

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN KAYNAKLARI SİSTEMİNİN İNCELEMESİ

Şirin ÖZKAN\*  
Mert UYDACI\*\*

### Özet

Türkiye'de sağlık sisteminde son 10 yılda sağlık insan gücü alanında önemli değişimler gerçekleşmiştir. Bu çalışmadaki amacımız; Türkiye'deki sağlık insan gücüne ilişkin mevcut işgücü düzeyini, sağlık işgücü finansmanını, sağlık işgücü eğitim durumunu ve dağılımını ortaya koyarak son yıllarda bu alanda gerçekleştirilmiş olan değişimleri veriler doğrultusunda incelemektir.

Türkiye'de sağlık personeli sayısı yetersiz olup dengesiz dağılımı söz konusudur. Sağlık personelinin sayısal yetersizliğini gidermeye yönelik tıp fakültesi, hemşirelik yüksek okulları, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri öğrenci kontenjanları arttırılmıştır. Buna paralel öğretim elemanı sayısı da arttırılmıştır. Sağlık insan gücü dağılımı açısından bölgelerarası dengesizliği gidermeye yönelik sözleşmeli personel alımı, mecburi hizmet uygulaması, vekil hemşire ve ebe alımı gibi uygulamaları gerçekleştirilmiş ancak dengesizliğin giderilmesinde yeterli olmamıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, aile hekimliği sistemi ve kamu hastane birlikleri uygulamaları sağlıkta insan kaynaklarını etkileyen önemli değişimler olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta İnsan Kaynakları, İnsan Kaynakları Planlaması, İnsan Kaynakları.

## ANALYSIS OF HUMAN RESOURCES SYSTEM IN HEALTH SECTOR IN TURKEY

### Abstract

Important changes have taken place in health system in Turkey in the last 10 years. The aim of this study is to put out current human resources for health in terms of quantitative adequacies, financing, training, administration and balanced distribution. Also changes have been carried out in recent years in Turkey related human resources for health will be dealt with data.

\* Kocaeli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Proje Koordinasyon Birimi Sorumlusu, Dr.

\*\* Marmara Üniversitesi, SBMYO Pazarlama ve Reklamcılık Bölümü, Öğretim Üyesi. Prof. Dr.

Health personel number is inadequate and there is unbalanced distribution in Turkey.. Student quota of medical school, nursing school, dental and pharmacy faculties were increased to overcome numerical inadequacy of health personnel. Parallel to this the number of teaching staff has been increased. To reduce regional imbalances of health workforce, some applications like under contract staffing, mandatory service for doctors, contracted nurses and midwives have been carried out but it is not adequate to eliminate the imbalance. Applications on performance-based additional payment system, family doctor system and public hospital associations are considered as major changes affecting human resources.

**Keywords:** Human Resources for Health, Human Resource Planning, Human Resource.

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin hızlı değişen yapısı içerisinde hizmetlerinin sunulması ve planlanmasının önemi gittikçe artmaktadır. Teknolojideki hızlı gelişmeler, sağlık hizmetleri maliyetlerinin ve ülkelerin genel bütçelerinden sağlığa ayrılan payın gittikçe artması, bilişim sektöründeki gelişmelere paralel bireylerin sağlık talepleri konusunda bilinçlenmiş olması, sağlık politikalarının gerçekçi temeller üzerine kurulması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkinliği, verimliliği, ulaşılabilirliği ve uygulanabilirliği, öncelikle sağlık çalışanlarının üretkenliğine, hizmetlerin teknik ve sosyokültürel kalitesi ile kurumsal istikrarına bağlıdır [1]. Sağlık insan kaynakları bir ülkede sağlık sisteminin kalbi, en önemli yönü ve sağlık politikalarında ciddi bir bileşen olarak tanımlanmaktadır [2]. Sağlık çalışanlarının performansı; personel sayısını, personelin özelliklerini, yerleştirilmelerini ve çalışma koşullarını belirleyen politikalar ve uygulamalar tarafından belirlenmektedir [3].

Politikaların başarılı olması ve sağlık hizmetleri sunumunda amaçlanan hedeflere ulaşılmasını sağlayan en önemli üretim faktörü sağlık insan kaynaklarıdır [1-2]. Sağlık insan gücünün etkin ve verimli kullanılabilmesi için sağlık insan kaynakları planlamasının iyi yapılmış olması gerekir [4]. Sağlıkta insan kaynaklarını etkileyen karmaşık faktörlerin etkilerini kontrol altında tutabilmek için, stratejik planlama gereklidir. Birçok ülkede görülen sağlık çalışanlarının kronik dengesiz dağılımların nedeni geçmişte uygulanan teknokratik planlamaların etkisiz olmasıdır [3]. Son yıllarda sağlıkta insan kaynakları planlaması, sağlık insan gücü sayısal yetersizliği, dengesiz dağılımı, uluslararası göçü ve bu alandaki politika uygulamaları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün üzerinde önemle durduğu konulardandır [5].

## II. YÖNTEM

Çalışmada sağlık insan kaynaklarına ilişkin ulusal ve uluslararası veri kaynakları incelenmiştir. Toplanan veriler frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. Sağlık insan gücü sayısı ve niteliği, eğitimi, finansal durumu, dağılımı ve yönetimine ilişkin sayısal veriler, bilgiler elde edilmiştir. Elde edilen verilerin karşılaştırılmasında YÖK, Maliye Bakanlığı, DSÖ ve OECD verileri kullanılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık insan kaynakları sistemi inceleme ve politika geliştirme çalışmasında sağlık insan kaynakları sisteminin sayı, dağılım, eğitim, finansman ve yönetim kapasitesi yönünden incelenmesi önerilmiştir [6]. Bu doğrultuda çalışmamızda da Türkiye'deki sağlık insan kaynakları mevcut durumu sağlık insan gücünün sayısı, türü, dağılımı, eğitimi, finansmanı ve yönetimi başlıklarında incelenerek, bunları etkileyen değişimler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

### III. BULGULAR VE TARTIŞMA

#### III.1. Sağlık İnsan Kaynaklarının Sayısı ve Türü

Türkiye'de 2013 yılı sonu itibariyle 133.775 hekim bulunmaktadır. Hekimlerin % 55'si (73.886) uzman hekim, % 29'u (38.572) pratisyen hekim ve % 16'sı (21.337) asistan hekimdir. Tablo 1'de Türkiye'deki uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim, hemşire ve ebe sayısı Sağlık Bakanlığı, tüm üniversiteler ve özel sağlık sektörünü kapsayacak şekilde gösterilmiştir.

