



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI



SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI 2023 VİZYONU

REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI
HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ

**SAĞLIKTA
İNSAN KAYNAKLARI
2023 VİZYONU**

ANKARA 2011

Telif Hakkı Sahibi:

© Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: “editör/yazar adları, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, basım yeri, basım yılı” belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

Copyright Owned By:

Hygiene Center Presidency School of Public Health. No citations shall be allowed without the source of reference. In case of citing, the source of reference shall be indicated as: “editor/author names, School of Public Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, Ministry of Health of Turkey, publishing place, publishing date”. Neither full nor partial reproduction shall be allowed without the written permission of the School of Public Health as ordered by the Law Numbered 5846.

ISBN : 978-975-590-397-2

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851

HMM Yayın No : HMM-2011-31

Baskı: Başak Matbaacılık Tanıtım Hizmetleri İthalat İhracat Tic. Ltd. Şti.
Macun Mahallesi Anadolu Bulvarı
No: 5/15 Gimat Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 (312) 397 16 17 • Faks: 0 (312) 397 03 07
e-mail: info@basakmatbaa.com, basaktanitim@gmail.com
web: www.basakmatbaa.com, www.basakmatbaasi.com.tr



BAŞ EDITÖR

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

EDİTÖRLER

Serpil NAZLIOĞLU
Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr. Mustafa KOSDAK
Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL
Dr. Yasin ERKOÇ
Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Prof. Dr. Nihat TOSUN

YAYIN KURULU

Prof. Dr. İrfan Şencan
Prof. Dr. Sefa KAPICIOĞLU
Hikmet ÇOLAK
Dr. Seracettin ÇOM

GÖZDEN GEÇİRENLER

Uz. Dr. Alaaddin DİLSİZ
Dr. Orhan KOÇ
Uz. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Dr. Güven BEKTEMUR
Dr. Savaş AKBIYIK
Dr. Abdullah ŞEKER
Gültekin BAYRAKTAR
Tayfun ARIK
Dt. Deniz KORAŞLI
Uz. Dr. Aziz Alper BİTEN
Gülray ALTUNTAŞ
Mesut KOÇAK
Engin YILDIZ
Zennure KARADAĞ
Uzm. Elif İŞLEK
Eda GÜNEŞ
Uzm. Serap TAŞKAYA

YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Banu ÇAKIR
A. Arzu ÇAKIR
Hüseyin GÜÇ
Ayşen ÖCAKTAN
Ayhan ÇETİN

KİTAP VE KAPAK DİZAYNI

Hüseyin KOCAKULAK

Ön Söz

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulamaya başladığımız Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerini etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize etmeyi ve sunmayı amaçlamaktayız. Ayrıca SDP ile sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerinde de çalışmalar yapmaktayız. SDP'nin önemli bileşenlerinden olan Genel Sağlık Sigortası (GSS)'ni, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin artırılmasını gerçekleştirmiş durumdayız. Sağlık bilgi sistemleri, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünü güçlendirme konularında da önemli ilerlemeler sağladık. Tüm bunlara karşın sağlık insan gücü sayımızın yetersizliğinin sağlık sisteminin geleceğini olumsuz etkileyebilecek durumda olduğunu da belirtmek isterim.

Günümüzde çağdaş ülkelerin kalkınma planlarında önemli bir yere sahip olan Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK), SDP'nin önemli alt başlıklarındandır. Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada sağlık alanında en önemli kaynağı, hâlâ sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu sebeple, ülkelerin sağlık hizmetlerini planlama, sunma ve geliştirme süreçlerinde özellikle üzerinde durmaları gereken konu, sağlıkta insan kaynağıdır. Bundan dolayı, sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan kaynağı yetiştirmek; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak; doğru sayıda sağlık personelinin, doğru yer, doğru zaman ve doğru motivasyon ile istihdam etmek ve bu sayede etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmak ve sağlık sektörünü geliştirmek için sağlıkta insan kaynakları geliştirme sürecini başlattık.

Sağlıkta insan gücü geliştirme; planlama, eğitim ve yönetim olmak üzere üç çalışma alanını kapsamaktadır. Sağlıkta insan kaynakları geliştirme faaliyetlerinin etkin bir şekilde planlanıp uygulanabilmesi için ulusal düzeyde politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü vasıtasıyla 2007 yılında Sağlıkta İnsangücü 2023 Vizyonu'na yönelik çalışma başlattık. SAİK 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığının geleceğe ilişkin niyetleri ile ilgili mevcut bilgiler ışığında, özel sektörü de içerecek şekilde, sağlık sektöründe gelecekteki personel ihtiyaçları, personel arzı ve bunların ulusal seviyede tahsisi konusunda öneriler getirmektedir.

Alanında büyük bir boşluğu dolduran Türkiye'nin sağlık sektörü reformlarına, politikalarına ve stratejilerine rehberlik etmede katkı sağlayacak bu çalışmanın, sektörle ilgili tüm kurum, kuruluş ve kişilere faydalı olacağı inancıyla; çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Sunuş

Sağlık hizmetlerini geliştirme çabaları, sadece Türkiye’de değil tüm dünyada temel ve öncelikli konu olmaya devam etmektedir. Yapılan çalışmalar, gerçek anlamda bir iyileşmenin sağlanabilmesi için insan faktörüne önem ve öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle son yıllarda sağlıkta insan kaynakları planlamasına duyulan ihtiyaç artmış ve sağlık sisteminin işleyişine uygun, nitelikli ve gerekli insan kaynakları varlığının önemi zamanla daha iyi kavranmıştır.

Sağlık sektöründe çalışanların hizmet sunum kalitesi, mesleki beceri ve değişen koşullara uyum sağlayabilme esnekliği açısından yeterli olmaları gerekmektedir. Bunun yanı sıra etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nicelik ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi gerekir. Böylece halka sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksikliklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir şekilde düzeltilmesi sağlanacaktır.

SDP kapsamında Bakanlığımız tarafından başlatılan sağlıkta insan kaynakları geliştirme süreci; mevcut durumun değerlendirilmesini, stratejik bakış açısının oluşturulmasını, çözümlere yönelik politika ve stratejilerin belirlenmesini kapsamaktadır. Bu kapsamda sağlık alanında belirlenen hedeflere ulaşılmasına katkı sağlamak amacıyla Türkiye Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu hazırlanmıştır. Bu çalışmayla insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik bir temel sağlanması amaçlanmıştır.

Türkiye’de insan kaynakları stratejik planlanması alanında 15 yıllık stratejik bir vizyonu içeren ve bu anlamda ilk olan bu çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, sağlıkta insan kaynakları politikaları oluşturmaya yönelik bu planın sonraki yıllarda yapılacak çalışmalara temel teşkil etmesini dilerim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü

Teşekkür

Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu raporunun hazırlanması ve yayın hâline getirilmesi sürecine katkılarından dolayı;

En başta bu çalışmanın yapılmasını talimatlandıran Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ’a, ardından Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat TOSUN’a, sağlıkta insan gücü ile ilgili çalışmaları başlatan Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR’a, Sağlık Bakanlığı eski Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin AYDIN’a, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Adnan ÇİNAL’a, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Dr. Yasin ERKOÇ’a, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Doç. Dr. Turan BUZGAN’a, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Prof. Dr. Mustafa ERTEK’e, Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU’na, Personel Genel Müdürü Hikmet ÇOLAK’a, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Doç. Dr. İrfan ŞENCAN’a, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Seracettin ÇOM’a, Proje Yönetimi Destek Birimi eski Direktörü Adnan YILDIRIM’a ve Proje Yönetimi Destek Birimi Direktörü A. Celalettin TARHAN’a;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünün insan kaynakları konusunda çalışmalarını gerçekleştiren ve bu çalışmanın oluşumunda emek harcayan Serap TAŞKAYA, Ümmühan EKİNCİ, Erman PULGAT ve Şirin ÖZKAN’a;

Çalışma sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen araştırma kapsamındaki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına;

Teşekkür ederiz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

İÇİNDEKİLER

I. Yönetici Özeti	1
II. Giriş	11
A. İnsan Kaynakları Planlamasının Amacı.....	11
B. SAIK 2023 Vizyonu.....	12
C. Bu Çalışmanın Amacı	12
D. Doküman Kimler İçin Hazırlanmıştır?	13
E. SAIK Arz ve İhtiyaç Projeksiyon Modeli	14
F. Dokümanda Yer Alan Çalışmanın Ana Unsurları.....	15
III. Mevcut Nüfus ve Sağlık Hizmetleri	17
A. Nüfus	17
B. Sağlık Hizmetlerinin Profili ve Kurumları	18
C. Kategorilere Göre Personel Dağılımı ve Verimliği.....	21
D. Personel Eğitimi	26
E. İnsan Kaynaklarının Organizasyon ve Yönetimi	29
IV. İNSAN KAYNAKLARI SORUNLARI VE KONULARI	35
A. Şu An Mevcut Olduğu Gözlenen Sorun ve Konular	35
B. Gelecek 15 Yıl İçinde Meydana Gelebilecek Sorunlar ve Konular.....	37
V. PLAN DÖNEMİ HEDEFLERİ	39
A. Planlama Varsayımları	39
B. Hizmet Sunumundaki Değişiklikler	41
C. Kamu Sağlık Sektörü Kurumları İçin Önerilen Personel Kadroları	44
D. Toplam Personel Artışı	48
E. Yeni İşe Alınacak Personel Sayısı	50
F. Eğitim İhtiyacı	51
G. İş Gücünün Yönetimi	52
VI. POLİTİKA ÖNERİLERİ	55
A. İnsan Kaynakları Aktivitelerinde İstenen Değişiklikler	55
B. Stratejik İnsan Kaynakları Geliştirme Konuları	56
C. Yeni SAIK Politika Değişikliklerinin Etkileri	60
VII. STRATEJİK UYGULAMA PLANI.....	65
A. Gerekli Eylemler ve Aktiviteler.....	65
VIII. İZLEME VE DEĞERLENDİRME	69
A. Uygulamadaki Başarıları İzleme Protokolleri	69
B. İlerlemeye İlişkin Önemli Kilometre Taşlarının Belirlenmesi	70
C. Yıllık Değerlendirme ve Aktivitelerin Yeniden Planlanma Süreci	70

