-2007 öğretim yılı istatistiklerine göre sağlık eğitimiyle ilgili lisans, ön lisans ve lise düzeyindeki branş sayısıdır.

Tablo 2.3: Türkiye’de sağlık eğitimi veren okulların lisans, ön lisans ve lise seviyelerine göre bölümleri.

Sınıf	Mezuniyet	Okul
Tıbbi Müdahale Yapan	Lisans	Tıp
		Diş Hekimliği
		Eczacılık
		Hemşirelik
		Ebelik
		Sağlık Memurluğu
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
		Beslenme ve Diyetetik
		Psikoloji
		Acil Bakım ve İlk Yardım (Halk Sağlığı)
		Tıbbi Biyoloji
	Ön Lisans	Hemşirelik
	Lise	Acil Tıp Teknisyenliği
		Hemşirelik
Sağlık Memurluğu		
Ebelik		
İdari	Lisans	Sağlık Eğitimi
		Sağlık Yönetimi
		Sağlık Kurumları İşletmeciliği
		Sağlık İdaresi
	Ön Lisans	Sağlık idaresi
		Sağlık Kurumları İşletmeciliği
		Hastane Yönetimi ve Organizasyonu
Destek	Lisans	Sosyal Hizmetler
	Ön Lisans	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik
		Sosyal Hizmetler
		Çevre Sağlığı
	Lise	Çevre Sağlığı Teknisyenliği
		Tıbbi Sekreterlik
Teknik	Lisans	Biyomedikal Cihaz Teknolojisi
	Ön Lisans	Diyaliz Teknikerliği
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Teknikerliği
		Protez-Ortez Teknikerliği
		Anestezi Teknikerliği
		Radyoloji Teknikerliği
		Odyometri Teknikerliği
		Optometri Teknikerliği
		Tıbbi Laboratuvar Teknikerliği
		Radyoterapi Teknikerliği
		Elektronörofizyoloji
		Ameliyathane Teknikerliği
		Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği
		Cerrahi Teknikerliği

Kaynak: ÖSYM, 2006-2007 öğretim yılı istatistikleri

Tablo 2.3: Türkiye’de sağlık eğitimi veren okulların lisans, ön lisans ve lise seviyelerine göre bölümleri (devam)

Sınıf	Mezuniyet	Okul
Teknik (devam)	Ön Lisans (devam)	Adli Tıp Teknikerliği
		Biyomedikal Cihaz Teknolojisi
		Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği
		Diş Protez Teknikerliği
		Hidroterapi Teknikerliği
		İş ve Uğraş Terapisi
	Lise	Anestezi Teknisyenliği
		Diş Protez Teknisyenliği
		Laboratuvar Teknisyenliği
		Ortopedi Teknisyenliği
Radyoloji Teknisyenliği		

Kaynak: ÖSYM, 2006-2007 öğretim yılı istatistikleri

Türkiye’de sağlık iş gücü planlamasında genelde hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin göz önüne alındığı ve bu konuda diğer meslekler açısından bir boşluk olduğu görülmektedir. Büyük bir bölümü özel sektörde hizmet veren diş hekimi ve eczacılar hariç diğer sağlık iş gücünün yarıdan fazlası SB’de istihdam edilmektedir ve ikinci büyük istihdam alanı üniversitelerdir. Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdam alanlarına göre dağılımı Tablo 2.4’de gösterilmiştir.

Tablo 2.4: Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdam alanlarına göre dağılımı, 2007

Personelin Unvanı	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel sektör	Genel Toplam
Hekim	58.327	22.451	17.040	97.818
<i>Uzman</i>	24.408	11.668	13.664	49.740
<i>Pratisyen</i>	26.328	232	3.376	29.936
<i>Asistan</i>	7.591	10.551	-	18.142
Diş hekimi	4.063	103	*12.781	16.947
Eczacı	1.127	152	*18.866	20.145
Sağlık memuru	44.087	1.601	8.567	54.255
Hemşire	61.066	9.724	10.195	80.985
Ebe	40.711	180	2.159	43.050

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü (PGM), aktif çalışan personel çalışması, 15 Nisan 2007,

* SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında 2005 yılı için hedeflenen ve aynı yıl içinde gerçekleşen sağlık iş gücüne bakıldığında her başlıkta hedeflere ulaşıldığı ya da yaklaşıldığı dikkat çekmektedir. Kalkınma planında hekim, hemşire ve diş hekimi dışında kalan mesleklere yönelik hedef konulmadığı, ayrıca konulan hedeflerin ihtiyacı ne kadar yansıttığı tartışılabilir. Planda hekim sayısının 89.000, hemşire sayısının 77.100 olarak belirlenmesi bir hekim için iki hemşire hedefine teknik olarak uymamaktadır. Ayrıca diğer meslek gruplarındaki iş gücüne yönelik hedef belirlenmemesi önemli bir eksikliğe işaret etmektedir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında 2005 yılı için hedeflenen ve aynı yıl içinde gerçekleşen sağlık iş gücüne ilişkin veriler Tablo 2.5’de gösterilmiştir.

Tablo 2.5: Sağlık göstergelerinde VIII. Kalkınma planı 2005 yılı hedefleri ve gerçekleşen mevcut durum

Kriterler	Mevcut Durum*	VIII. Plan 2005 hedefleri
Yatak Sayısı	192.685	200.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	374	351
Yatak işgal Oranı (%)	63,9	75
Hekim Sayısı	98.697	89.000
Bir Hekime Düşen Nüfus	730	789
Diş Hekimi Sayısı	18.599	16.000
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	3.874	4.389
Eczacı Sayısı	21.748	-
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.313	-
Sağlık Memuru ve Teknisyen Sayısı	58.255	-
Bir Sağlık Memuruna Düşen Nüfus	1.237	-
Hemşire Sayısı	83.015	77.100
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	868	910
Ebe Sayısı	43.364	-
Bir Ebeye Düşen Nüfus	1.661	-

Kaynak: SB Strateji Geliştirme Başkanlığı

(*) Veriler tüm sektörlerdeki hastane ve personel sayısını kapsamaktadır.

2.2.2 SAĞLIK İŞ GÜCÜNÜN YETİŞTİRİLMESİ

a) Lise düzeyinde eğitim:

Türkiye’de MEB’e bağlı Sağlık Meslek Liselerinde (SML) toplam on bir branşta mezun verilmektedir. Tıbbi müdahale yapan grupta hemşirelik, ebelik, acil tıp teknisyenliği ve sağlık memurluğu bölümleri; idari grupta tıbbi sekreterlik bölümü ve teknik grupta da laboratuvar, radyoloji, anestezi, çevre, diş ve ortopedi teknisyenliği bölümleri yer almaktadır. SML’nin MEB’e devrinden sonra hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu programlarına öğrenci alımı durdurulmuş; 2 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 5634 sayılı kanunla hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu bölümlerine 5 yıl daha öğrenci alınması kararlaştırılmıştır. Halen toplam 272 SML’de 4.794 öğretmen ve 34.957 öğrenci bulunmaktadır. SML’nin bölümleri ve 2006-2007 öğretim yılındaki öğrenci sayıları Tablo 2.6’da gösterilmiştir.

Tablo 2.6: Sağlık Meslek Liselerinde bölümlere göre öğrenci sayıları, 2007

Bölüm	Öğrenci Sayısı
Acil Tıp Teknisyenliği	11.451
Hemşirelik	5.011
Laboratuvar Teknisyenliği	4.789
Tıbbi Sekreterlik	4.410
Anestezi Teknisyenliği	2.667
Ebelik	2.423
Radyoloji Teknisyenliği	2.006
Çevre Teknisyenliği	1.128
Diş Teknisyenliği	467
Sağlık Memurluğu	435
Ortopedi Teknisyenliği	170
Toplam	34.957

Kaynak: MEB, 2007, www.meb.gov.tr

b) Ön lisans düzeyinde eğitim:

Türkiye'deki üniversitelerin iki yıllık ön lisans eğitimi veren bölümlerinden çeşitli unvanlarla yirmi altı değişik meslektan mezun verilmektedir. ÖSYM verilerine göre, bu ön lisans programlarına halen kayıtlı 16.000 öğrenci bulunmaktadır ve 2005-2006 öğretim yılında 4.000 öğrenci mezun edilmiştir. Bu öğrencilerin sayısının ve branşlarının neye göre belirlendiği konusunda bir bilgi bulunmamaktadır. Üniversitelerin 2 yıllık ön lisans eğitimi veren bölümlerinde toplam 89 öğretim üyesi görev yapmaktadır. 2006-2007 öğretim yılında öğretim elemanlarının alanlarına göre sayıları Tablo 2.7'de, bölümlerine göre ön lisans düzeyindeki öğrenci sayıları ise Tablo 2.8'de, gösterilmiştir.

Tablo 2.7: Ön lisans eğitimi veren yükseköğretim programlarında görev yapan öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre sayıları, 2007

Öğretim Alanı	Prof. Dr.	Doç. Dr.	Yrd. Doç. Dr.	Öğr. Görv.	Toplam
Toplam	3	5	16	64	89
Tıp	-	1	1	6	8
Hemşirelik	-	1	4	8	13
Çevre Sağlığı	-	-	1	1	2
Sağlık Teknolojisi	1	3	8	24	36
Sağlık İdaresi	1	-	1	19	21
Sosyal Hizmetler	-	-	-	-	1
Fizyoterapi	-	-	-	2	2
Sağlık Yönetimi	1	-	1	4	6

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

Tablo 2.8: Öğretim alanlarına göre ön lisans düzeyindeki öğrenci sayıları, 2007

Öğretim Alanı	2006-2007 Öğretim Yılı		2005-2006 Öğretim Yılı Mezun Sayısı
	Yeni Kayıt Sayısı	Toplam Öğrenci Sayısı	
Toplam	6.437	16.156	3.960
Diyaliz	68	166	53
Hemşirelik	-	1	1
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	153	388	126
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	29	78	22
Protez Ortez	124	310	104
Sağlık İdaresi	1.637	3.728	1.098
Sağlık İdaresi	88	188	53
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	1371	3258	968
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	60	60	-
Hastane Yönetimi ve Organizasyonu	118	222	59
Sağlık Teknolojisi	4.174	10.910	2.466
Anestezi	452	1.181	244
Radyoloji	698	1.793	490
Odyometri	112	328	102
Tıbbi Laboratuvar	1.443	3.719	845
Radyoterapi	55	136	41
Optometri	166	402	96
Elektronörofizyoloji	16	47	9
Ameliyathane Teknikerliği	30	65	31
Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği	378	800	249
Cerrahi Teknikerliği	40	68	10
Adli Tıp Teknikerliği	21	41	-
Biyomedikal Cihaz Teknolojisi	763	2.330	349
Ağız ve Diş Sağlığı	207	584	136
Ağız ve Diş Sağlığı	50	129	44
Diş Protez	157	455	92
Hidroterapi	75	134	33
Sosyal Hizmetler	58	78	-
Çevre Sağlığı	30	88	31
İş ve Uğraşı Terapisi	35	79	16

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

c) Lisans düzeyinde Eğitim:

Türkiye'deki üniversitelerde lisans düzeyindeki eğitim, en az dört yıl süren programlarla yürütülmekte, bu programlardan çeşitli unvanlarla on altı değişik meslekten mezun verilmektedir. Lisans düzeyindeki programlardan 2005-2006 öğretim yılında 12.219 öğrenci mezun edilmiş olup, bu programlara halen 74.746 öğrenci devam etmektedir. Lisans programlarına devam eden öğrencilerin çoğunluğunu tıp ve hemşirelik öğrencileri oluşturmaktadır. Yine 2006-2007 öğretim yılında lisans programlarına yeni kayıt yaptıran öğrencilerin % 70'i tıp ve hemşirelik öğrencileridir. Bununla birlikte bu mevcut durum korunursa, ülkenin hem hemşire hem de hekim ihtiyacının

karşılanmasının çok uzun yıllar alacağı söylenebilir. Diğer sağlık mesleklerinin yeterliliği de ayrı bir tartışma konusudur. Ayrıca gelecekte ortaya çıkacak sağlık mesleklerinin sayısal ve niteliksel ihtiyaçları nasıl karşılayacağı da önemli bir konudur. Türkiye'deki lisans programlarında 2006-2007 öğretim yılına ilişkin veriler, Tablo 2.9'da gösterilmiştir.

Tablo 2.9: Öğretim alanlarına göre lisans düzeyindeki öğrenci sayıları, 2007

Öğretim Alanı	2006-2007 Öğretim Yılı		2005-2006 Öğretim Yılı Mezun Sayısı
	Yeni Kayıt Sayısı	Toplam Öğrenci Sayısı	
Toplam	14.540	74.746	12.219
Tıp	5.018	32.781	4.406
Tıbbi Biyolojik Bilimler	-	47	59
Halk Sağlığı	29	48	-
Acil Bakım ve İlk Yardım	29	48	-
Diş Hekimliği	1.078	5.873	763
Eczacılık	997	4.666	869
Hemşirelik	5.624	24.158	4.820
Hemşirelik	4.286	18.252	3.651
Ebelik	1.338	5.906	1.169
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	435	1.919	361
Sağlık İdaresi	921	3545	552
Sağlık İdaresi	53	319	50
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	17	110	4
Sağlık Memurluğu	851	3116	498
Sağlık Teknolojisi	-	1	1
Biyomedikal Cihaz Teknolojisi	-	1	1
Sosyal Hizmetler	293	942	124
Beslenme ve Diyetetik	145	677	133
Sağlık Eğitimi/Yönetimi	-	89	131
Sağlık Eğitimi	-	37	61
Sağlık Yönetimi	-	52	70

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

Türkiye'de sağlıkla ilgili lisans eğitimi veren üniversitelerdeki öğretim üyesi ve öğretim görevlilerinin yaklaşık % 85'i tıp fakültelerinde görev yapmaktadır. Diğer fakülte ve yüksek okullarda ise bu oran tıp fakültelerine göre oldukça düşüktür. Tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin aktif olarak tıp hizmetinde de çalışıyor olması nedeniyle sayıca fazlalık olması doğaldır. Fakat aradaki büyük farkın sadece bu nedene bağlanıp bağlanamayacağı ve kadroların ne ölçüde ihtiyaca göre belirlendiği tartışma konusudur. Diğer taraftan hemşirelik, diş hekimliği, vb. diğer alanlardaki öğretim üyesi sayısının ihtiyacı ne ölçüde karşıladığı belirsizdir. Türkiye'de lisans programlarında görev yapan öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre dağılımı Tablo 2.10'da gösterilmiştir.