**Tablo 1. Türkiye Sağlık Personeli Sektörlere Göre Dağılımı, 2013**

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer*	Toplam	100.000 Kişiyeye Düşen Sağlık personeli
Uzman Hekim	35.081	14.911	22.735	1.159	73.886	124
Asistan Hekim	7.814	13.179	0	324	21.317	
Pratisyen Hekim	32.601	222	5.731	18	38.572	50
<b>Toplam Hekim</b>	<b>75.496</b>	<b>28.312</b>	<b>28.466</b>	<b>1.501</b>	<b>133.775</b>	<b>174</b>
<i>Hekim Sektöre Göre %</i>	<i>% 57</i>	<i>% 21</i>	<i>% 21</i>	<i>% 1</i>	<i>100</i>	
Hemşire	93.700	21.302	21.841	2.701	139.544	252
Ebe	48.694	788	3.877	68	53.427	
<i>Hemşire+Ebe Sektöre Göre %</i>	<i>% 75</i>	<i>%11</i>	<i>% 13</i>	<i>% 1</i>	<i>100</i>	
Diş Hekimi	7.997	967	13.151	180	22.295	29
Eczacı	2.067	291	24.589	65	27.012	35
Diğer Sağlık Personeli	96.391	11.093	26.393	611	134.488	175

\*Diğer kamu kurumları ve yerel idarelerde çalışan sağlık personeli sayılarını içermektedir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2013

Türkiye’de hizmet sunumu ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Buna paralel olarak da hekimlerin % 57’si ve hemşire ile ebelerin % 75’i Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilmektedir. Sağlık Bakanlığı birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de başlıca işverendir [3]. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı sağlık insan kaynakları konusundaki politikaları düzenleme, uygulama ve denetlemede en büyük role sahip kurumdur.

Ülkemizde uzman hekim sayısı pratisyen hekim sayısından fazladır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, hizmette eşitliğin sağlanması için talebin birinci basamağa çekilmesi konusunda pratisyen hekim sayısı ile birlikte birinci basamak sağlık çalışanlarının teknik ve algılanan kalitelerinin artırılması yönünde çalışmalar yapılması gerekliliği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir değişim gerçekleştirilerek 2005 yılında Aile Hekimliği Sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Beş yıl içerisinde 2010 yılından bu yana ülkenin tamamında, 81 ilde uygulamaya geçilmiştir [9].

Aile hekimliği uygulaması, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği hekimler ile yürütülmesi ve aile üyelerinin sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve düzeltilmesinde hekim ile ekibinin rollerini gerçekleştirmesi esasına dayalı bir uygulama olması hedeflenmiştir. Aynı zamanda etkili bir sevk zinciri kurulabilmesi için hastanın güvendiği, kendi seçtiği bir doktordan birinci basamak sağlık hizmeti alması amaçlanmıştır. Aile hekimi olarak çalışan hekimlerin eğitimlerine önem verilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitiminde ilk aşamada kısa süreli uyum eğitimi ikinci aşamada ise mesleki bilgilerin geliştirilmesini hedefleyen uzun süreli bir eğitim olarak planlanmıştır [7].

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde (25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı) aile hekimliği birimi, bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı olarak belirtilmiştir [8]. Aile sağlığı elemanı ise aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru olarak tanımlanmıştır. Aile hekimi ile çalışan sağlık personeline “aile sağlığı elemanı” isminin verilmesi benimsenmemiş olmakla birlikte sağlık meslek örgütleri (tabip, hemşire ve ebe)’nin tepkilerine neden olmuştur.

Aile Hekimliği Uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim sayılarının artmasına neden olmuştur. Tablo 2’de görüldüğü üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim sayısı son 5 yıl içerisinde artmıştır. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan toplam hemşire ve ebe sayısı 2008 yılında 37.962 iken 2013 yılında 18.788’e düşmüştür. Toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebe sayısı dâhil edildiğinde bile koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire sayısı % 50 azalmıştır.

**Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel Sayısı**

Meslek Grubu	Yıllar	Birinci Basamak		İkinci Basamak	Diğer Kurumlar
	Yıllar	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği Birimi	Hastaneler	
Uzman Hekim	2008	68	22	24920	876
	2013	-	1215	32339	1527
Pratisyen Hekim	2008	13371	4588	8459	3.481
	2013	-	19960	5745	6896
Hemşire	2008	11225	2.647	51443	4707
	2013	-	6642	75417	11641
Ebe	2008	18.577	5513	17194	2316
	2013	-	12146	23920	12628

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2008, 2013

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanları ihtiyacını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada 2013 yılı verilerine göre Türkiye'deki illerin % 77'sinde aile sağlığı elemanları sayısının yetersiz olduğu bulunmuştur. Ayrıca ülke genelinde yapılan hesaplamalar aile sağlığı elemanlarının aile hekimlerinden daha fazla iş yüküne maruz kaldığını gözlenmiştir. Türkiye genelindeki mevcut aile sağlığı elemanları sayısı 19.527, iş yüküne dayalı ihtiyaç 25.920'dir. Bu durumda aile sağlığı elemanları açığı 6.393'tür. İş yüküne dayalı olarak hesaplanmış aile sağlığı elemanları ihtiyacının aile hekimleri ihtiyacından yaklaşık % 12 daha fazla olması gerektiği bulunmuştur. Nüfusa dayalı norm kullanıldığında ise ihtiyaç duyulan aile sağlığı eleman sayısı ile aile hekimi sayısına eşit olması yeterlidir [9].

Birçok ülkede sağlık sistemleri reformlarının başarısını etkileyen en önemli bileşeni sağ-lıkta insan kaynakları konusu olmuştur [1, 2, 10]. Gürcistan'da yapılan ulusal aşılama programında düşük aşılama oranı nedenleri arasında zayıf sağlık hizmetleri sistemi ile birlikte en önemli neden olarak insan kaynaklarındaki yetersizlikler olduğu gözlenmiştir [11]. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde insan kaynakları yoğunluğun önemini incelemeye yönelik 117 ülke kapsayan ve DSÖ verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada sağlık insan kaynaklarının anne ölüm oranı, yeni doğan ölüm oranı ve 5 yaş altı ölüm oranlarına etkisi incelenmiştir. Sağlıkta insan kaynakları yoğunluğunun anne ölüm oranı, yeni doğan ölüm oranı ve 5 yaş altı ölüm oranlarını önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir. İyi yetişmiş sağlık personeli risk altındaki annelerde meydana gelebilecek hastalıkları tespit etmede daha iyi olabileceği, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için sağlık insan kaynakları yatırımların artırılması önerilmiştir [12].