Tablolar Dizini

Tablo 1. Demografik Tahminler ve Hesaplamalar (2008-2023).....	17
Tablo 2. Mevcut Sağlık Hizmet Kurumları (Kamu ve Özel)	19
Tablo 3. Başlangıç Yılı Sağlık İş Gücü Arzı (2008).....	22
Tablo 4. Eğitimdeki Toplam Personel Sayısı (2008).....	27
Tablo 5. Kamu Sağlık Personeli Ortalama Yıllık Gelirleri (2008)*.....	30
Tablo 6. Planlama Varsayımları.....	39
Tablo 7. Kamu Sağlık Sektörü Maliyet Projeksiyonu	40
Tablo 8. Kamu Sağlık Sektörü Kurumlarının Projeksiyonları	43
Tablo 9. Özel Sağlık Sektörü Kurumlarının Projeksiyonları.....	43
Tablo10. Hastane Tipine Göre Ortalama Yatak Sayıları (Kamu)	44
Tablo 11. Hastane Tipine Göre Ortalama Yatak Sayıları (Özel)	45
Tablo 12. Kamu Sektörü Hastaneleri için Önerilen Personel Dağılımı.....	46
Tablo 13. Kamu Sektörü Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Önerilen Personel Dağılımı	47
Tablo 14. Personel İhtiyacı Projeksiyonları.....	48
Tablo 15. Kategorilerine Göre Personel Dağılımı Karşılaştırması.....	49
Tablo 16. Yeni İşe Alınacak Personel İhtiyacı Projeksiyonları	51
Tablo 17. Hedef İhtiyaçları Karşılama Üzere Eğitilecek Personel Sayısı Projeksiyonu	52
Tablo 18. Değişimin Anahtar Göstergeleri	54

Şekiller Dizini

Şekil 1. DSÖ Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı Kavramsal Modeli.....	16
Şekil 2. OECD Ülkelerinde 1.000 Nüfusa Düşen Akut Yatak Sayısı.....	20
Şekil 3. OECD Ülkelerinde Akut Yatak Kullanım Oranları.....	20
Şekil 4. OECD Ülkelerinde 1.000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı.....	23
Şekil 5. Türkiye’de 1.000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı (2001-2008)	24
Şekil 6. Türkiye’de Uzman Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişme (2002-2008)	24
Şekil 7. Türkiye’de Hemşire-Ebelerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişme (2002-2008)	25
Şekil 8. Kamu Sağlık Personeli Nispi Gelirleri (2008).....	31
Şekil 9. Performans ve Sağlık İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi	57
Şekil 10. İnsan Kaynakları Geliştirmenin Belirleyici Faktörleri.....	58

Kısaltmalar

SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SB	Sağlık Bakanlığı
SAİK	Sağlıkta İnsan Kaynakları
İKG	İnsan Kaynakları Geliştirme
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AB	Avrupa Birliği
MB	Maliye Bakanlığı
YÖK	Yükseköğretim Kurulu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
OECD	İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
GSYİH	Gayri Safı Yurt İçi Hasıla
PDC	Personel Dağılım Cetveli
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı (Kalkınma Bakanlığı)
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi
İKYS	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi
USES	Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
STÖ	Sivil Toplum Örgütü
PDÖ	Performansa Dayalı Ek Ödeme

I.

YÖNETİCİ ÖZETİ

- Bu doküman, gelecek 15 yıl (2008-2023) için Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) 2023 Vizyonu beyanıdır. Bu çalışmanın daha sonraki süreçte ilgili paydaşlarla birlikte konunun daha teknik ve ilgili politikalar çerçevesinde tartışılmasını sağlamada temel metin olması ümit edilmektedir. Dokümanın amacı, Sağlık Bakanlığı (SB) 'nda ve bir bütün olarak sağlık sektöründe diğer paydaşların katkılarını da alarak, insan kaynaklarının geliştirmesine yönelik bir temel sağlamaktır.*
- SAİK 2023 Vizyonu çalışmasının amacı, aşağıdaki üç hususu gerçekleştirmektir:*
 - İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,*
 - Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel SAİK hedeflerini belirlemek,*
 - Orta vadede sağlık sektörünün gelişimini sağlamak için SB'nin ihtiyaç duyacağı kısa vadeli eylemleri ve özellikle de politika eylemlerini belirlemek.*
- Bu sebeple, bu doküman öncelikli olarak SB'de karar vericiler ve politika yapıcılar için, konuyla ilgili bir çerçeve çizmek ve konu üzerinde daha sağlıklı bir şekilde tartışmayı sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Dokümanda, belirlenmiş uzun/orta vadeli hedeflere ulaşılabilmesi amacıyla muhtemel eğitim, istihdam, yerleştirme ve yönetim uygulamalarına ilişkin bir ilk resim sunulmaktadır. Bu dokümanın konuyla ilgili Milli Eğitim Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Maliye Bakanlığı uzmanları ve üst düzey karar vericilerinin yanı sıra ilgili Sivil Toplum Örgütleri (STÖ) 'ne de önemli bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.*

4. *Dokümanda yer alan projeksiyonlar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş (DSÖ SAİK Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı) kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek, bilgisayar tabanlı bir simülasyon modeli, kullanılarak hazırlanmıştır.*
5. *Dokümanın başında başlangıç yılı nüfusunun (2008) ve gelecekteki nüfus (2023) projeksiyonunun özellikleri yer almakta, sağlık hizmetlerinin ve sağlıkta insan kaynaklarının mevcut profiline yer verilmektedir.*
6. *Doküman hazırlandığında 2008 yılında yaklaşık 71,0 milyon olan nüfusun plan kapsamındaki 15 yıllık dönemin sonunda 84 milyonun biraz üzerine çıkması, doğum hızının 1.000'de 18'den 1.000'de 15'e hafif bir düşüş göstermesi, nüfus artış hızının yıllık yaklaşık %1.2'de sabitlenmesi beklenmektedir. Bu dönem içerisinde, kentsel nüfusun toplam nüfusa oranının 2008 yılındaki düzey olan %75'den %80'e çıkması beklenmektedir. 2010 yılı için bu oran %76,3'dür.*
7. *Diğer ilgili varsayımlar şunlardır:*
 - a. *Artan nüfus ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talep artacaktır.*
 - b. *Mevcut hastalık paternleri hâkim olmaya devam edecek, kronik hastalıklar ve geriatrik sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaç artacaktır.*
 - c. *Nüfustaki bu artışı ve değişimleri karşılayacak şekilde hem kırsal hem de kentsel sağlık kuruluşlarının sayılarını artırmaya ve bu kurumları geliştirip güçlendirmeye ihtiyaç duyulacaktır.*
8. *Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu sektörünün temel hizmet alanı içindedir. Kamuda sağlık hizmetleri; Sağlık Bakanlığı kurumları, üniversite hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı hastanelerinde çeşitli tür ve düzeylerde sunulmaktadır. Özel sektör de hastaneler ve ayakta hizmet veren sağlık kurumları aracılığı ile hizmet vermektedir.*
9. *Türkiye'de 2008 yılında 172.165 hastane yatağı bulunmaktadır (Milli Savunma Bakanlığına ait yataklar hariç) ve bunun yaklaşık %13'ü özel sektöre aittir. OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, bu yatak sayısı 71,0 milyonluk bir nüfus için fazla değildir. Nüfus-yatak oranına bakıldığında 1.000 nüfusa düşen yatak sayısı 2,42'dir. OECD ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ortalaması 3,80'dir.*
10. *Hastane yatak sayıları ve nüfus-yatak oranı sağlık hizmetleri sunumunda kullanılabilir kaynakların büyüklüğünün temel ölçütlerinden biri olarak kullanılmakla birlikte ülkelerin sağlık sistemleri, hizmet sunum modelleri, nüfusun yapısı ve hizmet kullanım alışkanlıklarının yatak-nüfus oranlarını etkilediği gözlenmektedir.*
11. *Türkiye'de üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri dışında kalan hastanelerin yatak doluluk oranları, henüz istenilen düzeyde değildir. Kamuya ve özel sektöre ait yataklar için ortalama yatak doluluk oranı %64'tür. Akut yataklar için verilen OECD ortalaması %75, AB ortalaması %77'dir. Bu düzey-*

deki doluluk oranları şüphesiz hastane yataklarının ve personelinin daha etkili kullanılabileceğini göstermektedir. Mevcut veriler, özellikle genel hastanelerin yatak doluluk oranlarının hastaneden hastaneye büyük farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. Bunun nedenlerinden birinin genel hastanelerin bulunduğu yerleşim merkezlerinin nüfus yoğunluğundaki farklılık olduğu düşünülmektedir (Küçük yerleşim yerleri ile büyük yerleşim yerlerindeki hastaneler arasında farklılık vardır).