Tablo 2.10: Lisans programlarında görev yapan öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007

Öğretim Alanı	Prof.Dr.	Doç.Dr.	Yrd. Doç.Dr.	Öğr. Görv.	Toplam
Tıp Fakültesi	4.016	1.821	2.272	382	8.491
Diş Hekimliği	422	118	209	14	763
Eczacılık	204	83	106	22	415
Hemşirelik	56	27	170	239	492
Sağlık Teknolojisi	3	1	4	1	9
Sağlık İdaresi	4	4	16	20	44
Sosyal Hizmetler	7	5	8	2	22
Beslenme ve Diyetetik	15	2	5	-	22
Sağlık Eğitim Fak.	7	4	13	8	32
Toplam	4.734	2.061	2.790	680	10.258

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

d) Uzmanlık eğitimi:

Türkiye’de uzmanlık eğitimi yetmiş üç uzmanlık veya üst uzmanlık dalında yürütülmektedir. 2006 yılı içinde 2.448 uzman mezun edilmiş, buna karşılık 5.264 kişi uzmanlık programına başlamıştır. 2006 yılı itibarıyla bu programlara 19.070 kişi devam etmektedir. Türkiye’de hangi uzmanlık dalından kaç kişiye ihtiyaç olduğuna yönelik teknik bir çalışma yapılmış değildir. Mevcut durumun ihtiyaca göre ne olduğu konusunda bazı çalışmalar olmakla birlikte, güvenilir veriler bulunmamaktadır. Tıpta uzmanlık programlarına devam eden araştırma görevlilerine ilişkin veriler, Tablo 2.11’de gösterilmiştir.

Tablo 2.11: Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre ihtisas yapanların öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007

Öğretim alanı	2006-2007 Öğretim Yılı						2006’da İhtisası Bitiren
	İhtisas Yapmak İçin Atanan			İhtisas Yapan			
	Üniversite	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	Üniversite	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	
Toplam	3.234	2.028	5.264	11.884	7.186	19.070	2.448
Tıp	3.234	2.028	5.262	11.884	7.186	19.070	2.448
Tıbbi Biyoloji	23	1	24	69	2	71	1
Tıbbi Biyoloji	1	1	2	12	2	14	-
Biyoistatistik	2	-	2	6	-	6	-
Genetik	15	-	15	37	-	37	1
Tıbbi Biyoloji ve Genetik	5	1	6	14	2	16	-
Anatomi	48	1	49	99	3	102	1
Fizyoloji	46	-	49	98	1	99	-
Biyofizik	3	-	3	8	-	8	-
Biyokimya	72	34	106	269	106	375	35
Histoloji ve Embriyoloji	28	1	29	86	1	87	1
Mikrobiyoloji	49	2	51	202	39	241	20
Mikrobiyoloji	49	2	51	200	39	241	18
Parazitoloji	-	-	-	2	-	2	1
Viroloji	-	-	-	-	-	-	-
Biyokimya ve Klinik Biyokimya	2	2	4	9	24	33	5

Tablo 2.11: Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre ihtisas yapanların öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007 (devamı)

Öğretim alanı	2006-2007 Öğretim Yılı						2006'da İhtisası Bitiren
	İhtisas Yapmak İçin Atanan			İhtisas Yapan			
	Üniver- site	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	Üniver- site	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	
Deontoloji ve Tıp Tarihi	1	-	1	3	-	3	1
Adli Tıp	24	-	24	81	1	82	3
Farmakoloji	38	-	38	96	1	97	6
Psikiyatri	102	114	216	438	317	755	100
Psikiyatri	75	113	188	332	314	646	79
Çocuk Psikiyatrisi	27	1	28	106	3	109	11
Radyoloji	197	146	343	703	401	1.104	123
Radyoloji	69	132	201	259	332	591	51
Radyodiagnostik	95	8	103	335	24	359	59
Radyasyon Onkolojisi	33	6	39	109	45	154	13
İç Hastalıkları	567	611	1.178	2.055	1.738	3.793	484
İç Hastalıkları	290	129	419	1091	519	1610	215
Kardiyoloji	136	67	203	502	256	758	102
Enfeksiyon Hast.	17	10	27	60	69	129	21
Göğüs Hast. ve Tüberküloz	6	14	20	23	105	128	20
Sualtı ve Deniz Tababeti	-	1	1	11	2	13	-
İlk ve Acil Yardım	90	83	173	259	95	354	46
Aile Hekimliği	28	303	332	109	671	780	67
Alerji	-	1	1	-	2	2	1
Endokrinoloji	-	67	67	-	256	256	35
Hematoloji	-	-	-	-	-	-	2
Nefroloji	-	-	-	-	3	3	2
Romatoloji	-	-	-	-	-	-	2
Onkoloji	-	-	-	-	1	1	1
Gastroenteroloji	-	2	2	-	10	10	3
Geriatrici	-	1	1	-	2	2	-
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	324	137	461	1.084	564	1.648	215
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	314	126	440	1.046	533	1579	210
Kardiyoloji	4	4	8	18	8	26	4
Nöroloji	-	2	2	2	8	10	-
İnfeksiyon Hastalıkları	2	-	2	2	-	2	-
Patoloji	4	3	7	16	6	22	-
Alerji	-	-	-	-	1	1	-
Hematoloji	-	-	-	-	2	2	-
Nefroloji	-	-	-	-	2	2	1
Onkoloji	-	1	1	-	1	1	-
Neonatoloji	-	1	1	-	3	3	-
Nükleer Tıp	41	1	42	136	13	149	14
Nöroloji	109	59	168	389	215	604	85
Dermatoloji	53	21	74	258	99	357	39
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	96	44	140	362	185	547	55
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	89	44	133	342	185	527	55
Spor Hekimliği	7	-	7	20	-	20	-

Tablo 2.11: Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre ihtisas yapanların öğretim alanlarına göre dağılımı, 2007 (Devamı)

Öğretim alanı	2006-2007 Öğretim Yılı						2006'da İhtisası Bitiren
	İhtisas Yapmak İçin Atanan			İhtisas Yapan			
	Üniver- site	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	Üniver- site	Diğer Eğt. Kurm.	Toplam	
Halk Sağlığı	46	-	46	158	2	160	16
Patoloji	67	23	90	227	123	350	43
Genel Cerrahi	139	55	194	548	401	949	152
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi	118	35	153	401	203	604	99
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi	3	-	3	15	-	15	2
Göğüs Cerrahisi	36	10	46	104	67	171	32
Kalp ve Damar Cerrahisi	79	25	104	282	136	418	65
Çocuk Cerrahisi	49	16	65	172	38	210	29
Çocuk ve Kalp Damar Cerhsi.	-	-	-	-	3	3	-
Nöroşirürji	69	23	92	290	161	451	58
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	54	25	79	227	112	339	44
Kadın hast. ve Doğum	116	143	259	556	610	1.166	175
KBB	69	69	138	317	264	581	69
Göz Hast.	94	96	190	394	319	713	67
Üroloji	71	51	122	302	218	520	85
Ortopedi ve Travmatoloji	118	76	194	423	301	724	119
Anesteziyoloji	242	221	463	837	579	1.416	191
Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hst.	34	4	38	111	11	122	23
Göğüs Hast.	81	9	90	319	85	404	69
Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji	19	2	21	72	7	79	12
Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	1	-	1	4	-	4	-
İnfeksiyon Hst. ve Klinik Mikrobiyoloji	22	6	28	76	39	115	19
Eczacılık	-	-	-	1	-	1	-
Farmakoloji	-	-	-	1	-	-	-
Tıbbi Bilişim	2	-	2	4	-	4	-

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

e) Enstitüler:

Türkiye'de üniversitelerin Sağlık Bilimleri Enstitülerinde ve uzmanlık dallarıyla ilgili kurdukları Gastroenteroloji Enstitüsü, Nöroloji Enstitüsü vb. kuruluşlarda toplam 123 öğretim üyesi istihdam edilmiş durumdadır. Bu enstitülerin tıp eğitiminden çok araştırma ve hasta bakım hizmeti verme rolünün ağırlıkta olduğu düşünüldüğünde, buralarda görev alan öğretim üyelerinin sadece uzmanlık öğrencilerine katkısı olabileceği söylenebilir. Türkiye'de çeşitli enstitülerde görev alan öğretim üyelerinin sayısı Tablo 2.12'de gösterilmiştir.

Tablo 2.12: Enstitü ve araştırma merkezlerinde görevli öğretim elemanlarının öğretim alanlarına göre sayıları, 2007

Öğretim alanı	Prof.Dr.	Doç.Dr.	Yrd. Doç.Dr.	Öğr. Görv.	Toplam
Sağlık Bilimleri	1	1	8	5	15
Tıp	65	25	13	-	103
Çocuk Sağlığı ve Eğitimi	-	-	5	-	5

Kaynak: OSYM, 2006-2007 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, www.osym.gov.tr

2.3.3 İHTİYAÇLAR

Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı'na katılan gruplar, sağlık iş gücü ihtiyacının yanı sıra iş gücünü yetiştirecek eğitim kurumları ve eğitimcilere olan ihtiyaç konusunda da çalışmalar yapmıştır. Gruplarda ihtiyaçlar konusunda yapılan çalışmalar, aşağıdaki altı başlık üzerinde yoğunlaşmıştır.

1. Türkiye'de sağlık iş gücü ihtiyacı konusunda farklı görüşler ortaya atılmış, bazı katılımcılar Türkiye'de ihtiyaç fazlası hekim olduğunu dile getirirken, bazıları da hekim ihtiyacının uzun yıllar karşılanamayacağını öne sürmüştür. Türkiye'deki elli dört sağlık mesleği ve yetmiş üç uzmanlık dalının her biri için ihtiyaçların belirlenmesi, bu ihtiyaçların hangi öğretim kurumlarıyla ve ne kadar zamanda karşılanabileceğinin tespiti için teknik çalışma gruplarının oluşturulması görüşü kabul bulmuştur.

2. Bazı mesleklerde hem lise hem de ön lisans düzeyinde iş gücü yetiştiriliyor olması ve öğrenci sayısının ihtiyaca göre planlanmaması bir sorun olarak ortaya konmuştur.

3. Grup çalışmalarında, sağlık iş gücü planlanırken toplumun değişen ihtiyaçlarının da dikkate alınması gerektiği vurgulanmış, değişen ihtiyaçlar dört başlık altında irdelenerek şu sonuçlar ortaya konmuştur:

Sosyoekonomik değişim: Önceleri tarıma dayalı üretim yapan, daha çok kırsal alanlarda yerleşmiş bir nüfusu olan Türkiye'nin günümüzde nüfusunun yaklaşık % 75'i kentlerde oturmakta, % 60'dan fazlası endüstriye dayalı üretim yapmaktadır.

Kültürel yapı: Önceleri kapalı bir toplum yapısına sahip olan Türkiye; televizyon, üniversitelerin yaygınlaşması, turizmin gelişmesi, ulaşım ve haberleşme olanaklarının artması gibi nedenlerle küresel kültürlenme yönüne doğru hızla kaymaktadır.

Demografik yapı: Türkiye'de beklenen yaşam süresi 70 yaşını aşmıştır ve yaşa bağlı kronik hastalık ve rahatsızlıkların öne çıkması beklenmektedir.

Epidemiyolojik yapı: Türkiye'nin epidemiyolojik örüntüsü bulaşıcı hastalıkların yaygın ve en önemli sorun olduğu bir durumdan, kanser, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların öne çıkacağı bir duruma doğru değişmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla sağlık iş gücünün bu değişimlere uyarlanması gerekmektedir. Geriatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, fizyoterapi, diyetetik, psikiyatri ve psikoloji

gibi alanlarda uzmanlara olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Evde bakım hemşireliği gibi yeni alanlarda iş gücü yetiştirilmesi de gündeme gelmelidir.

4. Katılımcılar tarafından üzerinde durulan bir başka konu, sağlık iş gücü ihtiyacının bugün için belirlendiği gibi, ileriye dönük ve dönemler halinde de belirlenmesinin gerekli olduğudur. Böylece mevcut iş gücü sayısı ile kıyaslamalar yapılarak açık ve fazlalık ortaya konabilir, ayrıca eğitim kurumlarına alınacak öğrenci sayıları da bu hesaplamalar doğrultusunda planlanabilir. Bu kapsamda yapılacak çalışmaların ardından sağlık iş gücü yetiştiren kuruluşların kapasiteleri belirlenmeli, öğretim üyesi ve diğer kaynak ihtiyaçları ortaya konmalıdır.

5. Çalıştay sırasında sağlık iş gücü ve bu iş gücünü yetiştiren kurumların sayısal eksikliğinin yanı sıra kalitatif eksiklikler üzerinde de durulmuş, iş gücü kalitesini etkileyen konular değerlendirilmiş ve şu şekilde tanımlanmıştır:

- Halen var olan ve yeni oluşturulması düşünülen meslekler ve uzmanlıklar ile ilgili yasal boşluklar, görev ve yetki tanımındaki belirsizlikler,
- İstihdamdaki isabetsizlik ve bunun doğurduğu bilgi/beceri eksikliğinin hizmet kalitesinde düşüklükle sonuçlanması, istihdamın yurt geneline dağılımında dengenin sağlanamamış olması,
- Eğitim kurum ve kuruluşlarındaki altyapı, iş gücü, sistem ve müfredat gibi eksikliklerden dolayı, yetiştirilen personelin kalitesinin yükseltilememesi,
- Hem hizmet sunumunun hem de eğitim kurumlarının sürekli gelişmesini sağlayacak kalite ve akreditasyon sistemlerinin yokluğu veya henüz yaygınlaştırılmamış olması,
- SB, MEB ve YÖK 'ün istenilen işbirliğini gerçekleştirememesi,
- Kuruluşların ve kişilerin özdeğerlendirme kapasitelerinin düşük olması.

6. Katılımcılar arasında SML'nin durumlarının tam olarak ortaya konulması gerektiği görüşü oluşmuş, bunun için aşağıdaki konuları ele alan bir araştırmanın yapılması düşünülmüştür:

- Öğretim kadrolarında yer alanların sayıca veya eğitim becerisi açısından yeterliliği,
- Bina, laboratuvar vb. altyapı olanaklarının durumu,
- Eğitim yöntemlerinin geçerliliği,
- Uygulama yaptırılırken yaşanan sıkıntılar,
- Müfredatın tanımlanan mesleki uygulamalar ve sorumluluklar ile uyumu,
- Okulların ülke genelindeki dağılımı,
- Halen alınan öğrenci sayılarının eğitimin kalitesini bozmadan eğitim gerçekleştirmeye uygunluğu.