**Tablo 3: Yıllık Kişi Başı Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarına Müracaat Sayısı**

Sağlık Kurumları	2002	2006	2008	2010	2012	2013
Birinci Basamak	0,90	1,73	2,45	2,7	3,1	2,9
İkinci Basamak (SB+Üni+Özel)	1,88	3,13	3,83	4,11	5,1	4,9

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013

Türkiye’de hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine talebi daha fazladır (Tablo 3). 2013 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerine yıllık kişi başı müracaat sayısı 2,9 iken ikinci basamakta 4,9’dur. Mevcut sistemde ikinci basamak sağlık hizmetlerine talebi azaltabilme mekanizmaları düşünülürken, birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması yanında sağlık ekonomisi ilkelerinden ‘arzın talep yaratması’ konusu üzerinde durulabilir. Sağlık hizmeti sunan hekim ile hizmeti alan hasta arasındaki bilgi asimetrisinden dolayı ilk başvuru hariç hastanın ihtiyacına ve talebine hekim karar vermektedir. Yani hekimin yüksek karar gücü “arzın kendi talebini yaratması” ekonomi ilkesini sağlık sektöründe geçerli kılmaktadır. Arz olarak kabul edilen yatak veya hekim beraberinde talebi (hastayı) de getirir [13]. Tablo 1’de de görüldüğü gibi Türkiye’deki 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının 124; pratisyen hekim sayısının 50 olduğu düşünülürse arzın fazla olduğu yönde talebin kaymış olması normal kabul edilebilir. Talebin birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi amacıyla aile hekimliği sistemi kapsamında pratisyen hekim ve aile hekimi sayısının artırılması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak aile hekimliği sisteminde sağlık çalışanların sözleşmeli personel statüsünde geçirilmiş olması ve her yılsonunda sözleşme yenilemek zorunda olmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamında ciddi belirsizliklerle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle aile hekimli sistemi sağlık çalışanları açısından çalışma koşullarını zorlaştırmış ve iş güvencesini azaltmıştır.

2005 yılında pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif çalışan sağlık personeli sayısını arttırmış ve Tablo 4’te görüldüğü üzere birinci basamak kuruluşlarından sevk oranını 2006 yılındaki % 6,4’lük sevk oranını 2013 yılında % 3,0’e inmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilen hasta oranının azalmış olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulduğu şeklinde yorumlanabilir.

**Tablo 4: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı**

	2002	2006	2008	2010	2012	2013
Birinci Basamak Sevk Oranı (%)	16,7	6,4	1,3	0,4	2,1	3,0

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013

Son 10 yıllık süreçte sağlık personelinin sayısında izlenen artışlar ve 100.000 kişilik nüfusa düşen sağlık iş gücü sayısı Tablo 5’te gösterilmiştir.

**Tablo 5: Türkiye’de sağlık iş gücü ve 100.000 kişiye düşen iş gücü sayısı, 2002-2013**

		Hekim Toplam	Uzman Hekim	Asistan Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe
Personel Sayısı	2002	95.190	43.660	13.454	38.076	17.108	22.322	79.059	41.513
	2013	133.775	73.886	21.317	38.572	22.295	27.012	139.544	53.427
1000 kişiye düşen Pers. Sayısı	2002	137	82	55	24	32	173		
	2013	174	124	50	29	35	252		

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013

Yıllar içerisindeki değişime bakıldığında sağlık personelinin sayısında artışlar görülmektedir. Sağlık personelinin sayısında artışlar olmasına rağmen Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı OECD ve Avrupa Bölgesi ülkelerine göre hala oldukça düşüktür. Tablo 6’da OECD Avrupa Bölgesi ülkelerindeki 100.000 kişiye düşen bazı sağlık personeline ilişkin rakamlar verilmiştir.

**Tablo 6: Türkiye ve OECD Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Personel Sayısı**

	100.000 Kişiye Düşen					Kişi Başı Hekime Müracat Sayısı (Yıllık)	Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	Kişi Başı Sağlık Harcaması (2012) (ABD,\$)
	Hekim	Hemşire ve Ebe	Diş Hekimi	Eczacı	Hastane Yatağı			
Türkiye	174	252	29	35	264	8,2	5,4	981
DSÖ Avrupa	331	805	50	51	530	7,3	9,0	2311
OECD	294	869	58	84	540	6,7	9,3	3484

Kaynak: WHO Statistical Information System,2014; SB İstatistik yılı, 2013

Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 174 iken, DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması 331 ve OECD ortalaması 294’dür. Hemşire sayısında ise 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye’de 252; DSÖ Avrupa bölgesinde 805 ve OECD ülkeleri ortalamasında ise 869’dur. Doktor sayımız diğer ülkelerin yarısı hemşire sayımız ise üçte birinden daha azdır. Başarılı sağlık hizmeti sunumu için yeterli sayıda klinik personelin olması gerekmektedir. İnsan kaynakları yetersizliği giderilmelidir [14]. Sağlık Bakanlığı sağlık personeli sayısını arttırmaya yönelik 4/B’li sözleşmeli personel alımı, sözleşmeli personel alımı, vekil hemşire ve ebe alımı gibi uygulamaları denemiştir [15].

### III.2. Sağlık İnsan Kaynakları Dağılımı

Ülkeler içinde sağlık personelinin dengesiz dağılımı dünyada yaygın, uzun süredir devam eden ciddi bir problemdir. Zengin ve yoksul tüm ülkeler, kentsel ve sosyoekonomik düzeyi daha iyi olan yerlerde daha çok sağlık personeli bulunduğunu belirtmektedirler [16]. Türkiye için de benzer durum geçerlidir. Sağlık insan gücünün iller arası ve bölgeler arası kişi başına düşen sağlık personeli incelendiğinde dağılımda dengesizlikler olduğu görülmektedir.