12. Mevcut nüfus ve kullanım oranlarına bakıldığında, ayakta tedavi hizmetleri veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının ve erişilebilirliğinin yetersiz olmadığı düşünülmektedir. Ancak, topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına bunların özellikle organizasyon ve personel açısından güçlendirilmeleri gereklidir. Bu gereklilikler doğrultusunda ayakta tedavi veya birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için aile hekimliği bir organizasyon modeli olarak getirilmiştir. Bu, birinci basamakta kapsamlı ve iyi kaliteli hizmet sunma istekliliğini göstermektedir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir.
13. Aile hekimliği uygulaması ile, sağlık hizmetlerini tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırabilmek; aynı şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerini koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde sunmak hedeflenmektedir. Aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye’de uygulamaya geçmesi yenidir. İlerleyen yıllarda sistem oturduğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha yaygın kullanılması beklenmektedir.
14. Sağlık sektöründeki toplam personel sayısı 2008 yılında 563.852’dir (bunların 452.121’i kamu sektöründedir). Aynı yıl için ilgili ülkelerle karşılaştırıldığında personel-nüfus göstergeleri düşüktür. 1.000 nüfusa düşen hekim sayısı Türkiye’de 1,59 iken OECD ortalaması 3,10’dur; AB ortalaması ise 3,20’dir.
15. Bu durumun en önemli sebeplerinden biri, uzun yıllar tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının ortalama 5.000’in biraz altında sabit tutulmuş olmasıdır. Et-kileri altı yıl sonra görülecek olmakla birlikte SB’nin yoğun çabalarının bir sonucu olarak 2008-2009 Öğretim Yılı’nda 5.253 olan tıp fakültesine alınan öğrenci sayısı Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu (YÖK) anlaşması ile 2008-2009 Öğretim Yılı’nda 6.655’e, 2009-2010 Öğretim Yılı’nda 7.877’ye, 2010-2011 Öğretim Yılı’nda ise 8.438’e çıkarılmıştır. Bunun dışında 2003 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar sonucunda nüfus başına düşen personel oranlarında da iyileşmeler gözlenmiştir.
16. Türkiye’de sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizlik uzun süredir var olan ve SDP’nin önemli ölçüde düzelttiği bir konudur. SB’nin gerçekleştirdiği, personelin istihdam edilmesinin güç olduğu bölgelerde sözleşmeli personel alımı modeli ve hekimleri kapsayan mecburi hizmet uygulaması, nakillerde

ilgili ihtiyacı esas alan adil yaklaşım; dengesiz dağılımın düzenlenmesinde önemli katkılar sağlamıştır.

17. OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de hekim başına düşen hemşire oranı düşüktür. 2008 yılında bu oran, bir hekime 0,8 hemşiredir (bu oran hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyenleri birlikte dikkate alındığında 1,4’dür). 2007 OECD ortalaması 3; 2008 AB ortalaması ise 1,9’dur. (OECD ortalaması, ebelerin uzman hemşire olarak istihdam edildiği bazı ülkelerde ebeleri, bazı ülkelerde ise yalnızca hastanede çalışan hemşireleri içermektedir. AB ülkeleri için ise çalışan tüm ebe ve hemşireleri içermektedir).
18. Sağlık sektöründe istihdam edilen hemşire ve ebelerin farklı düzeylerde eğitim almış olmaları ve buna rağmen aynı statüde istihdam ediliyor olmaları, beceri dağılımındaki diğer bir sorunu işaret etmektedir. Değişik düzeylerde hemşirelik ve ebelik eğitimi almış personeli birbirinden ayırt edecek bir sistem bulunmamaktadır; farklı eğitimlere sahip hemşire ve ebeler, aynı kategoride değerlendirilmektedir. Bu sorunun çözümüne yönelik çalışmalar başlatılmıştır.
19. Geçmiş yıllara oranla personel verimliğinin daha iyiye gitmekte olduğu gözlenmektedir. Hekimlerin verimliğinin en kaba göstergesi yılda hekim başına düşen muayene sayısıdır. 2006 yılında 3.179 olan hekim başına düşen muayene sayısı 2007 yılında 3.630’a 2008 yılında 3.969’a yükselmiştir. 2009 ve 2010 yılında ise bu oran, sırasıyla 4.155 ve 4.069 olmuştur.
20. Uzman hekimlik, pratisyen hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapistlik, hemşirelik, ebelik ve diğer bazı sağlık mesleklerine yönelik eğitimler; üniversiteler tarafından yürütülen başlıca hizmet öncesi eğitim programlarıdır. Sağlık personelinin üniversite düzeyindeki eğitimi, YÖK tarafından düzenlenmektedir. Diğer sağlık personeline yönelik eğitimler, sağlık yüksekokullarında ve sağlık meslek liselerinde sürdürülmektedir.
21. Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde yürütülen tıpta uzmanlık eğitimi dışında temel personel kategorilerine yönelik lisansüstü eğitim, üniversitelerde verilmektedir. Lisans üstü eğitim daha çok eğitim almaya yönelik bireysel inisiyatifle belirlenmektedir. Bu anlamda SB’nin hizmet ihtiyaçları dikkate alınarak hem sayısal hem de çeşitlilik ve müfredat açısından revizyona gidilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.
22. Sürekli tıp eğitimine ilişkin herhangi bir mecburiyet olmasa da, SB tarafından personeline hizmet içi eğitim verilmektedir. SB bünyesinde gerçekleştirilen “Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması” sonuçları, yürütülen hizmet içi eğitim programlarının sağlık personeli tarafından yeterli bulunmadığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre görülen sağlık personelinin %50,4’ü hizmet içi eğitimleri yeterli bulmamaktadır. Meslekler açısından bakıldığında ise pratisyen hekimlerin yalnızca üçte birinin hizmet içi eğitimleri yeterli bulduğu gözlenmiştir. Sadece SB değil, diğer paydaşlarda bu konuda üzerlerine düşen görevleri yerine getirmek için çaba göstermelidir.

23. Sağlık sektörünün performansının büyük ölçüde sağlık çalışanlarının performansına bağlı olması gibi, sistem performansı da insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesini gerektirmektedir.
24. Tıp fakültesi mezunları, kamu sektöründe mecburi hizmetle yükümlüdür. Yeni mezunlar kura sistemi ile illerdeki hekim ihtiyacı doğrultusunda mecburi hizmetlerini gerçekleştirmek üzere yerleştirilir. Mecburi hizmet uygulaması, coğrafi dağılımdaki dengesizliklere çözüm getirmek amacıyla kullanılan bir yöntem olmuştur.
25. Mecburi hizmet her ne kadar SAİK kadroları arasında coğrafi dengesizliklerin azaltılması konusunda etkili olmuş olsa da sürdürülebilirliği için motivasyonu güçlendirecek ilave uygulamaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürmektedir.
26. Personel motivasyonu ve hizmet kalitesinin yanı sıra daha iyi coğrafi dağılımı ve beceri dağılımını geliştirmek için etkin bir finansal ve finansal olmayan teşvik dengesi oluşturulması, bu temel sorunların çözümünde sağlanacak süreklilik için gereklidir.
27. 2004 yılında SB hastanelerinde “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” (PDÖ) uygulamaya konmuştur. Ek ödemeler kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesinin karışımı doğrultusunda oluşturulan performans kriterlerine göre belirlenmektedir. Bu uygulamanın ana hedefi, kamu sağlık çalışanları arasında motivasyonun, verimliliğin ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır. PDÖ, kamu sektöründe tam zamanlı çalışan uzman hekim sayısının artmasına katkıda bulunmuştur.
28. Ancak uzun vadede uluslararası tecrübeler PDÖ ile kalite ve verimlilik açısından elde edilen kazanımların değişebileceğini göstermektedir. Buna yönelik iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmektedir.
29. Personel motivasyonunu ve verimliliğini etkileyen diğer bir konu da farklı düzeylerdeki personelin gelirleri arasındaki ilişkinin dengede tutulmasıdır. Hâlihazırda yapılan ek ödemeler de dikkate alınarak personel ücretleri arasındaki farklılık incelendiğinde uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi gibi üst düzey personel ile şoför, aşçı, terzi gibi destek düzeyindeki personelin ücretleri arasındaki farklılığın kabul edilebilir aralıkta olduğu gözlenmektedir. En üst ve en düşük personel dereceleri arasındaki farklılık yaklaşık 4,5'e 1'dir. Bu personel grupları arasındaki istenilen fark genellikle 3 ila 6'ya 1 seviyelerindedir. Öte taraftan, hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi orta düzey personel ile destek düzey personel arasındaki ücret farklılıkları düşüktür. Bu meslek grupları arasındaki farklılık 1,5'a 1'dir. Farklı beceri düzeylerinde olan bu personel grupları arasında fazla bir ayırım yoktur ve bunların kıymet takdirlerinin yeniden yapılması süreçte gerekebilecektir.
30. İstihdam uygulamalarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kısıtlılıklarından dolayı, 2003 yılında uygulamaya konan 4924 Sayılı Eleman Teminin-

de Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657 4b uygulaması ile sağlık personelinin işe alımı, işten çıkartılması ve istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda yeni bir yapılanma ve Devlet Memurları Kanunu'nda olmayan esneklikler sunulmaktadır. Ancak bu modellerde istihdamla ilgili sorunların bir bölümüne çözüm getiren personel motivasyonu bağlamında uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından sıkıntılar oluşturabilir. Bu konuda sistemi iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmelidir.