2.2.4 BİLGİ EKSİKLİĞİ

Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı sırasında bilgi eksikliği konusunda şu görüşler oluşmuştur:

1. Sağlık profesyonellerinin eğitimi konusunda durum analizi ve ulusal stratejik planların yetersizliği söz konusudur. Bu planlarda kullanılacak teknikler konusunda bir uyum ve kararlılık sağlanmamıştır. Mevcut iş gücü sayılarının kaynaktan kaynağa değişiklik göstermesi, verilerin kalitesi konusunda da kuşku uyandırmaktadır. Örneğin, sağlık mesleklerine mensup kişilerin hangi oranda sağlık hizmeti dışındaki başka işlerde çalıştığına ilişkin bir veri yoktur.

2. Sağlık iş gücü planlamasında toplumun değişen sosyo-demografik ve epidemiyolojik özellikleri ile sağlık ve eğitim teknolojisindeki gelişmelerin yeterince göz önüne alınmaması, ihtiyaç ve kapasite konusunda tam değerlendirme olanağını ortadan kaldırmaktadır.

3. Sağlık iş gücü planlaması için evrensel kabul görmüş yöntem ve teknikleri kullanacak personel, kantitatif ve kalitatif kapasite açısından yetersizdir.

2.2.5 ÖNERİLER

Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı'na katılan gruplar, çalışmalarını sonucunda sağlık iş gücünün üretimi ve ihtiyacı konusunda şu öneriler üzerinde yoğunlaşmıştır:

1. Sağlık iş gücü planlaması çalışmalarında, toplumun değişen sosyo-demografik ve epidemiyolojik özellikleri ile sağlık teknolojisindeki gelişmelerin göz önüne alınması,
2. Sağlık iş gücü planlarının ve üretiminin hizmetin sunumu ile ilişkilendirilmesi,
3. Sağlık yöneticilerinin standartları oluşturulmuş eğitim ve yönetim becerilerine kavuşturulması ve bu becerilere sahip olmayanların yönetimde görevlendirilmemesi,
4. Kişilerin görev tanımlarına uygun görevlerde istihdam edilmesi,
5. Lisans ve lisansüstü eğitimde üniversiteler arası müfredat farklılığının giderilmesi, sektörün ihtiyaçlarına paralel olarak standardizasyonun sağlanması, 'Çekirdek Eğitim Programı'na uyumunun sağlanması,
6. Sağlık mesleklerinde hizmet sunumu ve eğitim kalitesinin sürekli geliştirilmesi, akreditasyon sisteminin uygulanması,
7. Mezuniyetsonrası sürekli eğitim mekanizmalarının benimsenmesi ve yaygınlaştırılması, değerlendirme ve yeniden değerlendirme (appraisal and revalidation) çalışmalarının başlatılması.

2.2.6 HÜKÜMETİN ROLÜ

Çalıştay sırasında hükümetin rolüne ilişkin aşağıdaki hususlar belirlenmiştir:

1. Sağlık sektöründe ilgili paydaşların eşgüdümünü sağlamak,
2. Sağlık iş gücü planlamasına ilişkin teknik çalışmalara öncülük etmek ve geçerli teknikleri yerleştirmek,
3. Gerekli mevzuat değişikliklerini yapmak ve eksiklikleri tamamlamak,
4. Daha verimli hizmet sunumu için izleme ve değerlendirme mekanizmalarını devreye sokmak.

2.2.7 KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ

Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı'nda; sağlık iş gücünün üretiminin ve ihtiyacının planlanmasında şu kritik başarı faktörleri üzerinde durulmuştur:

1. Sektörde görev alacak bireylerin görev tanımları arasında fiziki özelliklerine de (örneğin bedence çok zayıf kişilerin Acil Tıp Teknisyenliğine kabul edilmemesi vb.) yer verilmesi,
2. Meslek profesyonellerinin kendi alanları dışında çalıştırılmasının engellenmesi,
3. Lisansüstü eğitimler ve uzmanlık eğitimlerinin sınırlarının belirlenmesi.

2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNE DAHA İYİ ERİŞİM İÇİN DENGESİZLİKLERLE MÜCADELE ETMEK, SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN CAZİP İŞ ORTAMININ SAĞLANMASI, FİNANSMAN-ORTAKLIK

2.3.1 İŞ GÜCÜNÜN DENGESİZ DAĞILIMINA YÖNELİK POLİTİKA BELİRLEME SÜRECİNİN HANGİ AŞAMASINDAYIZ?

Katılımcılar arasında, sağlık iş gücü dağılımındaki dengesizlik sorununun çözülmesi ve cazip iş ortamının oluşturulması konularında politika geliştirme sürecinin ilk iki aşamasında (mevcut durum analizi ve planlama) olduğumuz yönünde genel bir görüş oluşmuştur. Fakat SDP'nin geniş içeriği nedeniyle, birbirinden farklı alanlardaki politika sürecinin değişik aşamalarında olduğumuz ifade edilmiştir. Ayrıca katılımcıların bir bölümü politika sürecinin dinamik bir süreç olduğunu, sistemin aksayan yönlerini iyileştirmek ya da mükemmele ulaştırmak amacıyla yapılan müdahalelerin süreklilik arz ettiğini dile getirmiştir. Sonuç olarak katılımcılar arasında insan kaynakları politikaları oluşturma sürecinin hangi aşamasında olduğumuz konusunda bir görüş birliği ortaya çıkmamıştır.

2.3.2 MEVCUT DURUM ANALİZİ

2.3.2.1 SORUN NEDİR?

Türkiye'de sağlık iş gücünün dağılımında dengesizlikler olduğu bir gerçektir. Bu dengesizlikler giderilerek cazip bir iş ortamının oluşturulması gerekmektedir. Var olan sorunu rakamlarla ortaya koyabilmek amacıyla, öncelikle sorunları tespit etmede kullanılacak kriterler değerlendirilmiştir. Bu kriterler arasında uluslar arası referans rakamlar, profesyonel normlar ve nüfus yer almaktadır. Bir başka ülkenin rakamlarını temel alarak değerlendirme yapılması birçok nedenden dolayı ülke gerçekleri ile uyumlu olmayabileceğinden, uluslararası rakamları kullanmak yerine ülkelerin kendi normlarını geliştirmesinin daha doğru bir yaklaşım olduğu görüşü benimsenmiştir. Profesyonel normlar mevcut olsa bile, uzun vadede ulaşılabilecek iş gücünü gösterdiği için dengesizlik sorununu tespit etmede yetersiz kalabilir. Örnek olarak SB'ye bağlı tüm sağlık kurumlarının standart kadroları çıkarılmıştır, fakat bu standarda ulaşabilmek için SB'nin iş gücünün şimdikinden 2,5 kat fazla olması gerekmektedir. SB Personel Dağılım Cetveli (PDC) ise sağlık kurumlarının standart kadrolarını göstermek yerine, mevcut sağlık profesyonellerinin (%10 fazlasının) sağlık kuruluşlarına nüfus öncelikli kriterler kullanılarak dengeli dağılımı sonucu oluşan kadro cetvelidir. Bu bağlamda PDC kriterlerine göre personel dağılımını sağlamak uzun

bir süreci gerektirmeyecektir. Mevcut çalışan sayısını temel alarak, iş gücü dağılımını nüfusa göre yapmak bir yöntem olarak kullanılabilse de atama kararlarını etkileyen çok sayıda kriter vardır.

Türkiye'deki mevcut durumda sağlık iş gücü dağıtımını PDC'ye göre yapılmaktadır. Temel kriteri nüfus olan PDC tabloları; coğrafi koşullar, günlük nüfus hareketleri (turizm ve sanayi bölgeleri), bölgede üniversite ya da özel sektöre ait hastanelerin olup olmaması ve sağlık kuruluşlarının teknik alt yapısı gibi birçok kriter göz önüne alınarak düzenlenmiştir.

Çalıştayda sağlık iş gücünde finansmanla ilgili sorunlar üzerinde de durulmuştur. Mevcut finans kaynaklarının yeterli olduğu ancak bu kaynakların etkili ve verimli kullanılmadığı dile getirilmiş, maaşlar konusunda eşitsizlik olduğu ve performans dayalı ek ödeme sisteminin daha da geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Öte yandan sosyal ihtiyaçlar konusunda geliştirilmesi gereken yönler üzerinde de durulmuştur. Sağlık insan gücünde oldukça önemli olan eğitim ve kariyer geliştirme konularına da değinilmiş, çok yoğun hizmet içi eğitim yapıldığı fakat bunların amaçlarına ulaşmasında sorunlar olduğu ve finansmanının gittikçe zorlaştığı üzerinde durulmuştur. Hizmet içi eğitimlerin planlanması aşamasında hedef ve amaçların tam belirlenmesinin gerekliliğinden ve finansman kaynağı olarak döner sermayenin kullanılabileceğinden söz edilmiştir.

Türkiye'deki mevcut durum içinde SDP'nin iş gücündeki sorunlara yönelik bazı tespitler yaptığı ve bu sorunların çözümünde etkili olabilecek bileşenleri olduğu görüşü üzerinde de durulmuş, bu konuyla ilgili bileşenler hakkında tartışılmıştır. SDP kapsamında daha önce kabul edilen modüllerden birisi Sağlık İnsan Kaynaklarıdır. Burada özellikle yöneticilerin niteliği, hekim ve hemşire eğitiminin iyileştirilmesi ve sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi üzerinde durulmuştur. SDP'nin bir diğer bileşeni olan "yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sunumu" başlığı altında "bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" alt başlığında, iş ortamıyla ilgili ana sorunların tespitinin yapıldığı görülmektedir. SDP'de, desantralize iş gücü planlaması ve yönetim yeteneği oluşturularak, sağlık yöneticilerinin iş gücü planlamasına aktif katılımlarının sağlanması düşünülmektedir.

2.3.2.2 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUNUNUN BOYUTU NEDİR ?

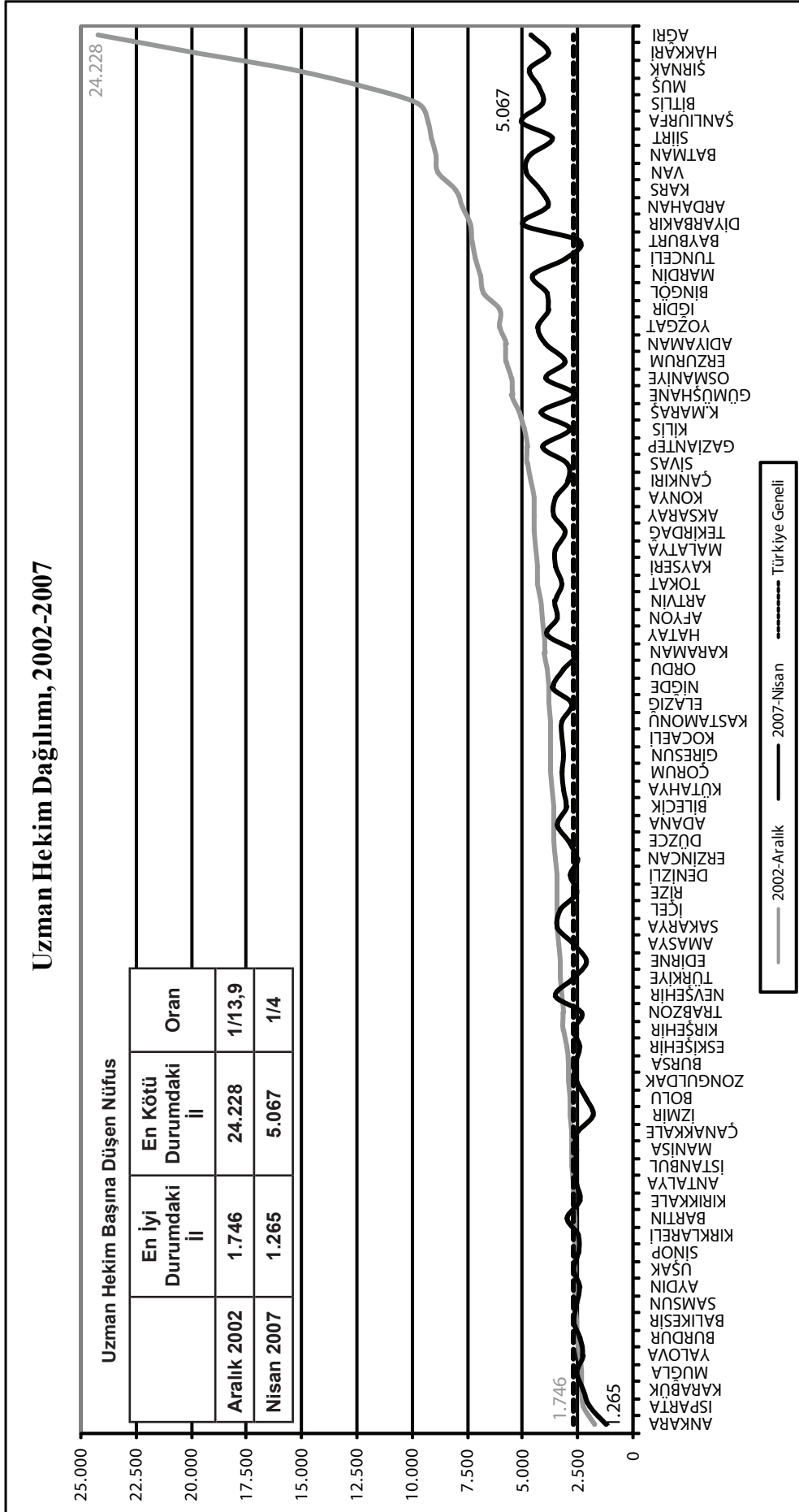
İş gücü dağılımındaki dengesizlik sorununun nerelerde yaşandığının belirlenmesi, sorunun nedenlerini belirleme, önceliklendirme, hedef belirleme ve politika seçeneklerine karar verme açısından önemli bir konudur. İş gücü dağılımındaki dengesizlikler coğrafi (bölgelerarası, iller arası, il içi, kır-kent) ve hizmet düzeyleri (birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetleri) olmak üzere iki boyutta değerlendirilebilir.

İş gücündeki dengesizlik sorununu değerlendirmek amacıyla kullanılacak verileri sağlayabilecek tek birim PGM olarak belirlenmiştir. Ancak bu birimin elindeki veriler çalıştay süresi içinde yeniden düzenlenemediği için mevcut veriler kullanılarak sorunun boyutları tespit edilmiştir. Mevcut veriler, 2002 ve 2007 yılları için uzman ve pratisyen hekimlerin, hemşire ve ebelerin iller arası dağılımını içermektedir.