Mevcut veriler Türkiye’de sağlık iş gücünün dengesiz dağılımında kültürel ve ekonomik nedenlerin etkili olduğuna işaret etmektedir. 2013 verileri doğrultusunda tüm Türkiye geneline bakıldığında 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı en yoğun olduğu bölgede (Doğu Karadeniz) 59 iken, en az olduğu bölgede (İstanbul) 34’tür. Uzman hekimler açısından ise dağılım dengesizliği daha büyük olup 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı yine en yoğun olduğu bölge Batı Anadolu 159 iken, en az olduğu Güneydoğu Anadolu bölgesi 62’dir. Hemşire ve ebe dağılımına bakıldığında ise 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı en fazla Doğu Karadeniz de 343 iken, en az olduğu İstanbul bölgesinde 184’tür [17].

Sosyal, kültürel ve mesleki avantajlar nedeniyle kentsel alanlar sağlık görevlilerine daha cazip gelmektedir. Büyük şehir merkezleri sağlık çalışanlarına ve ailelerine daha iyi kariyer ve sosyal imkânlar sundukları için kişiler gelişmiş bölgelerde yaşamayı tercih etmektedir [16]. Türkiye de yapılan bir araştırmada hekimler az gelişmiş bölgelere gitmek istemesinin öncelikli iki nedeni olarak; bölgede sosyal ve kültürel imkânların sınırlı olması ile mesleki gelişim ve eğitim olanaklarının olmamasını göstermişlerdir. Hekimleri memnun eden en önemli konu ise hekimlik mesleğinin hekime, bölgede daha saygın ve prestijli bir konum sağlaması olduğunu belirtmişlerdir [18].

Sağlık insan gücü dağılımı açısından bölgelerarası dengesizlik Türkiye için önceki yıllarda daha büyük bir sorun iken son yıllardaki planlama politikalarında gerçekleştirilen 4/B’li sözleşmeli personel alımı, sözleşmeli personel alımı, mecburi hizmet uygulaması, vekil hemşire ve ebe alımı gibi uygulamalar dengesizliğin azalmasında etkili olmuştur. Sağlık Bakanlığı az gelişmiş bölgelerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısını gidermek amacı ile teşvik edici sözleşmeli personel istihdamı uygulamasını başlatılmıştır. Özellikle hekim dışı sağlık personeli açısından bu bölgelerde istihdam sağlanmıştır. Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmeler sonucunda sözleşmeli personel alınmıştır. Sözleşmeli personel kadrosunun içinde hemşire, acil tıp teknisyeni ve ebeler yer almaktadır [19].

2005 yılında yayımlanan 5413 sayılı kanun ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye eklenen ek Madde 3 ile “Kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36’ncı maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Kanunun 4’üncü maddesinin (B) fıkrasına tabi sözleşmeli personel çalıştırılabileceği” belirtilmiştir. Buna göre 2011 yılında 4/B Döner Sermaye ve 4/B Genel Bütçe’de istihdam edilen bazı sağlık personeli kategorileri Tablo 7’de verilmiştir.



**Tablo 7. 657 Sayılı Kanunun 4/B Maddesine Göre İstihdam Edilen Sağlık Personeli**

Ünvan	2011 yılı Aralık	
	4/B Döner Sermaye	4/B Genel Bütçe
Diş Hekimi	9	467
Ebe	2	1037
Hemşire	100	6540
Sağlık Memuru	37	3912
Sağlık Teknikeri	22	2119
<b>Toplam</b>	<b>170</b>	<b>14.075</b>

Kaynak: Sayan, İ.Ö., Küçük, A. (2012) Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt :67-1, 2012, [20].

Hekimler için sözleşmeli ve ilave ücret politikalarıyla istihdam gerçekleştirmeye çalışılmış ancak istenen başarı elde edilemeyince Devlet Hizmeti Yükümlülüğü (zorunlu hizmet uygulamasına) yürürlüğe konmuştur. 5371 sayılı ve kabul tarihi 21.6.2005 olan kanun ile tıp fakültesinden mezun hekimler gidilecek bölgenin gelişmişlik düzeyine göre 300 günden başlayarak 600 iş günü devlet hizmeti yükümlülük sürelerine tabi olmuşlardır.

Atamalarda kayırma (torpil) imkânını ortadan kaldırmaya yönelik sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması amacıyla Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlanmıştır. Ayrıca Atamaların bilgisayar ortamında hizmet puanı ve kura ile yapılması ile şeffaflık sağlanmaya çalışılmıştır [21]. Personel hareketlerinde sağlık çalışanlarının toplam hizmet sürenin ve daha öncesinde çalıştığı bölgenin belirleyici olması sağlanmıştır. Atama ve nakillerde karar destek mekanizması Personel Dağılım Cetveli kurulmuştur. Personel Dağılım Cetveli (PDC); Ücret veya maaşları genel bütçeden karşılanan mevcut Bakanlık personelinin pozisyonlarının unvan ve branşlar itibarıyla önceden belirlenen ilkelere göre illere ve hizmet birimlerine dağılımı sonucu ayrı ayrı olarak belirlenen ve her yıl yenilenen kadro ve pozisyon sayısını ifade etmektedir [22].

### III.3. Eğitim

Sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdamı aşamasındaki koordinatörlük görevi, mevzuata göre Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Mezuniyet öncesi eğitimle ilgili politikaların belirlenmesinde paydaşlar YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), DPT, Maliye Bakanlığı ve üniversitelerdir. Sağlık çalışanlarının ve diğer sağlık mesleklerinin (ör. psikolog, diyetisyen) üst düzey eğitimi YÖK tarafından düzenlenmektedir. YÖK'ün sorumlulukları arasında eğitimin içeriği, niteliksel planlama (yani alınacak öğrenci sayısı) ve alt yapı planlaması yer almaktadır. Lise düzeyindeki sağlık mesleklerinin eğitimi 2004 yılında MEB'e devredilmiştir.

Türkiye’de sağlık çalışanı olmak üzere eğitim almak isteyenler açısından aday sıkıntısı çekilmemektedir. Sağlık çalışanı olmak üzere eğitim almak isteyenler açısından talep değerlendirildiğinde ortalama olarak tıp, hemşirelik, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık meslek yüksek okullarına girenlerin puanları diğer fakülte ortalamalarından yüksektir. Tıp fakülteleri yüksek puanları nedeniyle, üniversite giriş sınavında yalnızca % 85’in üzerinde başarılı olan adaylar tarafından tercih edilebilmektedir. Türkiye’nin mezuniyet öncesi eğitim kapasitesi, başvuran talebinin olması açısından yeterlidir [4].