31. Sağlık çalışanlarının planlanmasına yönelik olarak SB taşra teşkilatında çalışan personel ihtiyacını (dağılımını) belirlemek amacıyla 2006 yılında Personel Dağılım Cetveli (PDC) çalışması başlatılmıştır. Bunun dışında SAİK planlamasına yönelik stratejik SAİK geliştirme bakış açısını içeren formel ve düzenli bir süreç oluşturmak amaçlı olarak ilgili birimlerin koordinasyonunda sürekli bir iyileştirme çabası olduğu görülmektedir.
32. SB, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve kalitesini artırma yolunda ilerlerken sağlık personelinin yerleştirilmesini, kullanımını, gelişimini ve kariyerlerini yönetme ve sistematik olarak etkileme vasfını daha da geliştirmek amacıyla yeni politikalar ve yönetim mekanizmaları başlatma ihtiyacı duyabilir. Diğer bir deyişle, SB İnsan Kaynakları Geliştirme (İKG) konusunda erken inisiyatif alma (proaktif hareket etme) ihtiyacı duyabilir.
33. Dünyanın her yerinde bütün kuruluşlar çeşitli SAİK sorunları yaşamaktadır. Farklılık, bu sorunların büyüklüğünde, farklı kuruluşların nasıl yapılandırıldığında ve ulusal özelliklerdedir. Sözelimi, bir kuruluş yeterli personele sahipken, işveren-çalışan ilişkilerinin iyi gitmemesi ve çalışanlarının motivasyonunun düşük olması gibi sorunları yaşayabilir. Bir diğer kuruluş personel sıkıntısı çekmekle birlikte çalışanlarının motivasyonu daha yüksek olabilir. Bu kuruluşların her biri için karşılaşılan sorunlar ve olası çözümler farklıdır. SB'nin de kendine özgü sorunları bulunmaktadır ve bunların çözümü için yine SB'nin ihtiyaçlarını karşılayacak çözümlerin geliştirilmesi gereklidir. SB var olan SAİK sorunlarının niteliğini kabul etmekte, bunların çözümü güçlü bir siyasi kararlılık göstermekte ve önemli adımlar atmaktadır.
34. Sağlık sektörünün yüz yüze olduğu sorunlara hızlı ve anında çözümler getirme imkânı bulunmamaktadır. İnsan kaynaklarının arzı ve kullanımı ile ilgili mevcut ve gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların üstesinden gelebilmek için, bunların sistematik ve tutarlı bir geliştirme programı çerçevesinde ele alınmaları gerekecektir.
35. Sonuç olarak, SB'nin karşısındaki asıl mesele yalnızca mevcut çok önemli sorunların ele alınması değildir. Bundan daha önemlisi, SAİK planlama ve yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi, SAİK ile ilgili konuları sürekli olarak değerlendirebilecek bir yapıya kavuşturulmasıdır.

36. Bu SAIK 2023 Vizyonu Dönemi (2008-2023)'nde SB'nin SAIK konusundaki yönünün şu faktörlerle belirlenmesi muhtemeldir: Sağlık kurumlarının sayılarını artırmakla birlikte verilen hizmetleri de güçlendirerek hizmetlerin daha iyi hâle getirilmesini sağlamak; birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği uygulamasının güçlendirerek sürdürmek; sağlık sektöründe özellikle orta ve üst düzey personelin beceri dağılımını iyileştirmek; sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde dekonsantrasyonu için merkezde ve il düzeyinde yönetim becerilerini geliştirmek.
37. 15 yıllık periyotta, tüm kamu hastanelerinin gerek hizmet kalitesi gerekse personel açısından belli bir kalite düzeyine getirilmesi ve hastane yataklarının daha etkili ve etkin (yatak doluluk oranlarının artması, hasta yatış gün sayısının azaltılması vb.) kullanılması beklenmektedir.
38. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hizmet kullanım oranlarındaki muhtemel değişimleri ve hastane yatak tiplerinde meydana gelecek değişiklikleri dikkate alarak gerçekleştirdiği yatak planlama çalışması çerçevesinde kamu sektörü ve özel sektöre ait hastane yatak sayılarında hedeflenen değişimler sırasıyla Tablo 8 ve Tablo 9'da verilmiştir. Yatak sayılarındaki artış, en fazla özel dal hastaneleri ile psikiyatri hastaneleri için önerilmiştir. Bu artışlarla toplam kamu hastane yataklarının sayısı 2008-2023 yılları arasında 149.685'den 169.025'e çıkacaktır; 15 yılda %13'lük bir artış söz konusudur. Plan döneminde kamu yataklarında genel olarak yatak sayısında hızlı bir artıştan ziyade yatak kalitesinde ve kullanımında iyileşme hedeflenmektedir.
39. Birinci basamak hizmeti sunan kamu kurumlarında değişiklik olacaktır. 2010 yılı sonunda aile hekimliği sisteminin tam uygulamaya geçmesi ile sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri almıştır. 15 yıllık dönemde AÇSAP merkezleri, dispanserler, halk sağlığı laboratuvarları ve sağlık evleri dışında kalan birinci basamak kurumların sayısında sağlık hizmet sunum modelinde öngörülen değişiklikler ve sağlık hizmetlerinin gelişimine yönelik varsayımlar doğrultusunda artış öngörülmektedir.
40. Özel sektördeki büyüme devam edecektir; 22.480 olan yatak sayısında %61'lik bir artışla 36.111'e ulaşması beklenmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun, özel sağlık sektörü kuruluşları ile gerçekleştirdiği anlaşmalar doğrultusunda, bu kurumların sunduğu hizmetleri kullanma yolundaki mevcut politika sürecektir. Ancak hekimler için tam zamanlı çalışmayı öngören mevzuat gibi (tam gün yasası) yeni politikaların ve aile hekimliği sisteminin başarıyla uygulanmasının özel sağlık kuruluşlarını etkileyebileceği öngörülmektedir. Bunların dışında, SB özel poliklinik ve özel tıp merkezlerinin açılmasına yönelik daha kesin kurallar koymuş, kalite kontrolleri başlatmıştır.
41. Bu planda bütün hastanelerde ortalama personel sayılarındaki değişiklikler, personelin değişen rollerine uygun olarak ve farklı tipteki hastanelerde yatak başına personel ve beceri düzeyi açısından daha tutarlı dağılım sağlamak

amacıyla yapılmıştır. Genel hastanelerde, kadın doğum ve çocuk hastanelerinde asıl olarak orta ve üst düzey personel pozisyonları artırılarak, ikinci basamak hizmetleri verme yeteneklerinin güçlendirilmesi ve diğer hastanelerde de tüm personel sayılarında düzenleme yapılarak daha karmaşık vaka yüklerini kaldırabilmeleri amaçlanmıştır. Dal hastaneleri içine bu alanda eğitim veren hastaneler dâhil edilmiş olduğundan, bu durum dikkate alınarak dal hastanelerindeki 2023 yılı personel normları; ağırlıklandırılarak belirlenmiştir.

42. Bazı birinci basamak kurumlarda personel sayılarının artırılarak güçlendirilmesine ağırlık verilmiştir. 2023 yılı için sağlık evleri, ADŞM, 112 acil istasyonlarında ve TSM'lerde kurum başına ortalama personel sayıları sırasıyla 0,3'den 1'e, 27,6'dan 39,6'ya, 11'den 17'ye ve 30,5'ten 64,5'e çıkarılmıştır.
43. 2008 yılında 563.852 olan kamu ve özel sektör toplam sağlık iş gücü sayısının 2023 yılında 1.067.572'ye yükselmesi beklenmektedir. Bu (projeksiyon dönemindeki yaklaşık %18'lik nüfus artış hızıyla karşılaştırıldığında) iş gücünde, tüm sağlık sektörü için %89,34'lük, kamu sektörü içinse %95,92'lik bir artış anlamına gelmektedir. Kamu sektöründeki özellikle profesyonel ve teknik personel gruplarına odaklanmış bu büyüme, sonuç olarak bu personel gruplarının eğitim ihtiyacında artış anlamına da gelmektedir.
44. Bir bütün olarak hizmetlerde genel beceri düzeyinin artırılması çabaları doğrultusunda, daha fazla sayıda yüksek ve orta düzey tıbbi ve tıbbi olmayan teknik personelin yetiştirilmesi gerekecektir. Ayrıca, mevcut yöneticilerin yönetim becerilerinin geliştirilmesi, yönetilen bir gelişim süreci çerçevesinde genç üniversite mezunlarından başlayarak profesyonel yöneticilerin eğitilerek sağlık hizmetlerinde kullanılması yolundaki girişimlerin artırılmasına ihtiyaç duyulması beklenmektedir.
45. Bu 15 yıllık dönemde istihdam edilecek personel sayısı iki kısımda değerlendirilmektedir: hizmetlerin artışından kaynaklanan ihtiyacı karşılayacak personel ve bu süre zarfında ayrılacak personeli ikame edecek personel.
46. Tüm sağlık sektörüne yönelik personel kayıpları (ölüm, emeklilik, sektörü terk vb.) ile ilgili rakamlar geçmişte iyi belgelenmemiştir. İşe alınacak personelle ilgili projeksiyonları yapabilmek amacıyla, kamu ve özel sağlık hizmetlerinde toplam kayıp oranlarıyla ilgili en iyi tahminler yapılmıştır. 2008-2023 yılları arasında hizmetlerdeki büyüme ihtiyacını karşılamak için gerekli toplam yeni personel sayısı 576.512 olarak belirlenmiştir. Bu istihdam gereksinimleri için, personel eğitiminin kademeli olarak artırılması gereklidir. Söz konusu 15 yıllık dönemde okullarda eğitilecek sağlık personeli sayısının 460.000'in biraz üzerinde olması gerekecektir.
47. Okullara alınacak öğrenci sayılarına yönelik ihtiyaçlar özellikle hekim ve hemşire grubunda önemli derecede artacaktır. SB'nin önemli aktivitelerinden biri olarak eğitim ihtiyaçlarına yönelik daha detaylı bir iş planı hazırlanması çalışması sürmektedir. Bu plan; fiziksel kapasite artışı, eğitim verilecek alanlar, eğitmenler/öğretim elemanları dikkate alınarak ve bu ihtiyaçları etkileyecek yeni gelişmeler ışığında YÖK ile iş birliği yaparak hazırlanacaktır.