Uzman hekim dağılımında Aralık 2002 itibariyle en kötü durumda olan bölgeler Doğu ve Güneydoğu bölgeleriyken bu durum Şubat 2007 itibariyle önemli ölçüde düzeltilmiştir. 2002 yılında kişi başına düşen uzman hekim sayısı açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasında 13,9 kat fark varken, 2007 yılında bu fark 4 kata düşmüştür. Benzer gelişmeler pratisyen hekim ve ebe- hemşire dağılımında da sağlanmıştır. 2002 yılında kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı açısından en iyi ve en kötü durumdaki iller arasında 8,7 kat fark varken, 2007 yılında bu fark

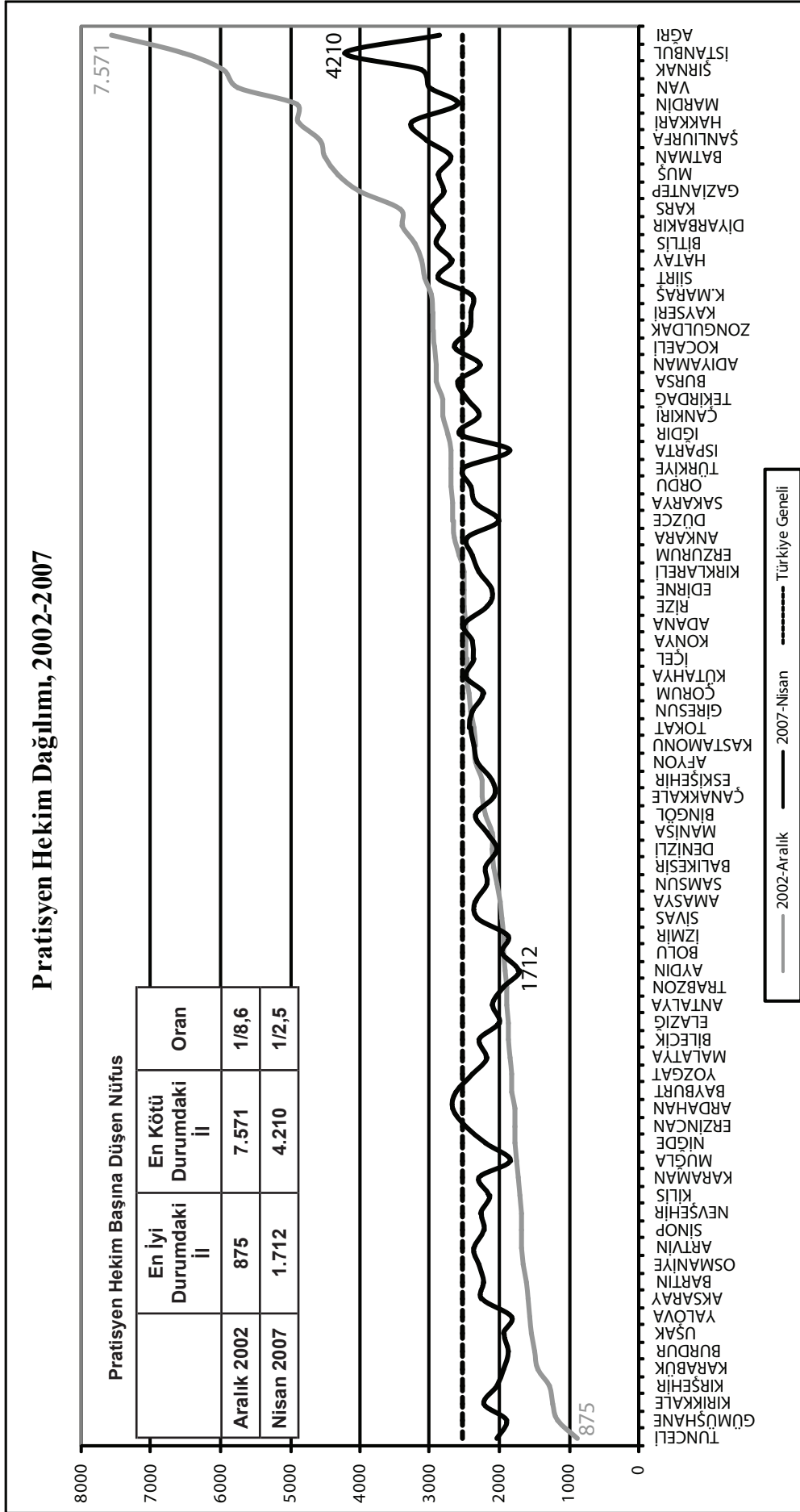
2,5 kata düşmüştür. Hemşire ve ebeler için bu rakamlar 2002 yılında 7,9 ve 2007 yılında 5,2'dir. Mevcut veriler son yıllarda insan gücü dağılımında önemli gelişmeler sağlandığını gösterse de gelinen nokta henüz yeterli değildir. İllere göre uzman hekim dağılımı Şekil 2.1'de, pratisyen hekim dağılımı Şekil 2.2'de ve hemşire-ebe dağılımı da Şekil 2.3'de gösterilmiştir.

Şekil 2.1: İllere göre uzman hekim dağılımı*



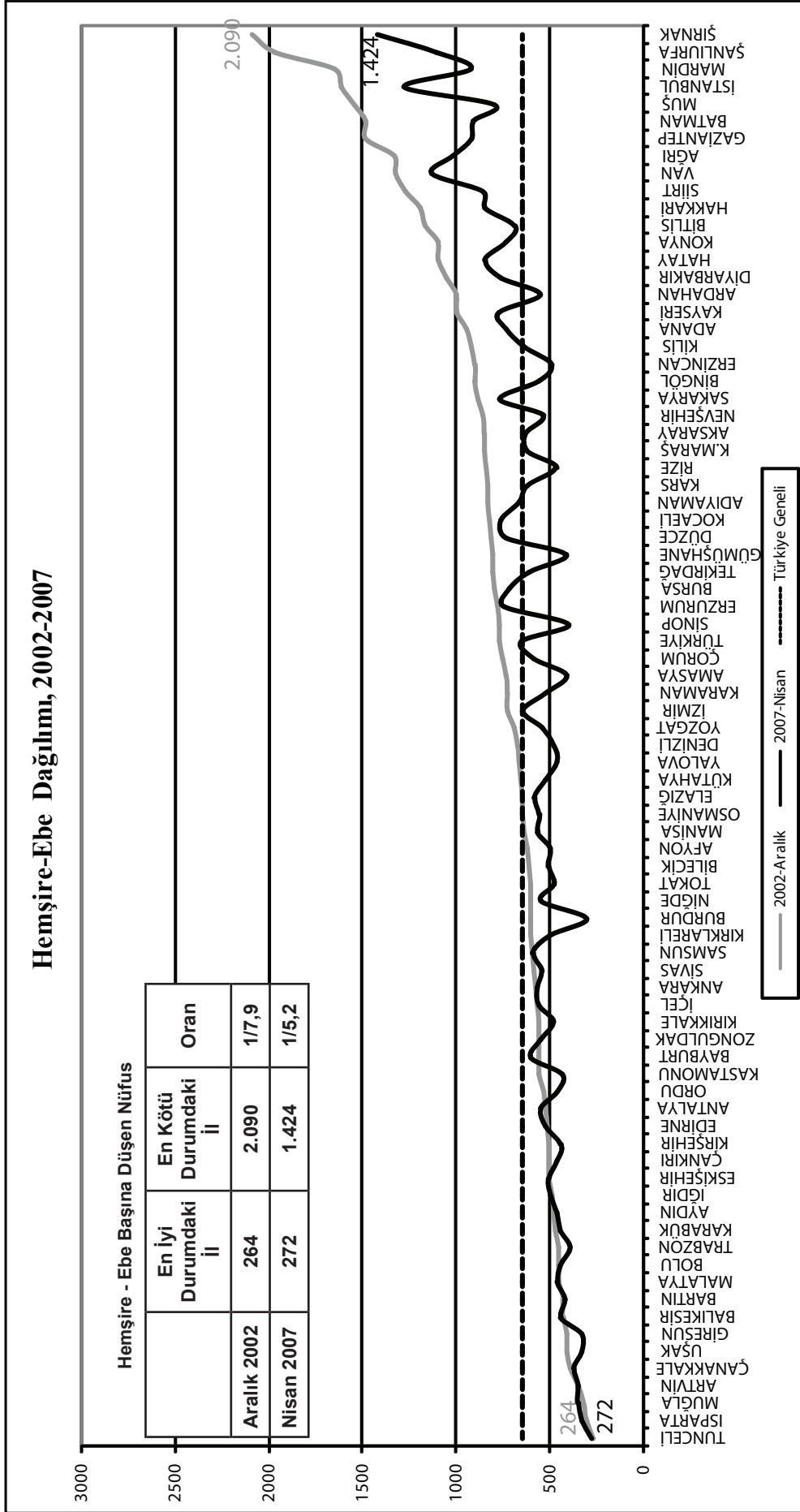
Kaynak: AKDAĞ, R., 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu (*) SB personelinin kapsamaktadır, 2007 yılına ait veriler çalıştay sırasında eklenmiştir.

Şekil 2.2: İllere göre pratisyen hekim dağılımı *



Kaynak: AKDAĞ, R., 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu (*) SB personelini kapsamaktadır, 2007 yılına ait veriler çalıştay sırasında eklenmiştir.

Şekil 2.3: İllere göre hemşire ve ebe dağılımı*



Kaynak: AKDAĞ, R., 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu (*) SB personelini kapsamaktadır, 2007 yılına ait veriler çalıştay sırasında eklenmiştir.

Kullanılan verinin kalitesi geçerlilik (validity), güvenilirlik (reliability) ve erişilebilirliği açısından değerlendirilmiş, iki gerekçeden dolayı “güvenilir” kabul edilmiştir: 1) karşılaştırma yapılacak başka veri kaynağı mevcut değildir, 2) PGM temsilcileri, verinin haftalık olarak İl Sağlık Müdürlüklerinden alındığını ve değişik kaynaklardan teyit edildiğini ifade etmiştir.

Verinin “geçerliliği” için ne yazık ki aynı yorumu yapmak mümkün olmamıştır. Çünkü kullanılan veri SB, Üniversiteler ve özel sektöre bağlı sağlık insan gücünü kapsamakta, MSB ve diğer Bakanlıklara ilişkin bilgiyi içermemektedir. Dengesizliğin çeşitli boyutları itibariyle veri, PGM’de mevcuttur ancak bu verilere erişim, zaman kısıtlılığından dolayı son derece sınırlı olmuştur. SB kuruluşlarında sağlık iş gücüne yönelik belirlenen standartlar ve 25.04.2007 tarihindeki mevcut durum Tablo 2.13’de gösterilmiştir. Tablo 2.13 SB kurumları için belirlenmiş standartları göstermekle birlikte, daha önce de değindiğimiz gibi bugün standart kadrolar gündemden çıkarılmıştır ve personel dağılımı PDC kriterlerine göre yapılmaktadır.

Tablo 2.13: SB kuruluşlarında sağlık iş gücüne yönelik belirlenen standartlar ve 25.04.2007 tarihi itibariyle mevcut durum*

UNVAN	Standart	Mevcut	Aktif Çalışan	Standart Dahilinde Mevcuda Göre İhtiyaç
Uzman Tabip	85.885	26.603	24.408	59.282
Pratisyen Tabip	68.567	29.233	26.328	39.334
Hemşire	177.066	62.259	61.066	114.807
Ebe	105.843	41.961	40.711	63.882
Diş Tabibi	14.509	4.271	4063	10.238
Eczacı	7.415	1.438	1127	5.977
Sağlık Teknisyeni	185.887	49.126	45.188	123.452
Biyolog	2.220	682	612	1.538
Çocuk Gelişimci	1.084	58	46	1.026
Diyetisyen	2.828	543	486	2.285
Fizyoterapist	1.816	696	607	1.120
Psikolog	7.057	512	464	6.545
Sağlık Fizikçisi	54	7	7	47
Sosyal Çalışmacı	6.412	297	280	6.115
Tıbbi Teknolog	7.188	1.312	1.162	5.876
Veteriner	328	13	7	315

Kaynak: PGM, 25 Nisan 2007 verileri.

*Bugün standart kadrolar gündemden çıkarılmıştır ve personel dağılımı PDC kriterlerine göre yapılmaktadır.

İş ortamının daha cazip hale getirilmesi için harekete geçilmesinde sıkıntılar mevcut olup, sorunlar devam etmektedir. Türkiye’de mezun edilen hekim sayısı talepten daha azdır, bu durumun getirdiği sorunlar sağlık hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır. Özellikle birinci ve ikinci basamakta belirli bir saatten sonra iş görenleri kurumda tutmakta şu anda sistem zorlanmakta ve bunların nasıl düzeltilebileceğine ilişkin çözümler yeterince tartışılmamaktadır.

Çalışanların dağılımındaki düzensizlik, çalışma ortamındaki özendiricilerin yetersizliği ve olumsuz çalışma koşulları, kaynakların verimliliğini ve etkinliğini azaltmakta, dolayısıyla finansman konusunda bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yetişmiş sağlık iş gücünün bir bölümü, sisteme bazı nedenlerden dolayı dahil olmamakta ve başka sektörlerde iş yaşamına devam etmektedir. Bu konuda YÖK'ün de bilgisine başvurulmalı ve sağlık iş gücü planlaması ortak bir konsensüste gerçekleştirilmelidir.

2.3.2.3 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUN NEDEN ÖNEMLİDİR?

Sağlık iş gücü dağılımındaki dengesizlik; bir sağlık sisteminin temel performans göstergeleri olarak kabul edilen eşitliği (sağlık hizmetlerini kullanma, cepten harcamalar ve finansal koruma itibarıyla), kaliteyi ve verimliliği olumsuz olarak etkiler. Çalıştayda, katılımcıların “ sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler Türkiye'nin pek çok yöresinde geçerlidir, gelen eleştiriler genellikle Devletin sağlık iş gücünü atama modeli üzerine olmaktadır” şeklinde ifade ettikleri görüş, dengesizliğin eşitlik üzerindeki olumsuz etkisine işaret etmektedir. Sağlık hizmetini talep edenler, dengesizlik nedeniyle başka illere ya da özel kuruluşlara gitmek zorunda kaldığında hizmet alım süresi gecikmekte ve hizmetin maddi bedeli artmaktadır.