Türkiye’de tıp fakültelerindeki öğretim üyesi ve öğrenci sayısı incelendiğinde; 2009 yılı verileri doğrultusunda tıp fakültelerinde her öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısı 3,9 dur. Nüfusu Türkiye’ye benzer diğer bazı Avrupa ülkelerine bakıldığında Polonya’da öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısı 5,2; İspanya’da 6,7; Fransa’da 10,8; Yunanistan’da 13,8; İtalya’da 15 ve Almanya’da 19,8 dir. Bu doğrultuda öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı açısından değerlendirildiğinde Türkiye’deki tıp fakültelerinin kontenjanlarının arttırılması uygun görülmüştür [23].

**Tablo 8: Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkeleri’nde Tıp fakültesi, Öğretim Üyesi ve Öğrenci Durumu**

Ülke	Ülke Nüfusu	Tıp fakültesi	Öğretim Üyesi	Öğrenci	Öğrenci / Öğretim üyesi	Veri Yılı
Türkiye	75627384	73	11551	51445	4,5	2013
İngiltere	63705000	34	17365	55870	3,2	2011
Hollanda	16833345	8	10960	18714	1,7	2012
Fransa	65586000	47	5919	131857	22,3	2012
Yunanistan	10772967	7	1793	12817	7,1	2013
İsveç	9500000	7	4957	29288	5,9	2012
Almanya	80558700	36	12247	85009	6,9	2012

Kaynak: SB, YÖK, DPT, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2014

Hemşirelik yüksek okullarındaki öğretim üyesi ve öğrenci durumuna bakıldığında ise 2012-2013 öğretim yılı için öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısının 34,2 olduğu görülmektedir. Hemşirelikteki öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısının tıptaki öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısının yaklaşık olarak 8 kat daha az olduğu görülmüştür [23].

Sağlık insan kaynaklarının yetersiz olduğu ülkelerde sağlık çalışanlarının kalitesi ve üretkenliği konusunda ciddi sıkıntılar vardır. Sağlık personelinin sayılarının arttırılması çoklu etmenlerin ve güçlerin karşılıklı etkileşimde bulunmasını içeren zor bir süreçtir [2]. Türkiye’de

YÖK ile yapılan yoğun çalışmalar sonucunda 2008 yılında tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanı % 30 ve hemşirelik meslek yüksek okulu kontenjanı %15 arttırılmıştır. Bununla birlikte sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerine öğrenci alınmaya devam edilmiştir [21].

Sağlık personeli niceliğinin arttırılmasının yanı sıra mesleki bilgi ve becerilerinin arttırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programların da düzenlenmiştir. Mevcut sağlık yöneticilerine yönelik uzaktan eğitim sistemi üzerinden sağlık yönetimi eğitimi programları düzenlenmektedir. Acil bakım hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği kursu, yeni doğan yoğun bakım hemşireliği, Enfeksiyon hemşireliği, Diyabet hemşireliği kurs ve sertifika programları düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı 21.08.2010 tarih ve 27679 sayı ile yayınlanan Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği ile mezuniyet sonrası özel bilgi ve/veya beceriye dayalı mesleki yeterlilikleri kazandırmaya yönelik olarak yapılacak sertifikalı eğitimlere ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir.

Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin bilimsel bir disiplin halinde gelişmesini sağlayacak Hemşirelik Kanunu yeniden düzenlenmiştir. Buna bağlı olarak da 08.03.2010 tarihinde hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek üzere Hemşirelik Yönetmeliği hazırlanmış ve 19.04.2011 tarihinde yeniden düzenlenmiştir.

#### III.4. Sağlık İnsan Gücü Finansmanı

Sağlık iş gücünün etkinlik ve verimliliğini etkileyen en önemli faktörlerden biri iş gücünün finansmanıdır. Sağlık iş gücüne yeni istihdamının sağlanması, sağlık çalışanlarının işe devamlılıklarının sağlanması, tam zamanlı veya yarı zamanlı çalışmaları ve motivasyonlarına kadar pek çok konu finansmanla ilişkilidir. Sağlık insan gücü ihtiyacı belirlenirken ülkenin gelişmişlik düzeyi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri sunum sistemlerinin yapısı ve benzeri gibi faktörlerin de değerlendirilmesi önemlidir. Diğer ülkelerle yapılan sağlık insan gücü karşılaştırmalarında ülkelerin GSMH'dan sağlığa ayırdıkları miktarlara ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının da karşılaştırılmasında yarar vardır [4]. Avrupa ülkeleri daha yüksek sağlık insan gücüne sahip olmalarının yanı sıra bu ülkelerin aynı zamanda sağlığa önemli ölçüde daha fazla para harcamaktadırlar. Tablo 8'de Türkiye, DSÖ Avrupa ve OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcaması gösterilmiştir. Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları, DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinin ortalamasının % 43'ü ve OECD ülkelerinin ortalamasının % 29'dur.

**Tablo 9:Kişi Başı Sağlık Harcaması (satın alma gücü paritesi (PPP\$))**

	Kişi Başı Sağlık Harcaması (US,\$,PPP)(Yıl)
<b>Türkiye</b>	981 (2012)
<b>OECD</b>	3484 (2012)
<b>DSÖ-Avrupa</b>	1520 (2012)

Kaynak: WHO Statistical Information System, 2014,[30]; SB İstatistik yılı, 2013

Türkiye’de sağlık insan kaynağının finansmanı ulusal ekonomik kaynaklarla birlikte sağlık sektörüne tahsisatların hangi alanlarda yapıldığını göstermektedir. Sağlık harcamaları içerisinde sağlık insan gücüne ayrılacak olan payın miktarı kısa ve orta dönemli hükümet politikalarına bağlıdır. Türkiye’de son yıllarda cari hesap açıklarını azaltmaya yönelik izlenen politikalar genel kamu sektörü finansmanının önümüzdeki birkaç yıl içinde azalabileceğini göstermektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı son yıllarda istihdam ettiği sağlık personelini kamu personeli kapsamında değil sözleşmeli personel kadrosunda istihdam etme yoluna gitmiştir [4]. Tablo 9’da görüldüğü şekilde 2002-2012 yılları verilerine göre son on yıl içinde hizmet alımı ile çalışan personel sayısı 11 kat artış göstermiştir.