48. *Mali kısıtlılıkların, kalite ve performans iyileştirmeye yönelik artan taleplerin devam etmesiyle birlikte, personel ihtiyaçlarının iş yükü ve çalışma verimliliği ile bağlantısız personel normları temelinde belirlenmesi artık yeterli değildir. Bu nedenle, eğitim ve yönetici sayılarının artırılmasını, iyi yöneticiler için teşviklerin iyileştirilmesini ve yeterli sayıda yönetim eğitimi almış teknik personelin sağlanmasını kapsayan İnsan Kaynakları Geliştirme ve SAİK yönetimi kavramları SB'nin gündemine daha fazla girmeye başlamıştır.*
49. *SB performans düzeyini yükseltme ve dekonsantrasyon sürecine devam etme yolunda ilerlediği sürece, yeni veya geliştirilmiş SAİK politikalarının başlatılması gerekli olacaktır. SAİK aktivitelerinin yönetimine dair kilit alanlarla ilgili taslak politika önerileri dokümanda yer almaktadır. Politikalar aşağıdaki konuları ele almaktadır:*
- a. *Kurumsal yapılar ve roller*
 - b. *Kurumlara personel ataması*
 - c. *Eğitim*
 - d. *İstihdam ve yerleştirme*
 - e. *Kamu sektörü ve özel sektör çalışmaları.*
50. *Bu dokümanın sonunda stratejik planın uygulanmasına yönelik başlangıç aktiviteleriyle ilgili öneriler ve bir taslak izleme, değerlendirme ve yeniden planlama önerisi yer almaktadır. Bu dönemde ulaşılabilecek hedeflere ilişkin kilit göstergeler Tablo 18'de verilmiştir.*

II.

GİRİŞ

A. İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASININ AMACI

Halkın taleplerinin karşılanmasına yönelik kamu sağlık sektörü kaynaklarının üzerindeki baskılar gittikçe artmaktadır. Bu baskılar, kamuya veya özele ait sağlık sistemleri arasında yeni bağlantı biçimlerinin kurulmasına yol açmakta ve sağlık hizmetlerinin, kamu sektöründe verimli, etkili ve paranın değerine uygun şekilde verilmesi için daha yoğun çabalar gösterilmesini gerektirmektedir.

Meselenin özünde Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK)’nın nasıl planlandığı, eğitildiği ve hizmetler içerisinde nasıl mobilize edildiği yatmaktadır. Çünkü insan kaynakları; sunulan hizmetlerin kalitesinin, özelliklerinin ve cari maliyetlerinin ana belirleyicisidir. Bu gerçek, iş gücünün etkili ve motive olmasını sağlayabilecek SAİK planlama ve yönetim rollerinin geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bunun temelinde, bir ülkede mevcut sağlık hizmetlerini;

doğru sayıda insanla,
doğru yerde,
doğru zamanda,
doğru becerilerle,
doğru motivasyon ve tutumlarla,
doğru maliyetlerle,
doğru verimlilikle,

doğru işleri yaparak sunma ve sağlık hizmetlerini sunarken o ülkenin sosyal ortamına ve ekonomik şartlarına uygunluğu sağlama ihtiyacı vardır.

Stratejik insan kaynakları planlamasının amacı, bu ideale ulaşma yönünde katkı sağlamaktır. Stratejik insan kaynakları planlaması, bunu yaparken bir bütün olarak sağlık sektöründeki durumu değerlendirip, yetiştirilecek personeli ve olası finansman imkânlarını dikkate almak suretiyle, gelecekteki personel ihtiyacını ve arzını belirlemeyi ve personelin zamanında hizmete hazır hâle getirilmesini sağlamayı da amaçlamaktadır.

B. SAİK 2023 VİZYONU

Türkiye Cumhuriyetimizin 100. yılı olan 2023 yılında gelişmiş ülkelere göre çok daha iyi bir sağlık hizmetini halkına verebilmesi için atılması gereken noktaların tartışıldığı SAİK 2023 Vizyonunun amacı, aşağıdaki üç hususu kapsamaktadır:

1. İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,
2. Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel SAİK hedeflerini belirlemek ve
3. Orta vadede sağlık sektörünün gelişimini sağlamak için SB'nin ihtiyaç duyacağı kısa vadeli eylemleri ve özellikle de politika eylemlerini belirlemek.

Bu türdeki çalışmalar, geçmiş ve mevcut SAİK bilgilerinin karışımından, gelecekteki sağlık ve sağlık hizmetleri ihtiyaç projeksiyonlarından, sunulacak hizmet tiplerinden ve bunların sunuluş biçimlerinden yola çıkarak inşa edilir. Bununla birlikte, sağlık sisteminin çeşitli unsurlarının geleceği ile ilgili bir dizi değerlendirilmede bulunulur ve bunlar sonucunda ortaya SB'nin hangi istikamete yönelmesi gerektiği konusunda çeşitli fikirler çıkar. Bir çalışmanın SB'nin karar vericileri ve planlamacıları arasındaki tartışmalar neticesinde son hâlini alabilmesi için bu görüşlerde fikir birliğine varılması gereklidir.

Açıktır, bu boyutta bir çalışmada çeşitli belirsizliklerin olması doğaldır. Neticede, ülkede zaman içinde değişen durumlara göre ve belirsizlikler netlik kazandıkça, bu çalışmanın düzenli olarak yeniden değerlendirilmesi ve tadil edilmesi, hem arzu edilen hem de ihtiyaç duyulan bir durumdur.

C. BU ÇALIŞMANIN AMACI

2008-2023 yılları arasındaki 15 yıllık bir dönemi kapsayan bu çalışmanın amacı, Sağlık Bakanlığı stratejik planında belirlenen amaçlar;

- Toplumu, sağlığa yönelik risklerden korumak,
- İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin kaliteli ve güvenli sunulmasını sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği artırmak

ışığında, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının nasıl gelişeceği ve bundan hareketle sağlık sektörünün ve hizmeti sunan sağlık personelinin nasıl bir değişim göstermek durumunda kalacağı konusunda uzun soluklu bir bakış sağlamaktır.

Bu uzun vadeli perspektifte sağlık sektörünün bütününe, giderek artan bir mali baskı altında kalacağı gerçeği göz ardı edilmemiştir. Bunun sonucunda sağlık

hizmet sunumunun da daha verimli hâle getirilmesi gerekli olacaktır. Bunun yanında, toplumun daha iyi ve kapsamlı hizmet beklentilerinin karşılanabilmesi için becerileri daha yüksek bir iş gücüne ihtiyaç duyulacaktır. Planda ayrıca özel sağlık sektörünün de uygun koşullarda kamu sektörüyle birlikte çalışmasına duyulan ihtiyacın gittikçe arttığı gerçeği kabul edilmektedir.

Bu doküman, gelecek 15 yıl için sağlık insan kaynaklarına yönelik bir vizyon beyanıdır. Dokümanın amacı, başta SB’de olmak üzere stratejik eylemler için karar alma konusunda bir temel sağlamaktır.

Bununla birlikte, uzman değerlendirmeleri ve mevcut bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve son hâli verilmiş olsa bile, benzer türdeki bütün çalışmalar gibi bu çalışma da siyasi, sosyal ve ekonomik değişkenlikler ortamında geliştirilmiştir. Hiç kuşkusuz, önerilen hedeflerde ve eylemlerde değişikliğe gidilmesine yol açacak yeni koşullar süreçte ortaya çıkacaktır. Bu nedenle, çalışmanın iki-üç yılda bir yeniden değerlendirilmesi ve aktivitelerin bir sonraki yıl için yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

D. DOKÜMAN KİMLER İÇİN HAZIRLANMIŞTIR?

İnsan kaynakları, sağlık hizmetleri çerçevesindeki her aktivitenin merkezinde yer alır. Bu yüzden insan kaynakları planlaması, sağlık hizmetleri planlamasını yönlendiren değil destekleyen bir unsur olmalıdır. SAİK 2023 Vizyonu dokümanı, SB’nin geleceğe ilişkin vizyonu ve mevcut bilgiler ışığında gelecekteki personel ihtiyaçları, personel arzı ve bunların ulusal düzeyde dağılımı konusunda öneriler getirmektedir.

Bu dokümanın ilk taslağı, Ankara Kızılcahamam’da 5-9 Kasım 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilen bir haftalık bir çalıştay neticesinde üretilmiştir. SB’den ve ilgili kuruluşlardan üst düzey yetkililerin (Ek 1) katıldığı bu çalıştayda gelecekteki SAİK ihtiyaçları ve arzı ile ilgili projeksiyonlar yapılmıştır. Projeksiyonlar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş (DSÖ SAİK Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı), kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek, bilgisayar tabanlı bir simülasyon modeli kullanılarak hazırlanmıştır (DSÖ, 2001). Gelecekle ilgili dengeli bir tablo çıkarabilmek amacıyla simülasyon modelini kullanarak;

- Kamu sektörü ve özel sektör hastane tiplerini, hastanelerin sayıları, büyüklükleri ve personel normları,
- Kamu sektörü ve özel sektör birinci basamak/yataksız sağlık kurumlarının tipleri, sayıları ve personel normları ve
- Akademik kurumların ve diğer kamu sağlığı kurumlarının özellikleri dikkate alınarak oluşturulan stratejik hedefler doğrultusunda ihtiyaç projeksiyonları gerçekleştirilmiştir.