Sağlık iş gücü yetersizliği, verilen hizmetin kalitesini direkt olarak etkilemektedir. Hekim yetersizliğinin olması hastalara ayrılan zamanın azalmasına, tıbbi açıdan eksikliklerin, hataların ve gecikmelerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında herhangi bir meslek grubundan iş gücü yetersizliğinin olması, bazen kurumdaki diğer meslek gruplarının bu açığı kapatmasını zorunlu kılmakta, bu durum sağlık iş gücünün verimli kullanılmasını engelleyerek hizmet sunumunda olumsuzluklara neden olmaktadır. Bu noktada en büyük sorunlardan biri iş gücü eksikliği ve var olan iş gücünün doğru planlanmasındaki aksaklıklardır.

2.3.2.4 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUN AÇISINDAN BİLGİ EKSİKLİĞİ VAR MIDIR?

Bu çalıştayda; dengesizlik sorunu sadece SB' ye bağlı sağlık kurumlarında istihdam edilen uzman hekim, pratisyen hekim, hemşire ve ebelerin iller arası dağılımı üzerinde değerlendirilebilmiştir. Sorunu daha doğru ve detaylı bir şekilde tespit edebilmek ve uygun çözüm önerileri geliştirebilmek için, en azından hekim ve hemşireler itibarıyla aşağıda belirtilen verilere ihtiyaç vardır:

- SB, Üniversiteler, özel sektör, MSB ve diğer Bakanlıklar dahil Türkiye'deki tüm sağlık iş gücünü kapsayan ve uzman hekim, pratisyen hekim ve hemşirelere ilişkin bilgileri içeren (geçerliliği olan) bir veri seti kullanılarak;
 - Bölgelerarası, iller arası, il içi ve hizmet düzeyi (birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri) itibarıyla 1) genel olarak hekim ve hemşire dağılımı, 2) uzmanlık alanlarına göre uzman hekim ve hemşire dağılımı,
 - Kamu ve özel sektör itibarıyla bölgelerarası, iller arası, il içi, hizmet düzeyi ve uzmanlık alanları itibarıyla uzman hekim, pratisyen hekim ve hemşire dağılımı.

İş ortamındaki sorunların çözümü cazip iş ortamının oluşturulması konusunda sağlık iş gücü politikaları yürütülürken bir takım bilgi eksiklikleri mevcuttur. Örneğin performans ölçümü için büyük ölçekli bir değerlendirme bilgi seti bulunmamaktadır. Her hastanenin kendi insan kaynakları biriminin bulunmaması da sorunların tespitinde zorluklara neden olabilmektedir.

Bunlara ek olarak SB tarafından kullanılmaya başlanan Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) ve PDC ile sağlık iş gücü niteliği ve niceliğine yönelik çok sayıda veri elde edilebilmektedir. Ancak bu verilerin ortak bir veri tabanında birleştirilemiyor olması, verilerin bilgiye dönüşmesini güçleştirmektedir. Ayrıca farklı kurumlar tarafından (Türkiye İstatistik Kurumu, SB, YÖK) aynı konuya ilişkin tutulan istatistiklerin farklılık göstermesi, verilerin güvenilirliği konusunda endişe yaratmaktadır.

2.3.3.5 DENGESİZLİK VE İŞ ORTAMLARINDAKİ SORUNUNUN NEDENLERİ NELERDİR?

Hekim ve hemşirelerin iller arası dağılımında dengesizliğe neden olan faktörler dört ana grupta toplanabilir. Bunlar sağlık sistemi (**SS**), kurumsal faktörler (**K**), toplumsal faktörler (**T**) ve bireysel (**B**) faktörlerdir. Aynı şekilde iş ortamlarındaki sorunlar ve finansman ve ortaklıkta yaşanan sorunlar da bu dört ana grup içinde değerlendirilebilir. Çalıştay sırasında grup çalışmalarında bu faktörlerle ilgili belirlenen görüşler aşağıda sunulmuştur:

- Politik müdahaleler (**SS**),
- Mecburi hizmetin ne kadar süre ile sınırlı olduğunun bilinmemesi. Diğer Bakanlıklardaki personelden farklı olarak (örneğin, hakim ve savcılar, polisler, askerler), SB personeli mecburi hizmet için gidecekleri yerden ne zaman geri döneceklerini kesin olarak bilmemektedir. Bu durum personelin özel hayat ve kariyer planını aksattığı için bu bölgelerde çalışanlar, istifa gibi yollara başvurmaktadır. Buna çözüm olarak SB mecburi hizmetlerini bitirene kadar uzman ve pratisyen hekimlerin diplomalarını elde tutma ve Türkiye'nin hiçbir yerinde çalışmama uygulamasını getirmiştir (pratisyen hekimlerin mecburi hizmet sırasında uzmanlık sınavını kazanmaları durumu hariç). Ancak bu durum hekimler arasında memnuniyetsizlik yaratmaktadır (**SS**),
- Hekim ve hemşirelerin verimsiz istihdamı:
 - Sevk zincirinin işletilememesi ve bundan dolayı birinci, ikinci ve üçüncü basamaktaki hekim ve hemşirelerin verimsiz istihdam edilmesi (**SS**),
 - Görev tanımlarının etkili ve verimli hekim ve hemşire istihdamını sağlayacak şekilde yapılmaması (**SS**),
 - Formal eğitime uygun hekim istihdamının yapılmaması. Örneğin, verem savaş dispanserlerinde göğüs hastalıkları uzmanları ve AÇSAP merkezlerinde kadın doğum uzmanları atıl durumda istihdam edilmekte, iş gereklerine uygun istihdam yapılmamaktadır (**SS**),
 - Bazı hemşirelerin (eğitim hemşiresi vb) nöbet tutmaktan muaf tutulması (**SS**),
 - Mesai saatlerinin uzunluğu, nöbetler, yöneticinin mesaiyi sıkı kontrolü (**SS/K**),
 - İş yükünün fazlalığı (**SS/K**),
 - Diğer meslek gruplarının dağılımındaki dengesizlikler. Örneğin, eczaneler genelde ilçelerde faaliyet gösterdiği için hastalar ilaç alabilmek için ilçe merkezlerine gitmek zorundadır. Bu da kırsalda yaşayanları ilçelerdeki hekimlere yöneltmektedir. Bir başka örnek, SB'nin elinde yeterli genel idare hizmetleri personeli olmadığı için hekim ve hemşirelerin bazı idari işlerde çalıştırılmasıdır (**SS**),
- İlgili paydaşlar arasında koordinasyon ve işbirliği olmaması. Örneğin, uzmanlık dalları kontenjanları ile SB istihdam kadroları birbirini tutmamaktadır (**SS**),

- Maddi teşviklerin yetersiz olması (maaş vb.). Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki İl Devlet Hastanelerinde çalışan uzman ve pratisyen hekimlerin sorunlarının ve memnuniyet durumlarının incelendiği bir çalışmada², maaşların yetersizliği birinci sorun olarak belirlenmiştir **(SS/K)**,
- Kamu kurumlarının il bazında ortaklık düzenlemelerini yapmaması **(SS)**,
- Hizmet içi eğitim yetersizlikleri, personelin bilgi ve becerisi iyileştirilerek kurum içinde daha verimli kullanılamaması **(B/K/SS)**,
- İşsiz hemşirelerin varlığı **(SS)**,
- Çalışma ortamı ve ekipman yetersizliği, yeterli teknik donanımın bulunmaması **(K)**,
- Risk değerlemelerinin ve çalışan güvenliğine yönelik çalışmaların (radyasyon, enfeksiyon, stotoksiler gibi) yeterince yapılmamış olması **(T)**,
- Coğrafik koşulların uygunsuzluğu **(T)**,
- Düşük ekonomik düzey **(T)**,
- Yetersiz sosyokültürel koşullar. Elimizdeki verilere göre hemşire dağılımında dengesizliğin olduğu iller daha çok Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleridir. Mevcut araştırmalarda², bu bölgelerde çalışan uzman ve pratisyen hekimlerin buralarda çalışmaktan memnun olmamalarının sebepleri arasında güvenlik sorunu önemli bir faktör olarak belirlenmemiştir **(T)**,
- Sürekli eğitim imkânının olmaması. Özellikle sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanmaması **(B)**,
- Yetersiz ulaşım imkânı. **(T)**,
- Cazibe faktörlerinin yetersizliği (çocuklar için yetersiz eğitim imkânı, farklı kurumlarda çalışan eşlerin tayin yaptırılmaması veya eşler için iş imkânının olmaması, maaş dışında parasal teşviklerin yetersizliği, lojman olmaması vb.) **(B/T)**,

Çalıştay sırasında mevcut veriye dayalı olarak sorun tespiti yapıldığından, yukarıda belirtilen nedenler sadece hekim ve hemşire-ebe meslek grupları açısından dengesizlik nedenlerine işaret etmektedir. Ancak gruplar başka çalışmalarda yararlı bilgiler sağlayacağı düşüncesiyle, diğer sağlık mesleklerindeki dağılımın dengesizliğine ilişkin nedenleri de tartışmıştır. Aslında bu nedenler mevcut sağlık iş gücünün nasıl daha verimli kullanılabileceği hakkında fikir verebilir. Bu nedenler aşağıda belirtilmektedir:

- Tıbbi teknolojiler bulunmasına rağmen laboratuvarlarda biyologlar çalışabilmektedir. Bu konuda MB'nin personel çeşitliliğine ihtiyaç duyulduğu konusunda ikna edilmesi gereklidir.
- Diş hekimi odaları tarafından, diş teknisyenlerinin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmamaları gerekçesiyle, ağız diş sağlığı merkezlerinde çalışmalarını engellenmiştir.

² Kılıç, M ve Tunç, Ş. (2004). İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1).

Mezun teknisyenler sadece laboratuvarlarda çalışma yeterliliğine sahiptir. Dolayısıyla sadece bazı ihtiyaç bölgelerinde kentsel alanların dışında çalışmalarına izin verilebilir.

2.3.3 PLANLAMA

2.3.3.1 ÖNCELİKLER:

Önemli önceliklerden biri uzman ve pratisyen hekimlerin iller arası, il içi ve kurumlar arası dağılımındaki dengesizliği azaltmaktır. Çalıştayda mevcut veriye dayalı olarak yapılan analiz ışığında iller arası dengesizlik sorununun çözülmesi konusunda en başarısız olunan meslek grubunun hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin iller arası, il içi ve kurumlar arası dağılımındaki dengesizliği azaltmak bir başka öncelik olarak belirlenmiştir. Bir diğer öncelik ise çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık iş gücüne cazip çalışma ortamının sağlanmasıdır.

2.3.3.2 HEDEFLER, POLİTİKA SEÇENEKLERİ, STRATEJİLER

Çalıştayda mevcut veriye dayanılarak yapılan önceliklendirmede, hemşire ve hekim dağılımındaki dengesizliklerin giderilmesi kısa, orta ve uzun vadeli hedefler arasında yer almıştır. Uzman hekim dağılımındaki dengesizliğin kısa vadede % 12, orta vadede % 20 ve uzun vadede % 40; pratisyen hekim ve hemşire dağılımındaki dengesizliğin ise kısa vadede % 15, orta vadede % 25 ve uzun vadede % 50 oranında azaltılması hedeflenmiştir.

Hedeflere ulaşmayı sağlayacak politika seçeneklerinin belirlenmesi aşamasında, özellikle hekim arzının artırılması konusunda farklı görüşler dile getirilmiştir. Bazı katılımcılar, hekim sayısının Dünya ortalamalarına göre yeterli olduğunu, Avrupa Birliği (AB) ortalamalarına yaklaştırmaya çalışırken fazla hekim yetiştirme riskimizin bulunduğunu ifade ederken; bazıları da hekimler için işsiz kalma riskinin olmadığını ve mevcut iş gücü sayısının artırılması gerektiğini savunmuştur.

Sonuç olarak, hekim arzının hem yetersiz oluşu, hem de fazla oluşu sağlık sisteminin performansını etkileyecektir. Hekim arzının yetersizliği ücretleri artırmak suretiyle kalite ve verimliliği azaltacak, hekim arzının fazlalığı ise hizmet sunucunun artırdığı talep (supplier-induced-demand) sorununu yaratarak, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olacaktır. Benzer şekilde yetersiz hemşire arzı düşük kalitede hemşirelik hizmeti sunumuna ve hekim verimsizliğine, yüksek hemşire arzı ise etkili işe alma ve işte tutma politikaları geliştirilmediği sürece boş yere iş gücü yetiştirilmesine meydan verecektir.

Hedeflere yönelik politika seçenekleri belirlenirken, hekim ve hemşire arzının artırılmasından ziyade mevcut iş gücünün verimli bir şekilde istihdamını sağlayacak politika seçeneklerine odaklanılmıştır. Bununla birlikte çalışma koşullarının iyileştirilmesini sağlayacak bir dizi çalışmanın yapılması da kaçınılmazdır. Kısa, orta ve uzun vadedeki hedeflere ulaşmak için belirlenen politika seçenekleri aşağıda açıklanmaktadır.

a) Kısa vadeli hedefler için politika seçenekleri:

Mesai saatleri ve çalışma koşulları: Mesai saatleri ile ilgili sorunların tespit edilerek kurum bazında çözüm önerilerinin geliştirilmesi, haftalık mesai saatlerinin 45 saatten 40 saate indirilmesi, 1 saat fazla çalışma için ek çalışma ücreti ödenmesi ve uygun olan bölümler için esnek mesai

saatleri önerilmesi gibi politika seçenekleri mevcuttur. Bu önerilerin orta ve kısa vadede getirileri hesaplanmalı, gereken şartlar irdelenmelidir. Nöbet ödemelerinin 80 saatle sınırlandırılması tekrar gözden geçirilmelidir. Mesai saatlerinin haftada 45 saatten 40 saate düşürülmesinin iş gücünü % 10 oranında kaybetmekle eşdeğer olduğu hatırlanarak, bunun etkileri değerlendirilmeli ve negatif etkilerini azaltacak çözümler geliştirilmelidir.

Çalışan Güvenliği: Mevcut durumda iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli önlemler alınabilmiş değildir. SB önderliğinde hastane yönetimleri bu konuyla ilgili çalışma yapmamakta, performans değerlendirmesinde bu tür riskler göz önüne alınmamaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yer alan İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, SB ile iş birliği içinde değildir. Bununla birlikte sağlık personelinin görevini yerine getirirken yaptığı tıbbi hatalar için bireysel sigorta sistemi (meslek sigortası) mevcuttur. Zorunlu meslek sigortası ise kanun olarak çıkarılmış fakat Cumhurbaşkanlığı Makamı tarafından veto edildiği için uygulamaya konulamamıştır.