**Tablo 10: Sağlık Bakanlığı Personelinin Sayısındaki İstihdam Türlerine göre Değişim**

Personel İstihdam Türleri	2002	2012
<b>Kadrolu</b>	245.000	381.000
<b>Hizmet alımı</b>	11.000	126.000
<b>Toplam</b>	256.000	507.000

Kaynak: Akdağ, R (2012) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 10. Yılı, [31]

Sağlık sektörüne ayrılan kamu sektörü kaynakları son yıllarda artış göstermiştir. Tablo 10’da görüldüğü üzere, kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı geçen 10 yıl içinde genel olarak artış göstermiştir. 2002 yılında % 3,79’dan, 2008 yılında % 4,44’e çıkmış ve 2012 yılında 4,14’e düşmüştür.

**Tablo 11. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye**

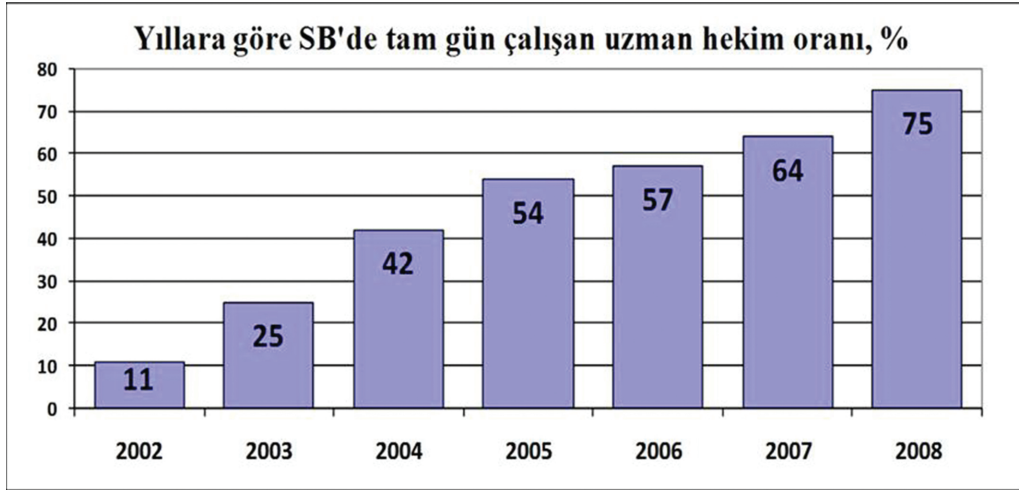
	2002	2004	2006	2008	2010	2012
<b>Kamu</b>	3,79	3,83	3,97	4,44	4,41	4,14
<b>Özel</b>	1,57	1,54	1,84	1,64	1,20	1,25
<b>Toplam</b>	5,36	5,37	5,81	6,08	5,61	5,39

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı 2013

Maaşla ilgili harcamalar bakımından kamu sektörü sağlık iş gücü finansmanı temel maaşlardan, sosyal sigorta katkılarında ve döner sermaye aracılığıyla performansa dayalı teşviklerden oluşmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi, sağlık çalışanlarının ücret ve maaşları, SB harcamalarının büyük bir çoğunluğunu oluşturur [4].

Türkiye’de sağlık insan kaynakları finansmanı konusunda önemli bir değişim olarak değerlendirilebilecek olan performansla dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında ve 2004 yılında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını performansla dayalı döner sermaye uygulamasına başlanmıştır. Performansla dayalı ödeme, performansla ilişkili bazı göstergeleri karşılayan kişi ve kurumlara, ek ödeme sağlayan bir ödeme sistemidir. Bu sistem, şu anda hekim düzeyinde ve kurumsal düzeyde uygulanmaktadır. Bireysel düzeyde, puanlar tümü klinik kararları gerektiren 5.200 prosedür temeline dayanmaktadır. Her prosedür için puan sayısı, bu hizmetler için yapılan parasal ödeme ile orantılıdır. Yıllık ek ödemelere ilişkin tavanlar, sağlık çalışanlarının meslekleri ve görevlerine göre ayrı ayrı düzenlemiştir. Başhekimler temel maaşlarının % 800’üne kadar ek ödeme alabilirken, uzman hekimler maaşlarının % 700’üne, pratisyen hekimler % 500’üne ve hemşireler % 150 - % 200’üne kadar ek ödeme alabilmektedir. Bu düzeydeki farklılık hemşire ve ebeler açısından motivasyonu azaltan ve hizmet kalitesini düşüren bir unsur olarak düşünülmektedir [4].

Performansla dayalı döner sermaye uygulamasının başlatılması ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında tam gün çalışan uzman hekim oranında büyük bir artış gerçekleşmiştir. Grafik 1’de gösterildiği şekilde 2002 yılında % 11 olan tam gün çalışan uzman hekim oranı, 2008 yılı sonu itibarıyla % 75’e yükselmiştir [21].



**Grafik1: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığında Tam Gün Çalışan Uzman Hekim Oranı,%**

Kaynak: Sağlık 2006, SB Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2006; SB Personel Genel Müdürlüğü aktif çalışan personel çalışması, Aralık 2007, Aralık 2008, [24]

### III.5. Sağlık İnsan Kaynakları Yönetimi ve Politikaları

Türkiye’de ulusal düzeyde sağlıkta insan kaynakları planlaması ve politika üretme Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılmaktadır. Planların uygulanması sürecinde sağlık personelinin eğitimi konusunda Yüksek Öğretim Kurulu ve Milli Eğitim Bakanlığı sorumludur. Sağlık insan kaynaklarının finansmanı konusunda Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık insan kaynaklarına ilişkin ulusal verilerin düzenlenmesi ve ulusal araştırmaların yapılması konusunda TÜİK sorumluluk taşımaktadır. Sektörde sağlık insan kaynakları konusunda en çok sağlık çalışanı istihdamı sağlaması açısından en güçlü makam Sağlık Bakanlığı’dır. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin diploma kaydı, istihdamı, yeni sağlık mesleklerinin tanımı, uygun yerleştirme, dengeli dağılımının sağlanması, tayin ve personele hizmet içi eğitimlerle hizmet kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir [4].

Son yıllarda SB’deki aktif çalışmalar sonucunda sağlıkta insan kaynakları planlaması ve yönetimi konusunda daha fazla farkındalık oluşmaya başladığı gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık insan gücünün Türkiye’deki geleceğine yönelik planlamaların yer aldığı “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” çalışması hazırlanmıştır. Çalışma Sağlık Bakanlığının sağlık insan kaynakları planlamasına yönelik mevcut durumun değerlendirilmesini, stratejik bakış açısının oluşturulmasını, çözümlere yönelik gelecek 15 yıla (2008-2023) yönelik politika ve stratejilerin belirlenmesini kapsamaktadır [25].