Çalıştayın baş kolaylaştırıcısı (S. Nazlıoğlu; kendisi P. Hornby ve Hıfzıssıhha

Mektebi SAİK teknik personeli tarafından desteklenmiştir) çalıştay sonuçlarını ilk taslak dokümanı oluşturmada kullanmıştır.

Daha sonra hazırlanan ilk taslak doküman çıktıları, Nisan 2008 (Ek 2) tarihinde Sayın Bakan ve SB'nin üst düzey yetkilileri ile paylaşılmıştır. Bu toplantıda ortaya konulan öneriler doğrultusunda üç yeni senaryo hazırlanmış ve Kasım 2008 (Ek 2) tarihinde gerçekleştirilen toplantıda Sayın Bakanın onayına sunulmuştur. Bu toplantıda hemfikir olunan bir senaryo üzerinden planlama çalışmaları devam etmiştir. Bu kapsamda Sayın Bakan başkanlığında sırasıyla Şubat 2009, Temmuz 2009 ve Şubat 2010'da üç toplantı daha gerçekleştirilmiştir (Ek 2). Son toplantıda alınan kararlar doğrultusunda Bakanlık ilgili birimlerinin katkıları ile yeni bir teknik çalışma grubu oluşturulmuş (Ek 3) ve çalışmanın yürütüldüğü süre zarfında Bakanlık bünyesinde gerçekleştirilen hizmetlere yönelik yapılan yeni planlama çalışmalarının (aile hekimliği çalışması, yatak planlama çalışması vb.) çıktıları da çalışmaya entegre edilmiştir. Teknik çalışma grubu Müsteşar Yardımcısı Sayın Adnan Çinal başkanlığında altı toplantı gerçekleştirmiştir. Tüm bu çalışmalar sonucunda bu plan dokümanı hazırlanmıştır.

Bu doküman, öncelikli olarak SB'de karar vericiler ve politika yapıcılar için hazırlanmıştır. Dokümanda kendilerine 15 yıllık bir dönemde sağlık sektöründe SAİK hedeflerine ulaşmaya yönelik eğitim, istihdam, yerleştirme ve yönetim konusundaki tahminlere ilişkin bir ilk resim sunulmaktadır.

E. SAİK ARZ VE İHTİYAÇ PROJEKSİYON MODELİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) Orta Vadeli Arz ve İhtiyaç Projeksiyon Modeli, SAİK arzı ve ihtiyaçları ile ilgili olarak planlayıcılara 10-30 yıl süreli projeksiyonlar için yardımcı olmak amacıyla tasarlanmış bir simülasyon modelidir. Modelin kavramsal çerçevesi Şekil 1'de özetlenmiştir. Bu şekilde yer alan her bir kutu; ihtiyaç projeksiyonlarının ve sonuç olarak, bu ihtiyaçlarla arz ve finansal kaynaklar arasında dengenin sağlanması sürecindeki mantıksal adımı temsil etmektedir (Şekil 1).

Model, sağlık iş gücü arz ve ihtiyacının belirlenmesinde dikkate alınan değişkenleri birleştirmekte ve her bir unsuru elektronik olarak bağlantılandırmaktadır. Böylece, planlamacıların hem kurumların gelişimine hem de bu kurumlarda istihdam edilecek personel sayılarının belirlenmesine yönelik alternatifleri kolayca değerlendirmesini sağlamaktadır. Modelin bu özelliği, yöneticilere “ya .. ise” (“what if”) sorularını sorma ve geleceğe yönelik farklı senaryoları irdeleme fırsatı vermektedir. Sağlık hizmetlerinin en uygun şekilde nasıl geliştirileceği konusunda farklı politik ve teknik birçok görüş olacağı düşünülürse bu özelliğin oldukça önemli olduğu görülür. Modelleme süreciyle adreslenmek istenebilecek bazı tipik sorular şunlar olabilir:

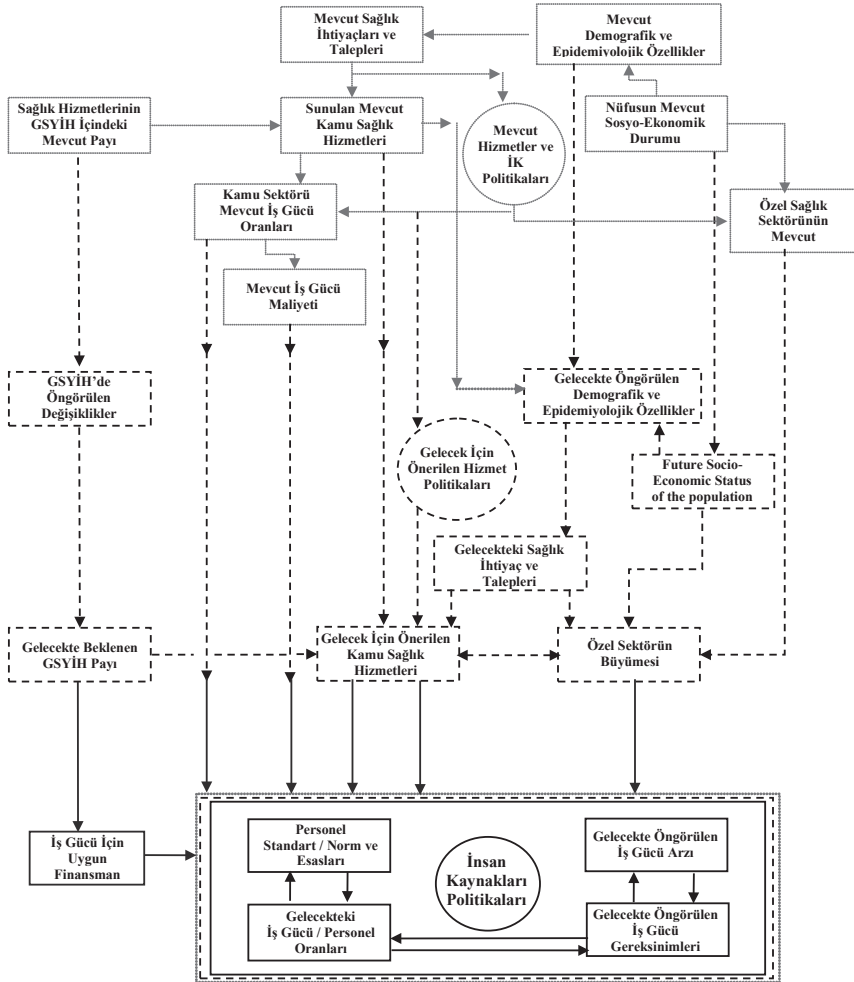
1. Bütçede hiçbir değişiklik yapmadan personel ücretlerinde bir iyileştirme yapıldığında bunun kurumlarda istihdam edilecek personel sayılarına ve oranlarına (karışımına) etkisi ne olacaktır?
2. Bu alanda daha kalifiye personel yetiştirmek amacıyla bir personel kategorisine yönelik eğitimin sonlandırılmasının eğitimi ve istihdama etkileri neler olacaktır?
3. Belli bir personel kategorisindeki personel açığını gidermek için bu personeli hangi personel ile ikame edebiliriz?
4. Personel eğitiminin ve mevcut ve yeni tip personelin istihdamında özel sektörün büyümesinin kamuya etkisi ne olur? (DSÖ, 2010)

F. DOKÜMANDA YER ALAN ÇALIŞMANIN ANA UNSURLARI

Bu 2023 vizyon dokümanı aşağıdaki ana unsurları içermektedir:

1. Mevcut SAİK durumunun analizi,
2. Bakanlığın uzun vadeli perspektifleri doğrultusunda gelecekteki personel ihtiyaçları ile ilgili projeksiyon,
3. Eğitim ihtiyaçlarının analizi,
4. Plandaki hedefleri destekleyecek başlangıç niteliğindeki politika önerileri,
5. Planın uygulanması için eylem önerileri.

Kavramsal Model – Sağlık İhtiyaçlarının, Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık İş Gücünün Bağlantılandırılması.



Şekil 1. DSÖ Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı Kavramsal Modeli

III.