Yeterli teknik donanımın sağlanması: Yeterli teknik donanımın olmayışı personelin verimli çalışmasını engellemektedir. Bu da iş gücü ve zaman kaybına neden olmaktadır.

Sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanması: Sözleşmeli hemşireler için bazı eğitim programlarına katılma konusunda sınırlamalar bulunmaktadır. Yakın zamanda sözleşmeli hemşirelerin diyaliz eğitim programlarına katılmalarını kısıtlayan uygulamalarda bir düzenlemeye gidilmiş, üç ay süreyle diyaliz eğitim programlarına katılabilmeleri sağlanmıştır.

Sözleşmeli hekim ve hemşire istihdamı: Sözleşmeli personel modeli ile hekim ve hemşirelerin ucuz işgücü haline gelmesi ve bu nedenle meslek değiştirdikleri yönünde görüşler vardır. Fakat sözleşmeli personelin daha fazla maaş aldığı hatırlanırsa bu görüşlerin ne kadar doğru olduğu tartışılabilir. Sözleşmeli personel istihdamı, birçok nedenden dolayı iş gücü istihdamında sorun yaşanan Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde ve kırsal kesimlerde iş gücü yetersizliğinin çözümünü sağlayabilir. Hekim ve hemşirelerin hangi koşullarda çalışacaklarını başlangıçta bildiği ve gönüllülüğün esas olduğu bu sistem, kısa vadede iş gücü dengesizliğini azaltmak için etkili bir politika olarak düşünülebilir.

Hizmet içi eğitimler: Alınan hizmet içi eğitimlerin performansına etki ettirilmesi, kariyer planlamasında göz önünde bulundurulması ve görevde yükselmelerin alınan eğitimler ve iş tecrübeleri ile ilişkilendirilmesi noktasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Örneğin bireylerin katıldıkları kongre ve eğitimlerin süresi, yıllık izinlerinden düşülmektedir. Buna benzer sorunların ortadan kaldırılması için öncelikle bir eğitim koordinatörlüğü oluşturulmalı, her birim kendi eğitim ihtiyacını belirledikten sonra koordinatörlük, bunun uygunluğuna karar vermelidir. Hizmet içi eğitimlere katılacak personel daha rasyonel belirlenmeli, alınan eğitimler ve katılımcılar, hizmet kalitesini artıracak şekilde organize edilmelidir. Bu eğitimler için döner sermayeden ve yerel yönetimlerden maddi destek alınmalıdır. Ulusal ve uluslararası kongrelere katılım sağlanmalı, kongre katılımı ve sunumlar kredilendirme sistemiyle değerlendirilmeli ve kariyer planlamasında bu değerlendirmelere yer verilmelidir. Sağlık iş gücünün kendi alanlarında uzmanlaşması teşvik edilmelidir.

İşsiz hemşirelerin istihdamı: Kesin rakam bilinmemekle birlikte, ciddi sayıdaki hemşirenin işsiz olduğu tahmin edilmektedir. Bu hemşirelerin dengesizliğin olduğu illerde istihdam edilmesi dengesizlik sorununu azaltabilir, fakat öncelikle işsiz hemşire sayısının bilinmesi ve bu hemşirelerin istihdamını sağlayabilecek özendiricilerin belirlenmesi gerekmektedir. (Editör Notu: Bu arada

SB'nin Haziran 2007 tarihinden itibaren istihdam edeceği 32.449 personelin 9.234'ü hemşire, 3.874'ü ebe olup, hemen hemen işsiz ebe ve hemşire kalmayacağı düşünülmektedir. Ayrıca açılan hemşire kadrolarının tam dolmamış olması da işsiz hemşire varlığı iddiasını çürütmektedir.)

Hemşireler için uygulanan nöbet muafiyetleri konusunun yeniden değerlendirilmesi: Yönetmelikler bazı hemşireleri (eğitim hemşiresi vb) nöbet tutmaktan muaf tutmuştur, bu nedenle hemşireler kurum içinde nöbet tutulmayan servislere yönelmektedir. Bu durum, nöbet tutacak hemşire sayısının yetersizliğine ve hemşirelerin kurum içi dağılımında dengesizliklere yol açmaktadır.

İdari personel dağılımındaki dengesizliklerin azaltılması: SB'nin elinde yeterince genel idare hizmetleri personeli olmadığı için bu işleri hekim ve hemşireler üstlenmektedir. Bu durum hekim ve hemşire dağılımındaki dengesizliği artırmaktadır.

Çalışanın genel sağlık durumu: Çalışanların genel sağlık durumu için faydalar sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, genel sağlık bilincinin oluşturulması ve sağlık izlemlerinin düzenli yapılabilmesi için olanak sağlanmalıdır. Sektöre özel tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu üzerinde çalışmalar yapılarak buna yönelik önlemler alınmalıdır.³

Denetim kapasitesinin güçlendirilmesi: SB'nin önümüzdeki dönem politikaları içerisinde yer alan desantralizasyon ve sağlık hizmeti sunumunda dış sektörlerden yararlanılması seçeneği, denetim sorununu beraberinde getirmektedir. SB'nin sağlık hizmetinin sunumundan çok planlama, organizasyon ve denetim fonksiyonlarına yönelmesi düşüncesi, bu alanlarda yetişmesi gereken iş gücü ihtiyacını doğurmaktadır. Ayrıca mevcut kurumsal performans ölçüm sisteminin iyileştirilmesi de Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşların değerlendirmesi üzerinde olumlu sonuçlar ortaya koyacaktır.

Atamaların iş gereklerine göre yapılması: Özellikle yetişmiş hekim ve hemşirelerin idari kadrolarda ve diğer bazı uygulama dışı görevlerde gerekenin üzerinde istihdamı, sağlık hizmetlerinin sunumu için yetişmiş iş gücünün etkinliğini azaltmaktadır. Bu nedenle iş gerekleri net olarak belirlenmeli ve kadro atamaları bu gereklere göre yapılmalıdır.

b) Orta vadeli hedefler için politika seçenekleri:

Aile hekimliği: Aile hekimliği sistemi, sevk zincirinin işletilememesi nedeniyle tüm hizmet düzeylerinde oluşan verimsiz istihdamı engelleyebilecek bir politika seçeneğidir. Etkili işletim mekanizmaları oluşturmak koşuluyla bu sistem ikinci ve üçüncü basamak iş yükünü azaltarak, dengesizliğin olduğu illerde istihdam edilebilecek iş gücü havuzunu da büyütecektir.

Aile hekimi uzmanı arzının artırılması: Aile hekimliği sistemi nedeniyle aile hekimliği uzmanı arzının artırılması politikası kaçınılmazdır.

Desantralizasyon: Desantralizasyon, kamunun yerine getirdiği fonksiyonlar için yetki ve sorumluluğun, merkezi hükümetten daha alt kademedeki kamu kurumlarına veya özerk kurumlara devredilmesidir. Yetkinin (dar-orta-geniş) yerel otoritelere bırakılabileceği sağlık alanlarından biri de iş gücü planlamasıdır. Kısa vadede, birinci basamak hizmet düzeyinde desantralizasyon

³ Çalıştay sırasında bu konunun "çalışan hakları ve güvenliği" başlığı altında öncelikler içerisine girebileceği önerilmiştir.

ile hekim ve hemşirelerin verimsiz istihdamından kaynaklanan dengesizlik azaltılabilir. Birinci basamakta iş gücü planlaması konusunda yerel otoritelere orta veya geniş düzeyde yetki verilmelidir. Halen on bir ilde uygulanan aile hekimliği sisteminde, ekibin sözleşmeli olarak işe alınması İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. Bu yöntem dekonsantrasyon (deconcentration) türünde bir desantralizasyon politikasıdır. Bu yöntem her ne kadar devolüsyon (devolution) gibi gerçek bir desantralizasyon olmasa da Türkiye'nin bazı hassas konuları nedeniyle uygun bir politikadır.

Görev tanımlarının revize edilmesi: Aile hekimliği ve desantralizasyon politikalarının yanı sıra hekim ve hemşire istihdamında verimliliği iyileştirmenin bir başka etkili yolu da görev tanımlarının yeniden yapılmasıdır. Eğer hemşirelerin yapması gereken işler hekimler tarafından yapılıyorsa, yeni görev tanımları ile hekimlerin sorumluluk alanı daralacağı için hekim fazlalığı olan illerdeki hekimler dengesizliğin olduğu illerde görevlendirilebilir. Benzer şekilde tıbbi sekreterlerin yapması gereken işleri hekim ve hemşireler yapıyorsa, yeni görev tanımları ile her iki meslek grubunun daha verimli çalışması sağlanabilir. Dahası, görev tanımlarının yenilenmesi, hekim ve hemşirelerin gereksiz iş yükünden dolayı yaşanabilecek hizmet kalitesi ile ilgili sorunları da azaltabilir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde var olan yapıyı temel alarak, her birim kendi gereksinimine paralel iş tanımlarını ve iş gereklerini iç genelge ile belirlemelidir. Bununla birlikte iş yükünün fazlalığıyla ilgili verilerin subjektif olduğu, iş yükü analizlerinin objektif yöntemlerle yapılarak her bir hastanenin kendine has düzenlemeler yapması gerektiği yönünde de görüşler vardır.

Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamı: Verem Savaş dispanserlerinde ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde atıl durumda olan uzman hekimler dengesizliğin olduğu illerdeki hastanelerde görevlendirilebilir.

Tele tıp: Hekim verimliliğini iyileştirmek için tele tıp yöntemi kullanılabilir. Uzaktan konsültan kullanılması gibi bir modelle, hekimin olmadığı yerlerde referans hekime danışılabilir.

Hizmet içi eğitimler: Mevcut hekim ve hemşirelerin bilgi ve becerileri artırılarak daha verimli çalışmalarını sağlanabilir.

Uzman dağılım politikası ve istihdam politikası arasında tutarlılığın sağlanması: Uzmanlık dalları kontenjanları ile SB istihdam kadroları birbiriyle uyumlu olmalıdır.

Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi: Hemşire dağılımında dengesizliğin görüldüğü illerin daha çok, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde olması dikkate alınır, sosyokültürel şartların orta vadede iyileştirilmesi hemşire dağılımındaki dengesizliğin azaltılmasına olanak sağlayacaktır. Bu durum sağlık çalışanlarının dağılımındaki dengesizliğin giderilmesi konusunun; ülke ekonomisi ile yakından ilgili olduğunu ve çözüm için SB, diğer Bakanlıklar ve kamu kurumlarının iş birliğini gerektiren uzun vadeli planlara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Ücretlendirme ve Teşvik: Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin (PDÖS) getirileri, maliyet analizleriyle birlikte araştırılmalı ve kaliteye etkisi kanıta dayalı olarak belirlenmelidir. PDÖS uygulamasında hedefler net bir şekilde ortaya konulmalıdır. Amaç nedir? Kaliteyi artırmak mı, fazla ödeme yapmak mı? İkinci nokta ise doktorlar için uygulanan PDÖS'nin incelenmesi ve yeni bir sisteme geçmek için daha detaylı değerlendirmelerin yapılması gerekliliğidir. Yeni bir sisteme geçmeye karar verildiğinde de hedefler net olarak belirlenmelidir. Hekim dışı personelin de bu yöntemle ilişkilendirilmesi, sadece nicelik değil, nitelik açısından da değerlendirilmenin yapılması gereklidir.

Fiziksel Koşullar: Sağlık kuruluşlarında mekanlar ergonomik açıdan değerlendirilerek uygun alt yapı olanakları sağlanmalı, eksik teknolojik donanımla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Büyük şehirlerde sağlık kompleksleri oluşturulmalı, acil müdahaleler için ana yollar üzerinde hastaların kolayca ulaşabileceği merkezler kurulmalıdır. Yerel belediyeler sağlıkla ilgili önceliklerini belirlemeli ve sağlık kuruluşlarına destek olmalıdır.

Sosyal Olanaklar: Çalışanların ihtiyaçlarına yönelik lojman, kreş, kamp tesisi gibi sosyal olanaklar sağlanmalıdır. Bu konuda belediyelerden destek alınmalıdır.

Üst Yönetimden Memnuniyet: Çalışanların üst yönetimden memnuniyetini artıracak bazı önlemler alınmalıdır. Yöneticiler liderlik vasfına sahip yetkin kişilerden seçilmeli, adil yönetim ve kararlara katılım ilkesi benimsenmeli, çalışanların sıkıntılarını yöneticiye bire bir aktarabilmesi sağlanmalıdır. Süreç ve işleyişle ilgili kriterleri içeren bir kontrol listesi oluşturulmalı, üst yönetime karşı memnuniyetin değerlendirildiği bir geri bildirim sistemi geliştirilmelidir.

Kurum Kültürü: Çalışanlar arasında sinerji ve paylaşımı artıracak bir kurum kimliği ve kültürü oluşturulmalıdır. Üst yönetim kademeleri ve çalışanlar zaman zaman çeşitli etkinliklerle bir araya gelmeli, iş ortamındaki ilişkilerde hoşgörü ve uzlaşma ortamı sağlanmalıdır.

Kurum Dışı Faktörler: AB ve benzeri mevzuatın Türkiye'ye adaptasyonu esnasında ülke gerçekleri göz önünde bulundurulmalıdır. MSB, MEB ve Adalet Bakanlığı'yla yapılan protokoller çerçevesinde bazı çalışanlara sağlanan ayrıcalıklar, hakkaniyet üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle tekrar gözden geçirilmelidir. Kurum dışı faktörlerin tayin, atama ve yükselmelere olan müdahalelerini engelleyecek tedbirler alınmalıdır.

c) Uzun vadeli hedefler için politika seçenekleri:

Aile hekimliği: Aile hekimliği uygulamasına tam olarak geçiş uzun vadede gerçekleşebileceğinden, bu politika uzun vadede de geçerliliğini koruyacaktır.

Aile hekimi uzmanı arzının artırılması: Aile hekimi uzmanı arzının yeterli düzeye gelmesi uzun vadede gerçekleşeceğinden, bu grup hekimlerin arzında artış yapılması uzun vadede de kaçınılmazdır.