Sağlıkta insan gücü yönetiminde önemli bir değişim olarak değerlendirilebilecek olan “performansa dayalı ek ödeme” 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Böylece ulaşılmaya hedeflenen bazı sağlık hizmetleri çıktıları performansla ilintilenecek yöneticilerin ve personelin amaca uygun hareket etmesi hedeflenmiştir.

Sağlık insan kaynakları yönetimi güçlendirilmesi konusunda önemli bir adım olarak değerlendirilen bilgi sistemlerinin kullanılması güçlendirilmiştir. Elektronik hasta kaydı, aile hekimliği bilgi sistemi, tek düzen muhasebe sistemi, insan kaynakları yönetim sistemi ve doktor bilgi bankası sistemi tüm ülkede yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Yöneticiler ve planlayıcılar için analiz, raporlama ve istatistik desteği sağlayan Karar Destek Sistemleri kullanılmaya başlanmıştır [21]. Sağlık Bakanlığı sağlık iş gücü niteliği ve niceliğine yönelik çok sayıda veriyi elde edilebilmektedir. Özel sektörde çalışanların kayıtları kamu tarafından takip edilebilmektedir.

Mevcut sağlık yöneticilerine kişisel yönetim kapasitelerini geliştirmelerini desteklemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından uzaktan eğitim sistemi ile sağlık yönetimi eğitimi programları düzenlenmektedir. Uzaktan eğitim sistemi ile sağlık yönetimi, hemşirelik yönetimi, kişisel gelişim ve aile hekimliği konularındaki eğitimler düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı sağlık insan kaynakları yönetimi konusunda yasal bir takım düzenlemeler yapmıştır. Sağlık personelinin dengeli ve adil dağılımının sağlanması Atama ve Nakil

Yönetmeliği hazırlanmıştır. Yönetmeliğe ilişkin atama uygulamaları bilgisayar ortamında hizmet puanı ve kura ile yapılması, yönetimde şeffaflığın geliştirilmesine yönelik adımlar olarak yorumlanabilir [21].

Türkiye’de sağlık insan kaynakları Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi otorite ile yönetilmekle birlikte son yıllarda desantralizasyon olarak değerlendirilebilecek bir takım gelişmeler olmuştur. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı tarafından bazı yetkilerin yerel yönetimlere devredilmesine yönelik adımlar atılmıştır. Kamu hastane birlikleri ile sağlık hizmetleri sunumunda yerel yönetimlerin daha etkin rol alması, sözleşmeli personel sistemine geçiş ve sağlık kurumlarının daha özerk yapıya dönüştürülmesi sağlanmıştır [26].

Kamu hastane birliklerinde çalıştırılacak sözleşmeli personele ilişkin norm kadro, ilke ve standartlarının belirlenmesi ile sözleşme ücretlerinin tespiti, ödemelerin usûl, esas ve miktarının belirlenmesinde Sağlık bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı’nın birlikte aktif rol aldığı görülmektedir. Ayrıca hastane birlikleri personel yönetimi konusunda çok daha fazla özerkliğe sahiptir [27].

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’de (R.G. Tarihi: 2.11.2011 ve 28103 numaralı) yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin özel sözleşmeli statüsünde çalıştırılması karar bağlanmıştır. Diğer personel açısından ise memur statüsündeki mevcut personelin emekli sandığı hakları korunurken, yeni alınacak personel SSK Kanununa tabii tutulmuştur. Yani mevcut personelin iş güvencesi ve hakları korunurken yeni alınacak personelin iş güvencesi ve diğer haklarının korunmadığı görülmektedir. Kamu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin kazanılmış haklarını korumaya yönelik yasal düzenlemeler yapılmış olsa da önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörüne katılacak sağlık çalışanlarının belirsizliklerle karşılaşacakları görülmektedir [27]. Bununla birlikte sözleşmeli personele fazla mesai yükümlülüğü getirilmiş, üstelik fazla mesai karşılığında herhangi bir ek ücret ödenemeyeceği hüküm altına alınmıştır. Aşırı istihdamı önlemek için bakanlık her yıl birlik yönetim kurulunun görüşünü de alarak azami personel sayısını tespit edileceği ve birliğin de bu sayının üstünde personel istihdam edemeyeceği belirtilmiştir. Bu düzenlemelerin esnek istihdam anlayışına dayalı olarak kurgulandığı, memur statüsünün sağladığı güvencelerin kaldırılarak ücret ve mesai açısından esnek düzenlemelerin getirildiği, çalışanların haklarının sınırlandırıldığı, işverene işgücü maliyetlerini azaltmak ve karlılığı arttırmak için uygun bir ortam hazırlandığı görülmektedir [28]. Personelin sözleşmeli çalıştırılmasındaki hedef nitelikli, yetkin, profesyonel çalışanlar vasıtasıyla hizmet kalitesinin artırılması olsa bile sağlık yöneticilerinin sözleşmeli çalışması anayasanın 128. maddesine aykırıdır. Anayasanın söz konusu maddesine göre kamu kurum ve kuruluşlarında yöneticilerin kamu görevlisi statüsünde olacağı belirtilmektedir [29].

#### IV. SONUÇ – ÖNERİLER

Sağlık insan kaynakları planlaması ve yönetimi birçok disiplini ve sektörü kapsamaktadır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı politikaları doğrultusunda Türkiye’de sağlıkta insan kaynakları konusunda önemli adımlar atılmıştır. Sağlık personeli sayısı yetersiz olup dengesiz dağılımı söz konusudur. Sağlık hizmetlerinde de daha iyi sağlık hizmeti çıktılarını elde etmek için sağlık personelinin sayısal yetersizliğini gidermeye yönelik tıp fakültesi, hemşirelik yüksek okulları, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri öğrenci kontenjanları artırılmıştır. Buna paralel öğretim elemanı sayısı da arttırılmıştır. Sağlık insan gücü dağılımı açısından bölgelerarası dengesizliği gidermeye yönelik 4/B’li sözleşmeli personel alımı, doğrudan sözleşmeli personel alımı, mecburi hizmet uygulaması, vekil hemşire ve ebe alımı gibi uygulamalar dengesizliğin azalmasını sağlamış ancak yeterli olmamıştır.