MEVCUT NÜFUS VE SAĞLIK HİZMETLERİ

A. NÜFUS

Bu dokümanda yer alan başlangıç yılı nüfusunda ve geleceğe yönelik projeksiyonlarda Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 yılı verileri temel alınmıştır. TÜİK 2050 yılını kapsayan nüfus projeksiyonları hazırlamıştır. Bu projeksiyonlar, demografi ve nüfus ile ilgili varsayım ve tahmini hesaplamaların temelini oluşturmaktadır. Bu çalışmalar ışığında mevcut ve geleceğe yönelik yaş gruplarına göre nüfus Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Tahminler ve Hesaplamalar (2008-2023)

Yıl ----->	2008	2023	2008	2023
Tahmini nüfus =			71.095.000	84.053.000
Ortalama yıllık % değişim (projeksiyon periyodunda)			1,2	
---yaşa göre% dağılım---			---(Projeksiyon) yaşa göre nüfus---	
<1 yaş	1,8	1,5	1.273.000	1.245.000
1-4 yaş	7,0	5,9	4.996.000	4.964.000
5-14 yaş	17,9	15,0	12.736.000	12.569.000
15-44 yaş	48,5	45,5	34.513.000	38.286.000
45-64 yaş	17,9	22,8	12.740.000	19.164.000
65+ yaş	6,8	9,3	4.837.000	7.825.000
Toplam	100,0	100,0	71.095.000	84.053.000
--- 1000 nüfus başına doğumlar ---			--- Projekte edilmiş doğumlar (yıl içinde) ---	
	18	15	1.273.000	1.245.000
--- Kentsel yerleşim ---			--- Kırsal yerleşim ---	
Yüzde	%75	%80	%25	%20
Toplam	53.321.250	67.242.400	17.773.750	16.810.600
Hesaplanmış artış oranı =		% 1,6		% -0,4

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (2008)

15 yıllık dönemi kapsayacak şekilde bu projeksiyonlarla oluşturulan varsayımlar nüfusun yaş dağılımında yukarı doğru bir kayma ile doğum ve ölüm oranlarında süren bir azalmayı içermektedir. 15 yıllık projeksiyon sürecindeki toplam nüfus artışı %18'dir (yaklaşık 13 milyon). Kentsel alanlara göç ve bazı kırsal alanların kentleşiyor olması nedeniyle nüfus artışının kırsal alanlarda azalması (%-0,4) beklenmektedir. Göç ve kentleşmeden dolayı kentsel alanlardaki nüfus artışının yıllık ortalama %1,6 olması ve sonuç olarak da 2023 yılında, nüfusun %80'inin kentsel alanda yaşayacağı tahmin edilmektedir. Diğer ilgili varsayımlar şunlardır:

1. Artan nüfus ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talep artacaktır.
2. Mevcut hastalık paternleri hâkim olmaya devam edecek ve kronik hastalıklar ve geriatrik sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçlar artacaktır (Tablo 6).
3. Nüfustaki bu artış ve değişimleri karşılayacak şekilde hem kırsal hem de kentsel sağlık kuruluşlarının sayılarını artırmaya ve bu kurumları geliştirmeye ve güçlendirmeye ihtiyaç duyulacaktır.

B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PROFİLİ VE KURUMLARI

Türkiye'de sağlık hizmetleri, kamu sektörünün temel hizmet alanı içindedir. Kamuda sağlık hizmetleri; Sağlık Bakanlığı kurumları, üniversite hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı hastanelerinde çeşitli tür ve düzeylerde sunulmaktadır. Bu çalışmanın amaçlarına uygun olarak kamuda Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dışındaki kurumlar; ikinci ve üçüncü basamakta üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler, kadın doğum ve çocuk hastaneleri, diğer özel dal hastaneleri, uzun dönem bakım ve kronik hastalıklar hastaneleri ve psikiyatri hastaneleri şeklinde tanımlanmıştır (Ek 4). Bu düzeydeki özel sektör hizmet birimleri de genel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri olarak sınıflandırılmıştır. Birinci basamakta ise kamuda Sağlık Ocakları/Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Sağlık Evleri, Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) Merkezleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM), dispanserler (Verem Savaş), Halk Sağlığı Laboratuvarları, 112 Acil İstasyonları ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) Sağlık Bakanlığı hizmet sunum birimleri olarak tanımlanmıştır. Özel sektörde ise doktor muayenehaneleri, diş hekimi muayenehaneleri, özel poliklinik ve tıp merkezleri, laboratuvarlar, özel tanı merkezleri ve eczaneler; yataksız sağlık kurumları olarak tanımlanmıştır. Kamuda ve özelde sağlık hizmeti veren kurumların dağılımı, Tablo 2'de verilmiştir.

2008 yılı itibarıyla özel sektör, mevcut hastane yataklarının %13'ünü sağlamaktadır. Bu yataklar, kamudaki hastane yatak sayıları ile birleştirildiğinde 1.000 nüfusa düşen yatak sayısı 2,42'dir. Bu oran, OECD ve Avrupa Birliği (AB) ortalamasının altında kalmaktadır. OECD ortalaması 2007 yılı için 1.000 nüfusa 3,80 akut yataktır (Şekil 2). AB ortalaması da 1.000 nüfusa 3,80'dir. Ancak OECD

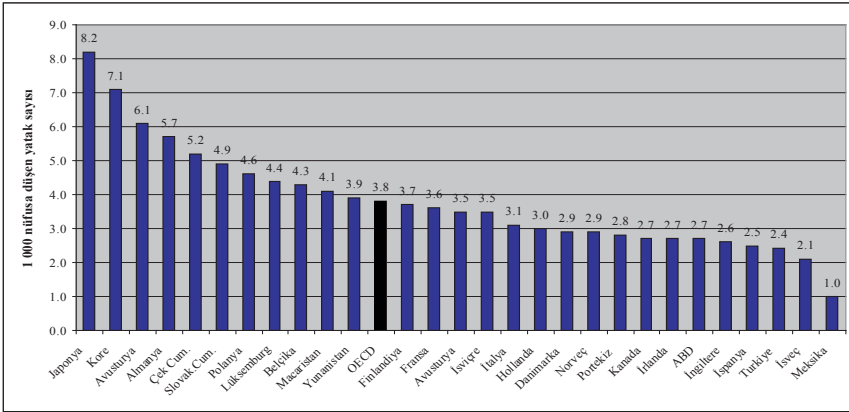
lkelleri içinde nüfus-yatak oranları arasında büyük farklılıklar gözlenmektedir. Hastane yatak sayıları ve nüfus-yatak oranı; sağlık hizmetleri sunumunda kullanılabılır kaynakların büyüklüğünün temel ölçütü olarak kullanılmakla birlikte ülkelere sağlık sistemleri, hizmet sunum modelleri, nüfus yapıları ve hizmet kullanım alışkanlıklarının yatak-nüfus oranlarını etkilediği gözlenmektedir.

Tablo 2. Mevcut Sağlık Hizmet Kurumları (Kamu ve zel)

Kurum Tipi	Sayı	Toplam yatak	Yatak işgal oranı (%)
KAMU SEKTÖRÜ (2008)			
Üniversite hastaneleri	46	28370	85
Eğitim hastaneleri	33	19507	75
Genel hastaneler	683	73418	54
Kadın doğum ve ocuk hastaneleri	69	13272	70
Diğer zel dal hastaneleri	23	4534	59
Ruh ve akıl sağlığı hastaneleri	9	4160	70
Kronik hastalıklar ve uzun dönem bakım hastaneleri	34	6424	80
Sağlık ocakları/Aile sağlığı merkezleri	6305	-	-
Sağlık evleri	5268	-	-
AÇSAP merkezleri	225	-	-
ADS Merkezleri*	123	-	-
Dispanserler**	243	-	-
Halk sağlığı laboratuvarları	149	-	-
112 Acil	1308	-	-
Toplum Sağlığı Merkezleri	373	-	-
TOPLAM	14891	149685	66
ÖZEL SEKTÖR*** (2008)			
Genel hastaneler	387	20938	51
Vakıf niversitesi/eğitim hastaneleri	13	1542	77
Doktor muayenehaneleri	11050	-	-
Diş Hekimi muayenehaneleri	10808	-	-
Özel poliklinik ve tıp merkezleri	1859	-	-
Laboratuvarlar	3106	-	-
Özel tanı merkezleri	712	-	-
Eczaneler	23000	-	-
TOPLAM	50935	22480	53
Sağlık Sektörü TOPLAMI	65826	172165	64
* =Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (Müstakil)			
**= Verem savaş dispanserleri			
***: Özel sektör verileri ağırlıklı olarak il sağlık mdrlğleri aracılığı ile bttn illerden toplanmış ve Hıfızışhha Mektebine bildirilmiştir.			
Not: Eğitim hastaneleri sadece Sağlık Bakanlığı'na ait genel eğitim hastanelerini içermektedir. Dal eğitim hastaneleri dal hastanelerine dahil edilmemiştir.			

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008) ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008).

Not: Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dâhil edilmemiştir.

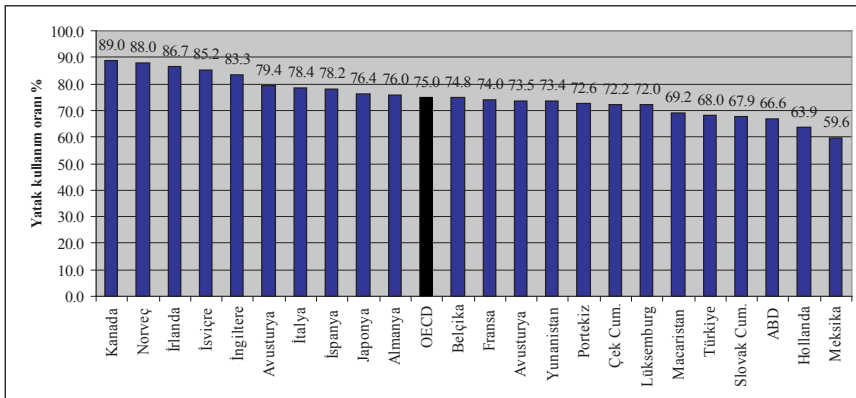


Şekil 2. OECD Ülkelerinde 1.000 Nüfusa Düşen Akut Yatak Sayısı

Kaynak: OECD Health at a Glance: OECD Indicators (2009)

Not: Türkiye dışındaki ülkeler için 2007 yılı ya da mevcut en yakın yıla ait veriler kullanılmıştır. Türkiye verileri 2008 yılına aittir.

Türkiye’de üniversite ve eğitim hastaneleri dışında kalan hastanelerin yatak doluluk oranları düşük görünmektedir (Tablo 2). Kamudaki yataklar ve özel yataklar için ortalama yatak doluluk oranı %64’tür. Akut yataklar için verilen OECD ortalaması %75 (Şekil 3), AB ortalaması ise %77’dir (EC, 2011). Bu düzeydeki doluluk oranları, şüphesiz hastane yataklarının ve personelinin daha etkili kullanılabileceğini göstermektedir. Mevcut veriler, özellikle genel hastanelerin yatak doluluk oranlarının hastaneden hastaneye büyük farklılık gösterdiğine de işaret etmektedir.