Desantralizasyon: Aile hekimliği politikası ile orta vadede birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi ve dolayısıyla ikinci ve üçüncü basamak hizmetler için uzman hekim ve hemşire havuzundaki artış, uzun vadede sürdürülemeyebilir. Aile hekimliği sisteminin bir sonucu olarak hastanelere başvuruların azalması, uzman hekimlerin ek ödeme gelirlerinin düşmesine neden olacağından iş gücü yetersizliği yaşanan bölgelerde uzman hekim görevlendirilmesi güçleşebilir. Bu soruna engel olmak için ikinci ve üçüncü basamak hizmet düzeylerinde desantralizasyon, önemli bir politika seçeneğidir. Çalışmaları halen devam eden hastane özerkliği politikası kapsamında, desantralizasyonun delegasyon (delegation) türü kullanılarak iş gücü planlamasının hastanelere devredilmesi düşünülmektedir. Yukarıda belirtilen gerekçeler nedeniyle bu, Türkiye için uygun bir desantralizasyon türüdür. Hastanelere, aşağıdaki konularda orta veya geniş yetki verilmesi özellikle dengesizliğin olduğu kırsal alanlardaki hastanelerin daha fazla hekim ve hemşire çalıştırabilmelerine yardımcı olabilir:

- **Sözleşmeli uzman hekim ve hemşire istihdamı:** Hekim ve hemşirelerin sözleşme yaptıkları bölgede ne kadar süreyle çalışacaklarını bilmesi, verimi artıran bir faktör olarak görülebilir.
- **Yeterli sayıda idari personel istihdamı:** Mevcut durumda bile idari personel arzında yetersizlik vardır. Bunun dengesizliğe neden olan faktörlerden biri olduğu dikkate alındığında, hastanelerin desantralize edilmesi durumunda profesyonel yöneticiler dahil idari personel kapasitesinin artırılması gerekmektedir.
- **Eğer kadrolu personel çalıştırılacaksa maaş düzeylerine karar verme:** Aslında bu oldukça zor bir konudur. Çünkü maaşların hastaneler tarafından belirlenmesi ciddi altyapı gerektirir. Örneğin, İngiltere bu konuda hastanelere yetki vermiş ancak altyapı yetersizliğinden dolayı birçok hastane merkezden belirlenen maaş cetvelini kullanmak zorunda kalmıştır. Alternatif olarak, merkezden belirlenen maaş cetveline ilave maaş miktarı hastaneler tarafından belirlenebilir, bir başka deyişle hastanelere maaşlar konusunda orta derecede yetki verilebilir.
- **Kapasitelerin ortak kullanımı:** Sağlık sektöründe özellikle ABD’de son yıllarda yaygın olarak kullanılan stratejilerden biri stratejik ortaklıktır. Hastaneler için zayıf pazarlarda rekabeti azaltma, yeni teknolojiye erişim, bilgi paylaşımı, hizmette dublikasyonu azaltma, verimlilik artışı gibi birçok avantaj sağlar. Dolayısıyla, hastaneler stratejik ortaklıklar oluşturarak dublikasyondan dolayı yaşanan verimsizlikleri azaltabilir. Buradan sağlanan tasarruflar uzman hekim ve hemşireleri cezbedecek maddi ve maddi olmayan motivasyon unsurlarına harcanabilir.
- **Hizmet içi eğitimler:** Hastaneler, mevcut hekim ve hemşirelerin bilgi ve becerilerini arttırmak ve daha verimli çalışmalarını sağlamak için hizmet içi eğitimlere önem vermelidir.

Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi: Hemşirelerin bölgeler arası dengesiz dağılımının azaltılabilmesi için uzun vadede sosyokültürel şartlar iyileştirilmeli; iyileştirilme orta vadede gerçekleşmişse, şartların devamı sağlanmalıdır.

2.3.3.3 GÖREV VE SORUMLULUKLAR:

Kısa vadede belirlenen politika seçeneklerinin uygulanmasından temelde SB sorumlu olacaktır. Bu dönemdeki politikalar ilave mali kaynağı da gerektireceğinden süreçte rol alacak aktörlerden biri de MB’dir. Hizmet içi eğitimler SB, sağlık kurumları ve eğitim kurumlarının işbirliği ile gerçekleştirilecektir.

Orta vadede, aile hekimliği politikası ve onun bir parçası olan desantralizasyon SB’nin sorumluluğunda İl Sağlık Müdürlükleri, Valilikler ve yasal merciler tarafından uygulanacaktır. Bu politikanın başarısı, yanlılığı azaltmak için sadece SB tarafından değil tarafsız araştırma kurumları tarafından da ölçülmelidir. Aile hekimliği uzmanı arzının artırılmasından SB ve eğitim kurumları sorumlu olacaktır. Görev tanımlarının revize edilmesinden eğitim kurumları ve sivil toplum örgütlerinin katkısı ile SB sorumlu olabilir. Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamından SB; uzman hekim arz ve istihdamı arasındaki tutarlılığın sağlanmasından SB, YÖK ve eğitim kurumları sorumludur.

Uzun vadede, aile hekimliği politikasının uygulanmasından SB'nin sorumluluğunda İl Sağlık Müdürlükleri, Valilikler ve yasal merciler; aile hekimliği uzmanı arzının artırılmasından SB, YÖK, eğitim kurumları ve MB; desantralizasyon politikasından, SB, yasal merciler, MB ve hastaneler sorumlu olacaktır.

2.3.3.4 KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ

Kısa vadeli hedeflere ulaşmak için belirlenen politika seçeneklerinin başarılı olabilmesi için iki kritik faktör dikkate alınmıştır:

1. Paydaşların (sağlık sektörü çalışanları, sivil toplum örgütleri ve eğitim kurumları) desteğini sağlamak için yakın iletişim,
2. İlave finansman gerektiren politikalar için yeterli finansmanın sağlanması.

Orta ve uzun vadeli hedeflere ulaşmak için belirlenen politika seçeneklerinin başarılı olabilmesi için önemli olduğu düşünülen kritik faktörler şunlardır:

1. Paydaşların (sağlık sektörü çalışanları, sivil toplum örgütleri ve eğitim kurumları) desteğini sağlamak için yakın iletişim,
2. Birinci basamakta uygulanacak aile hekimliği ve desantralizasyon uygulaması için İl Sağlık Müdürlüklerinde teknik kapasite yaratılması,
3. SB'nin desantralizasyonda değişecek rolünden dolayı merkez teşkilat bünyesinde yönetsel ve teknik kapasite yaratılması,
4. Tüm bunların uygulanması için yeterli finansmanın sağlanması.

Tablo 2.14: Hedefler, Politika Seçenekleri, Eylem Planı ve Kritik Başarı Faktörleri Özeti

Hedefler	Politika seçenekleri	Eylem planı	Kritik Başarı Faktörleri
<p>Kısa vade</p> <ul style="list-style-type: none"> İller arası uzman hekim ve pratisyen hekim dağılımındaki dengesizliği sırasıyla %12 ve % 15 azaltmak İller arası hemşire dağılımındaki dengesizliği % 15 azaltmak 	<ol style="list-style-type: none"> Mesai saatleri, çalışma koşulları Çalışan güvenliği Yeterli teknik donanım sağlanması Hemşireler için kariyer imkânı sağlanması Sözleşmeli hekim ve hemşire istihdamı Mecburi hizmet Hizmet içi eğitimler İşsiz hemşirelerin istihdamı Hemşireler için uygulanan nöbet muafiyetleri konusunun yeniden değerlendirilmesi İdari personel dağılımındaki dengesizliklerin azaltılması Çalışanın genel sağlık durumu 	<ol style="list-style-type: none"> SB, MB SB SB SB, MB SB, MB SB SB, Sağlık Kurumları, Eğitim Kurumları SB, MB SB SB SB 	<ul style="list-style-type: none"> Paydaşların (sağlık sektörü çalışanları, sivil toplum örgütleri ve eğitim kurumları vb) desteğini sağlamak için yakın iletişim Yeterli finansmanın olması
<p>Orta Vade</p> <ul style="list-style-type: none"> İller arası uzman hekim ve pratisyen hekim dağılımındaki dengesizliği sırasıyla % 20 ve % 25 azaltmak İller arası hemşire dağılımındaki dengesizliği % 25 azaltmak 	<ol style="list-style-type: none"> Aile hekimliği Desantralizasyon Görev tanımlarının revize edilmesi Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamı Aile hekimi uzmanı arzının artırılması Tele tıp 	<ol style="list-style-type: none"> SB, İl Sağlık Müdürlükleri, Valilikler, yasal merciler SB, Yasal Merciler, MB, hastaneler SB, YÖK, Eğitim Kurumları, MB SB, YÖK, SB SB 	<ul style="list-style-type: none"> Paydaşların desteğini sağlamak için yakın iletişim İl Sağlık Müdürlüklerinde teknik kapasite yaratılması SB'nin merkez teşkilat bünyesinde yönetsel ve teknik kapasite yaratılması Yeterli finansmanın olması

Tablo 2.14: Hedefler, Politika Seçenekleri, Eylem Planı ve Kritik Başarı Faktörleri Özeti (devam)

Hedefler	Politika seçenekleri	Eylem planı	Kritik Başarı Faktörleri
Orta vade (devam)			
<ul style="list-style-type: none"> İller arası uzman hekim ve pratisyen hekim dağılımındaki dengesizliği sırasıyla %20 ve %25 azaltmak İller arası hemşire dağılımındaki dengesizliği % 25 azaltmak 	18.Hizmet içi eğitimler 19.Uzman dağılım politikası ve istihdam politikası arasında tutarlılığın sağlanması 20.Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi 21.Ücretlendirme ve teşvik 22.Fiziksel koşullar 23.Sosyal olanaklar 24.Üst yönetimden memnuniyet 25.Kurum kültürü 26.Kurum dışı faktörler	18. SB, Sağlık Kurumları, Eğitim Kurumları 19. SB, MB 20. İlgili Bakanlıklar 21. SB, MB 22. SB, MB 23. SB 24. SB 25. SB 26. SB	<ul style="list-style-type: none"> Paydaşların desteğini sağlamak için yakın iletişim İl Sağlık Müdürlüklerinde teknik kapasite yaratılması SB'nin merkez teşkilat bünyesinde yönetsel ve teknik kapasite yaratılması Yeterli finansmanın olması
Uzun Vade			
<ul style="list-style-type: none"> İller arası uzman hekim ve pratisyen hekim dağılımındaki dengesizliği sırasıyla %40 ve %50 azaltmak İller arası hemşire dağılımındaki dengesizliği % 50 azaltmak 	27.Aile hekimliği 28. Aile hekimisi uzmanı arzının artırılması 29.Desantralizasyon: a. Sözleşmeli uzman hekim ve hemşire istihdamı b. Yeterli sayıda idari personel istihdamı c. Maaş düzeylerine karar verme d. Kapasitelerin ortak kullanımını e. Hizmet içi eğitimler 30. Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi	27. SB, İl Sağlık Müdürlükleri, Valilikler, yasal merciler 28. SB, YÖK, Eğitim Kurumları, MB 29. SB, Yasal Merciler, MB, hastaneler 30. İlgili Bakanlıklar	<ul style="list-style-type: none"> Paydaşların desteğini sağlamak için yakın iletişim İl Sağlık Müdürlüklerinde teknik kapasite yaratılması SB'nin merkez teşkilat bünyesinde yönetsel ve teknik kapasite yaratılması Yeterli finansmanın olması

Tablo 2.15: Kısa, orta ve uzun vadeli hedef önerileri, bu hedeflere ilişkin politika seçenekleri, fizibilitesi, sorumlusu, sorumlusu, kaynak ve değerlendirilmesi

HEDEF	POLİTİKA SEÇENEĞİ	FİZİBİLİTE	SORUMLU KİM?	KAYNAK	BAŞARI ÖLÇME	ARZULANAN SONUÇ
Atıl sağlık iş gücü kapasitesinin çalışmama nedenlerinin araştırılması ve özendiricilerin belirlenmesi	Hizmet Alımı	Oldukça uygulanabilir	SB			Atıl Kapasitenin ve istihdam seçeneklerinin tespiti
Farklı alanlarda çalışan sağlık iş gücünün kendi alanlarında çalışmasını sağlamak	Özendirme, unvan değişikliği sınavını sıklaştırmak, sınav formatında düzenlemeler yapmak,	Oldukça uygulanabilir	SB		Kendi alanında çalışan sağlık iş gücünün oranının artması	Kendi alanında çalışan sağlık iş gücünün oranının artışı
Sözleşmeli personel alımının devam etmesi	Mevcut politikaların devamı ancak çalışan haklarına ilişkin bazı düzenlemeler yapılması	Oldukça uygulanabilir	SB	Gerekirse kurumun döner sermayesi		
Denetim kapasitesinin güçlendirilmesi	Kurumsal performans sisteminin geliştirilmesi	Oldukça uygulanabilir	SB		Çalışan ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi	Verimli, etkin, hakkaniyete uygun hizmet

KISA VADE

Tablo 2.15: Kısa, orta ve uzun vadeli hedef önerileri, bu hedeflere ilişkin politika seçenekleri, fizibilitesi, sorumlusu, sorumlusu, kaynak ve değerlendirilmesi (devam)

HEDEF	POLİTİKA SEÇENEĞİ	FİZİBİLİTE	SORUMLU KİM?	KAYNAK	BAŞARI ÖLÇME	ARZULANAN SONUÇ
Mevcut ücret politikalarının gözden geçirilerek ödemeler konusunda içsel, dışsal ve bireysel eşitsizliğin giderilmesi	Hakkaniyet ilkesine dayalı ücret politikalarının geliştirilmesi, sektörel iş birliği	Uygulanabilirliği zayıf	Hükümet			
Hizmet içi eğitimlerin etkinlik ve verimlilik açısından hızla gözden geçirilerek müfredat oluşturulması ve sektörler arası standardizasyonun sağlanması, sertifikasyon sistemlerinin geliştirilmesi	Etkin bir eğitim yönetiminin sağlanması	Oldukça uygulanabilir	SB Merkez ve Taşra Teşkilatı			

KISA VADE (devam)

Tablo 2.15: Kısa, orta ve uzun vadeli hedef önerileri, bu hedeflere ilişkin politika seçenekleri, fizibilitesi, sorumlusu, sorumlusu, kaynak ve değerlendirilmesi (devam)

HEDEF	POLİTİKA SEÇENEĞİ	FİZİBİLİTE	SORUMLU KİM?	KAYNAK	BAŞARI ÖLÇME	ARZULANAN SONUÇ
ORTA VADE	Atıl sağlık iş gücü kapasitesini sektöre çekmek	Özendirici faktörleri dikkate alan bir istihdam modelinin belirlenmesi -sektörel iş birliği	SB		Sektöre kazandırılan sağlık iş gücü oranı	
	Personel eğitim envanterinin belirlenmesi	Mevcut verilerin derlenmesi ve analizi	SB			Sağlık iş gücü eksikliğini iç kaynaklardan karşılamak
	Sağlık çalışanları için sosyal tesislerin (kreş, misafirhane, kamp, eğitim ve dinlenme tesisleri) artırılması.	Bu konuda var olan mevzuatın hayata geçirilmesi	SB			
UZUN VADE	Sağlık iş gücünün iş ortamı koşullarının iyileştirilmesi					