Uzun vadeli stratejik planlama çalışmalarına başlanmış olması, personel dağılım dengesizliğini giderme konusunda yapılan uygulamalar, performansa dayalı ek ödeme sistemi, aile hekimliği sistemi ve kamu hastane birlikleri uygulamaları sağlıkta insan kaynaklarını etkileyen önemli reformlar olarak değerlendirilebilir.

Sağlık insan kaynakları stratejik planının en kısa zamanda uygulamaya konularak düzenli aralıklarla sürecin izlenmesi, yeni ihtiyaçlar doğrultusunda revize edilmesi, sağlık göstergeleri ile orta vadeli hedeflere uygun şekilde personel sayısının, niteliğinin planlanması ve uygulanması gerekmektedir. Meslek tanımları ve bunlara ait iş tanımlarının oluşturulması, mezuniyet öncesi ve sonrası mesleki eğitimin gözden geçirilmesi, ülkenin ihtiyaçlarına göre personel yetiştirilmesi, hizmet içi eğitimlerin düzenli yapılmasına, hizmeti kullanan ve hizmeti sunanların memnuniyetinin arttırılmasına, meslek ve görev tanımlarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlıkta insan kaynağı planlaması ve yönetimi konusunda yöneticilerin farkındalığı geliştirilmiş olmakla birlikte sektörler arası işbirliği ve koordinasyon geliştirilmesi, sağlık insan kaynakları planlamasının sürdürülebilirliğinin sağlanması konusunda ciddi çalışmalar yapılmalıdır.

#### Yararlanılan Kaynaklar

1. HOMEDES, n., Ugalde, a.,(2005) human resources: the cinderella of health sector reform in latin america, human resources for health, 3:1, s.1-2. <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>
2. HONGORO,C., McPake,B., (2004), How to bridge the gap in human resources for health, Lancet; 364, 1451
3. DUSSAULT,G., Dubois C.A., (2003), Human Resources For Health Policies: A Critical Component İn Health Policies, Human Resources For Health 2003, s.5-8, 10. 1:1 [Http://Www.Human-Resources-Ealth.Com/Content/1/1/1](http://Www.Human-Resources-Ealth.Com/Content/1/1/1)
4. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2007), Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Ankara; s. 3-18, 32-39, 22-26, 18-19, 20-21, 38-39.



5. WHO (2006). The World Health Report, Working Together For Health: 22-26
6. BOSSERT T, Bärnighausen T, Bowser D, Mitchell A, Gedik G. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. WHO, Geneva, Switzerland; 2007, s.13-17
7. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, İstatistik Yıllığı, 2008: 64-68
8. T.C. RESMİ GAZETE. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı yönetmelik.
9. NAZLIOĞLU, S., İşlek, E. (2014) Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
10. BUCHAN,J. (2000), Health Sector Reform and Human Resources: Lessons from United Kingdom, Health Policy and Planning, 15(3):319-325: 319
11. ESMAİL, L.C., Cohen-Kohler J.C., Djibuti M., (2007), Human resource management in the Georgian National Immunization Program: a baseline assessment, Human Resources for Health, 5:20: s.5-8 <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/20>
12. ANAND, S. Bärnighausen T.,(2004) Human resources and health outcomes: cross-country econometric study” Lancet; 364: 1603–09: 1607
13. ÇELİK Y. Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2011, s.54
14. OLDEN, P. C. Mccaughrın W.C.,( 2007), Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety, Research and Perspectives on Healthcare; Vol. 85, no. 4 Fall. 5-6
15. T.C. RESMİ GAZETE. 5413 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Kabul tarihi 20.10.2005, RG: 01.11.2005, 25983.
16. DUSSAULT,G., Franceschini, M.C. (2006), “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce” Human Resources for Health 2006, 4:12;1-2 <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>
17. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, İstatistik Yıllığı, 2013. 140-145
18. KILIÇ, M., Tunç, Ş., (2004) ,İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu, Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, 40-64. 54-59.
19. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, (2007), Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştay1, 7-8.
20. SAYAN, İ.Ö., Küçük, A. (2012) Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, 2012, s. 171-203.
21. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos, Ankara. 86-89, 85, 93-95, 86-89.

22. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, s.129
23. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı; (2014), Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Ankara.84
24. T.C. Sağlık Bakanlığı (2008a) Personel Genel Müdürlüğü, Aktif Çalışan Personel Çalışması, Aralık 2007- Aralık 2008
25. NAZLIOĞLU S, Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Öncül H.G, Erkoç Y, Çinal A, Aydın S, Ünüvar N, Tosun N. (Ed). (2011). Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851. Ankara. 1-10
26. ÜNAL, Ö., (2011) Tercüme Yasalarla Değil Şura Toplantılarıyla Sağlığımızı Şekillendirelim, Sağlık-Sen Dergisi, Sayı 14, Ağustos 2011, 58-61. 59
27. ÇELİK, Y., (2011) Kamu Hastaneleri Birliği Özelleşmeye Giden Yolda Gizli Gündem mi?, Sağlık-Sen Dergisi, Sayı 14, s. 44-53. 52.
28. ATAAY, F., (2011), Devlet Hastaneleri İçin Yeni Bir Model: Kamu Hastane Birlikleri, Sağlık-Sen Dergisi, Sayı 14, Ağustos 2011: 18-27.21
29. TARIM, M., (2011) Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, Sağlık-Sen Dergisi, Sayı 14, Ağustos 2011: 38-43, 41
30. WHO (2011). Statistical Information System, 2014
31. AKDAĞ, Recep (2012), T.C. Sağlık Bakanlığı 2013 Mali Yılı Bütçesi’nin TBMM Plan Ve Bütçe Komisyonu’na Sunumu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 10. Yılı ([Http://Www.Saglik.Gov.Tr/TR/Dosya/1-78664/H/Butce2013.Pdf](http://www.Saglik.Gov.Tr/TR/Dosya/1-78664/H/Butce2013.Pdf)) Erişim Tarihi: 15.03.2014.



**Şirin ÖZKAN** – [sirinozkan1@hotmail.com](mailto:sirinozkan1@hotmail.com)

Şirin ÖZKAN has PhD of Hospital Management at Marmara University, Institute of Health Sciences. Her research areas are human resources for health, human resource planning, human resources and health systems.



**Mert UYDACI** – [muydaci@gmail.com](mailto:muydaci@gmail.com)

Mert UYDACI graduated from Marmara University Economic and Administrative Sciences Faculty. He has PhD of Production Management and Marketing Science at Marmara University, Social Sciences Institute. His research areas are sustainable and green marketing, health marketing and branding.