2.3.4 ANA MESAJLAR

- İncelediğimiz sorunların ana nedenlerinin pek çok alanda iş gücü yetersizliğinden ve kalifiye personel azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.
- Bakanlığın personel yönetiminden iş gücü yönetimi anlayışına geçmesi önerilmektedir.
- Objektif ve sistematik bilgiye ulaşımında geçerlilik ve güvenilirliği olan anketler, iş yükü analizleri ve maliyet analizlerinin yapılabilmesi için uygun bir yapılanmaya gidilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Kurum bazında da iş gücü bölümlerinin kurulması ve çalışanların özlük, tayin, atama gibi işlerinin dışında eğitim, kariyer planlama, kaynak planlama ve iş analizleri gibi faaliyetlerin bu birim tarafından yürütülmesi önerilmektedir. Bu işlevlerin yanı sıra çalışanların motivasyonuna, kuruma ve işe bağlılığına, cazip iş ortamı yaratılmasına destek olabileceği düşünülmektedir.
- İyi uygulamaların teşvik edilmesini sağlayacak kıyaslama ve ödüllendirme yöntemlerinin geliştirilmesi
- İş gücü göçü konusunda orta ve uzun vadede fırsat ve tehditlerin tespit edilmesi önerilmektedir.
- Arzı artırarak dengesizliği azaltma politikası, mevcut veriye dayalı olarak, aile hekimliği politikasından dolayı aile hekimi uzmanlığı için kaçınılmaz görünmektedir.
- Diğer uzman hekimlerin, pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin dağılımındaki dengesizliği azaltmak için, öncelikle mevcut personelin verimliliğini artırmaya yönelik politika seçeneklerine odaklanılmalıdır. Bu anlamda özellikle aile hekimliği, desantralizasyon ve görev tanımlarının revize edilmesi, sorunun azaltılmasında önemli katkı sağlayabilecek politika seçenekleri olarak düşünülmeli ve mevcut girişimler dikkatle ve kararlılıkla sürdürülmelidir.
- Geliştirilen politika seçenekleri ne kadar “rasyonel” olursa olsun, bunların hayata geçirilmesi ve özellikle sürdürülebilirliği her zaman mümkün olmayabilir. Hedeflenen politika önerilerinden radikal sapmaları minimuma indirmek için paydaşların desteği kritiktir. Bu nedenle, dengesizlikler konusunda mücadele edebilmek için paydaşlarla etkili iletişim mekanizmaları oluşturulmalıdır.
- Döner sermaye gelirlerinden hazineye aktarılan payın düşürülmesi ile belli bir düzeyde ek kaynak elde edilebilecektir, böylece bu kaynaklardan personel istihdamı sağlanacak ve mevcut hizmetlerin kalitesi de artırılacaktır.
- Sağlık iş gücünün bölgelerdeki talebe göre dağıtılması, özellikle kırsal bölgelerde başta hekimler olmak üzere diğer sağlık iş gücünün istihdamını sağlayacak ücret politikalarının ve özendiricilerin geliştirilmesi önerilmiştir.
- Ayrıca ek ödemelere verilen önem yanında temel maaşa da önem verilerek emeklilik koşullarının da iyileştirilmesi gerekmektedir.

- Yerel yönetimlerin (özellikle Büyükşehir Belediyelerinin) ve İl Özel İdarelerinin imkânlarından yararlanılabilir.
- Kırsal bölgelerde gezici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile finansal açıdan bir etkililik sağlanabilir.
- Hizmet içi eğitim, halk eğitimi ve uzaktan eğitimlerin gerek planlama gerekse uygulama aşamasında finansal kaynak olarak sponsorlardan daha fazla yararlanılabilir.
- Gerek yönetim-destek gerekse klinik hizmetlerde maliyet-etkililik analizi yapılarak, uygun görüldüğü takdirde dış kaynak kullanımı yoluna gidilebilir.
- Uygulanan kurumsal performans ek ödeme sisteminin geliştirilmesi ile iş barışını düzelterek şekilde standardizasyonu sağlanabilir.
- Performansa dayalı ödemelerde (üniversiteler dahil kamu) gerekli denetim kapasitesi geliştirilmelidir.
- Mesleki olarak atıl sayılabilecek sağlık personeli bulunmaktadır. Dolayısıyla iş tanımları yeniden gözden geçirilerek iş gereklerine uygun atamalar yapılabilir. Hekimlerin ve diğer yardımcı sağlık personelinin sahaya dönmelerini sağlamak amacıyla bazı özendiriciler bulunabilir. Başka sektörlerde kayan ya da aktif olarak çalışmayan sağlık iş gücünün çalışmasını özendirici reklamlar yapılabilir ve emeklilik koşullarının iyileştirilmesi ile sisteme dahil olmaları sağlanabilir.
- Genel olarak özel sektörün sağlık iş gücüne ait verilere ulaşacak önlemler alınmalıdır.
- Sağlık çalışanları için cazip iş ortamının sağlanması amacıyla döner sermaye, genel bütçe ve yerel yönetimlerin kaynaklarından yararlanılması düşünülebilir.

2.4 ÇALIŞTAY DEĞERLENDİRİLMESİ KONUSUNDA ULUSLARARASI DANIŞMANLARDAN GELEN GERİ BİLDİRİMLER

Aşağıda belirtilenler, kolaylaştırıcıların çalıştay sonunda katılımcılarla paylaştıkları sonuçların bir özetini vermektedir. Sonraki bölümde ise, çalıştay boyunca gerçekleştirilen tartışma ve yorumlara yönelik izlemenin yapılabilmesi için gereken bir dizi öneriden oluşan bir liste yer almaktadır.

Sonuçlar ve Öneriler:

- Çalıştay, veri toplamanın standartlaştırılması ve farklı veri toplama kurumları arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi yoluyla giderilmesi gereken bilgi eksiklikleri ve tutarsızlıklarına işaret etmiştir.
- Politika oluşturma sürecine bilgi sağlanması amacıyla veri ve kanıtlardan daha fazla yararlanılması amacıyla iyi bir analiz kapasitesinin oluşturulması gerekmektedir: istatistiksel analiz, politika oluşturma ve araştırma.

- Diğer bir önemli gereklilik ise sağlık işgücünün nitelik ve niceliğinden sorumlu olan finansman, planlama, istihdam, eğitim ve düzenleyici kurumlar arasındaki bağların ve işbirliğinin (eşgüdümü) güçlendirilmesidir.
- Politika değişikliği, ulusal düzeydeki paydaşların sistematik katılımı ile desteklenecektir.
- Çeşitli politika önerilerine ilişkin olası maliyetlerin tanımı orta vadeli harcamalar çerçevesinde yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu bağlamında yönetim kapasitesinin iyileştirilmesi gerekecektir.
- İşgücü verimliliğinin artırılması ve erişimde hakkaniyetin sağlanması amacıyla işgücü dengesizlikleri ve işsizlik düzeylerinin meslek gruplarına ve bölgelere göre hızlı, sistematik ve nesnel bir şekilde değerlendirilmesine öncelik verilmelidir.
- Değerlendirilmesi gereken sonraki adımlar ise, SAİK Mevcut Durum Analizi Raporu ile bu çalıştay Raporunun birleştirilmesi, daha üst düzey bir politika semineri düzenlenmesi ve seçilen bir dizi kilit noktalardaki görevlilere SAİK politikası geliştirme konusunda teknik bir kurs verilmesidir.

Özet olarak, SAİK konuları karmaşık bir yapıda olup bu konuların kapsamlı bir şekilde ele alınması son derece zordur. Çalıştayı katılımcıları anlamlı görüş ve öneriler dile getirmiş olup şimdi tüm bu görüş ve önerilerin yeniden tanımlanması ve kullanılması gerekmektedir. Bu görüş ve öneriler SAİK politikası oluşturulmasına son derece önemli ve yararlı katkılar sağlamıştır. Yapılan değerlendirme konuların belirlenmesine yoğunlaşmış ancak bir sonraki adımı oluşturacak olan politika seçeneği önerilerini görüşe açık olarak bırakmıştır.

Çalıştayı izlenmesine yönelik çalışmalar:

Çalıştayı sırasında Türkiye’de SAİK’ e ilişkin sorunlar ve çözüm önerileri üzerinde durulmuş, sürecin çok dinamik olması nedeniyle bunlardan bazıları çalıştayı sonrasında bunlardan bazılarında değişiklikler olmuştur. Örneğin çalıştayı sırasında istihdam edilemeyen sağlık personelinin (özellikle hemşire) üzerinde durulmuş, fakat SB, 30.05.2007 tarihinde toplam 32.449 sağlık personeli alınacağını ilan etmiştir. Çalıştayı sırasında fasilitatörler, çalışmanın başarı ile tamamlanmasına yönelik olarak devamlılık ve zenginlik sağlayacak bir dizi faaliyet önerisinde bulunmuştur. Bunlar:

- Veri tabanlarının eşleştirilmesi: mevcut verilerin belirlenmesi ve tanımlanması, geçer, güvenilirlik ve erişilebilirliklerinin değerlendirilmesi.
- Düzenleyici bir ortam yaratılması.
- Politik ortamın yaratılması, SAİK konularıyla ilgili olarak farklı gruplar tarafından yapılmakta olan çalışmaların eşleştirilmesi.

- Sağlık sektöründe aktif rol oynayan eğitim kurumları ile programlarının eşleştirilmesi.
- Ödeme oranları, çalışma saatleri, kamu ve özel sektördeki farklı sağlık mesleklerine yönelik diğer teşviklerin belirlenmesi; karşılaştırılabilir mesleklerle karşılaştırma yapılması.
- Nüfus bilgilerine (mümkünse uzmanlığa göre cinsiyet, yaş ve sağlık mesleklerinin yapısına dair) ve ülkenin sağlık politikasına dayalı sağlık işgücü gereklerinin ve projeksiyonlarının değerlendirilmesi.
- Akademik çalışmaların toplanması ve sentezlenmesi: tezler, incelemeler, araştırma raporları, devlet yayınları, uluslararası kurumlar, Sivil Toplum Örgütleri.
- Yayınlanan literatürün gözden geçirilmesi.

Ek-1: Dünya Bankası Tarafından Yapılan Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı Değerlendirme Raporu.

“Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı“ 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Çalıştaya katılan 91 katılımcıdan 54’ü Dünya Bankası’nın hazırlamış olduğu Değerlendirme Formları ile %59 oranda kursun değerlendirilmesi sürecine iştirak etmiştir.

Katılımcılardan 41 kişi aktivitenin hepsine katılarak %76 oranında, 12 tanesi ise çoğuna katılarak %12 oranında, sadece 1 tanesi yarısından azına katılarak %2 katılım sağlamıştır. Katılımcı profiline bakıldığında 53 katılımcıdan 34 tanesi %64’si erkek ve 19 tanesi %36’sı kadın olduğu ve katılımcılar arasında Dünya Bankası çalışanı bulunmadığı görüldü.

Katılımcılar Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı’nı ortalama %78 oranında halen çalışmakta oldukları iş ile bağlantılı bulduklarını; ortalama %56 oranında kendileri için yeni olan bilgiler öğrendiklerini; öğrendikleri bilginin ortalama %61 oranında yararlı olduğunu; bu aktivitenin gerçekten öğrenmeleri gerekene ortalama %46 oranında odaklandığını; aktivite içeriğinin daha önceden bildirilen ile ortalama %61 oranında uyduğu ve genel olarak aktivitenin ortalama %83 oranında faydalı olduğunu ifade ettiler.

Sonuç olarak katılımcılar %78 oran ile çalıştay konularını halen çalışmakta oldukları iş ile bağlantılı olarak bulmuşlardır bu da konuların isabetli olarak seçildiğini göstermektedir. %56 oranında kendileri için yeni bilgiler öğrendiklerini ifade ettiklerinden çalıştay konularının yeterince güçlü ve detaylı olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar öğrendikleri bilgilerin %61 oranında kendileri için yararlı olduğunu ifade ettiklerinden konuların içeriğinin Türkiye’deki uygulamalar için faydalı olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar bu aktivitenin gerçekten öğrenmeleri gerekene %46 oranında odaklandığını ifade ettiklerinden katılımcıların bu genel bakış açısına yeterince hakim olduklarından içeriğin şahısları yeterli düzeyde tatmin etmediği görülmektedir. Aktivitenin içeriğinin daha önceden bildirilen ile %61 oranında uyduğu belirtildiğinden çalıştay içeriği ile bildirilen genel çerçevenin yeterince tutarlı olduğu görülmektedir. Genel olarak aktivitenin %83 oranında faydalı olduğu ifade edildiğinden bu çalıştayın faydalı olduğu görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Sağlık 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006, Ankara.
2. Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, Ankara.
3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, 2003, Ankara.
4. Aktif Çalışan Personel Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, 15 Nisan 2007.
5. 2002 Çalışma Yıllığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, www.saglik.gov.tr, 2007.
6. 2002 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, www.saglik.gov.tr, 2007.
7. 2006 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, www.saglik.gov.tr, 2007.
8. AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesi'ni TBMM Genel Kurulu'na Sunuş Konuşması, Aralık 2006 Ankara.
9. 2006-2007 Öğretim Yılı İstatistikleri, Yüksek Öğretim Kurulu Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi, www.osym.gov.tr, 2007.
10. 2006-2007 Eğitim Öğretim Yılında Sınıf ve Alanlara Göre Öğrenci Sayıları, Milli Eğitim Bakanlığı, <http://sdb.meb.gov.tr/istatistik.html>, 2007.
11. 2001-2007 Öğretim Yılı İstatistikleri, Yüksek Öğretim Kurulu Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi, www.osym.gov.tr, 2007.
12. Sağlık 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005, Ankara.
13. Sağlık 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005, Ankara.
14. Sözleşmeli Personel Alımına İlişkin İlan, T.C. Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr, 30 Mayıs 2007-07
15. Düzce İli Aile Hekimliği Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006.
16. Aktif Çalışan Personel Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, 15 Aralık 2006.
17. Regional office for Europe, European health for all database, WHO, www.euro.who.int/hfad, 2007