Şekil 3. OECD Ülkelerinde Akut Yatak Kullanım Oranları

Kaynak: OECD Health at a Glance: OECD Indicators (2009)

Not: Türkiye dışındaki ülkeler için 2007 yılı ya da mevcut en yakın yıla ait veriler kullanılmıştır. Türkiye verileri 2008 yılına aittir.

Mevcut nüfus ve kullanım oranlarına bakıldığında, ayakta tedavi hizmetleri veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının ve erişilebilirliğinin mevcut nüfusa göre yetersiz olmadığı düşünülmektedir. Ancak, artan nüfus ve değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına bu sağlık kurumlarının özellikle organizasyon ve personel açısından daha da güçlendirilmeleri gerekecektir. Bu gereklilikler doğrultusunda ayakta tedavi veya birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için aile hekimliği bir organizasyon modeli olarak getirilmiştir. Bu, birinci basamakta kapsamlı ve iyi kaliteli hizmet sunma istekliliğini göstermektedir. ASM ve TSM'ler bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir. Aile hekimliği uygulamasıyla, sağlık hizmetlerini tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırabilmek; aynı şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerini koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde sunulması hedeflenmektedir (SB, 2010).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine katkı sağlayacaktır. Hâlihazırda aile hekimliği uygulamasına geçen illerde yürütülen izleme ve değerlendirme çalışmaları ışığında 2010 yılı sonunda tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması yerleştikçe birinci basamaktaki hizmetlerin daha yaygın kullanılması beklenmektedir.

C. KATEGORİLERE GÖRE PERSONEL DAĞILIMI VE VERİMLİĞİ

PERSONELİN SAYISAL DAĞILIMI

Sağlık çalışanlarının %80'i kamu sektöründe çalışmaktadır. Buna karşın dış hekimlerinin %69,9'u, eczacıların %94,5'i özel sektörde çalışmaktadır (Tablo 3). Bu iki personel grubu özel sektör aktivitelerinde önemli yer tutmaktadır. Tablo 3'te yer alan tüm personel kategorilerine ait liste ve tanımlar Ek 5'te verilmiştir. Tablo 3'te verilen personel sayıları 2008 yılı için atanmış daimi Tam Zaman Eşdeğer (TZE) pozisyonları göstermektedir.

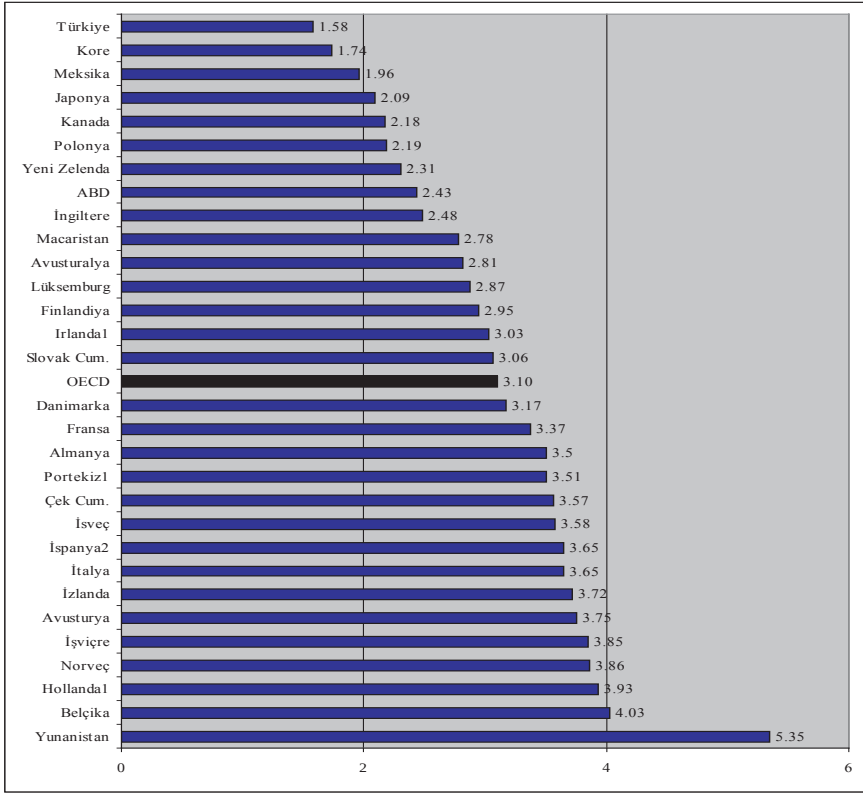
Tablo 3. Başlangıç Yılı Sağlık İş Gücü Arzı (2008)

MESLEKLER	Arz 2008	% TZE Kamu	-sektöre göre Kamu	TZE- Özel	Nüfus Personel Oranı
Uzman hekim	75989	75.6	57423	18566	941
Pratisyen hekim	35763	89.3	31951	3812	2000
Aile hekimi	1399	84.3	1179	220	51120
Diş hekimi	19959	30.1	6002	13957	3583
Eczacı	24778	5.5	1373	23405	2886
Hemşire	99910	84.3	84175	15735	716
Ebe	47673	92.5	44094	3579	1500
Sağlık memuru/TST	14525	92.9	13500	1025	4924
Laboratuvar teknisyeni	14947	84.7	12654	2293	4785
Radyoloji teknisyeni	10738	85.2	9153	1585	6660
Anestezi teknisyeni	4395	80.8	3550	845	16272
Tıbbi sekreter	5562	81.3	4522	1040	12858
İlk ve acil yardım teknisyeni	15486	66.5	10302	5184	4618
Fizyoterapist	1916	55.9	1070	846	37326
Diğer SHS personeli	21971	73.3	16102	5869	3255
Yöneticiler	2415	87.0	2102	313	29614
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	1004	92.9	933	71	71232
Diğer teknik hizmetler personeli	4657	85.5	3981	676	15357
Genel idari hizmetler personeli	83501	91.7	76531	6970	856
Yardımcı hizmetler personeli	77264	92.6	71524	5740	926
Toplam ---->	563852	80	452121	111731	127

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü (2008)

Not: Hizmet alımı yöntemiyle istihdam edilen personel dâhil edilmştir.

Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki nüfus-personel oranları düşük kalmaktadır. 2008 yılında 1.000 nüfusa düşen hekim sayısı Türkiye'de 1,59 iken, 2007 yılı OECD ortalaması 3,10 (Şekil 4), AB ortalaması 3,20'dir (EC, 2011).

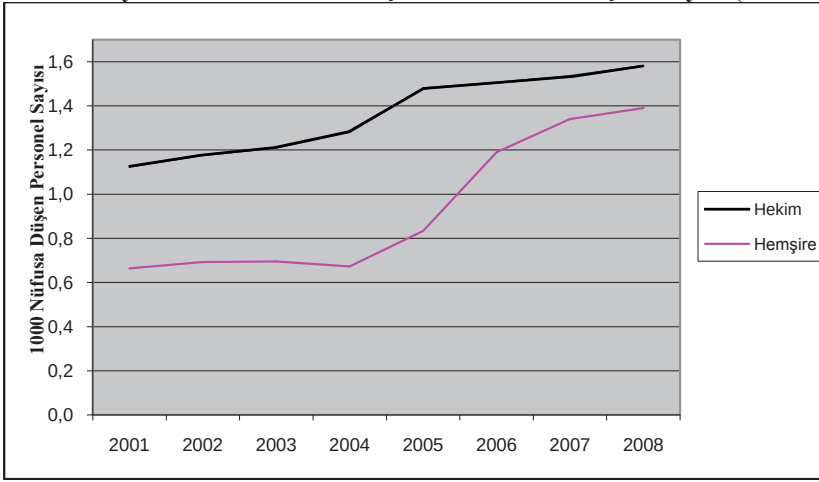


Şekil 4. OECD Ülkelerinde 1.000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı

Kaynak: OECD Health at a Glance: OECD Indicators (2009) ve Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü (2009)

Not: Türkiye dışındaki ülkeler için 2007 yılı ya da mevcut en yakın yıla ait veriler kullanılmıştır. Türkiye verileri 2008 yılına aittir.

Bu durumun en önemli sebeplerinden biri uzun yıllar tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının ortalama 5.000'in biraz altında sabit tutulmuş olmasıdır. Etkileri altı yıl sonra görülecek olmakla birlikte Sağlık Bakanlığının yoğun çabalarının bir sonucu olarak 2007-2008 Öğretim Yılı'nda 5.253 olan tıp fakültesine alınan öğrenci sayısı, SB ve YÖK anlaşması ile 2008-2009 Öğretim Yılı'nda 6.655'e, 2009-2010 Öğretim Yılı'nda 7.877'ye, 2010-2011 Öğretim Yılı'nda ise 8.438'e çıkarılmıştır. Bunun dışında 2003 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar sonucunda nüfus başına düşen personel oranlarında da iyileşmeler gözlenmiştir (Şekil 5). 2001 yılında 1.33 olan 1.000 nüfus başına düşen hekim sayısı 2008 yılında 1,59'a çıkmıştır. Bununla birlikte 2001 yılında 0,66 olan 1.000 nüfus başına düşen hemşire sayısı da 2008 yılında 1,39 olmuştur. Bu artışın sürmesi beklenmektedir.

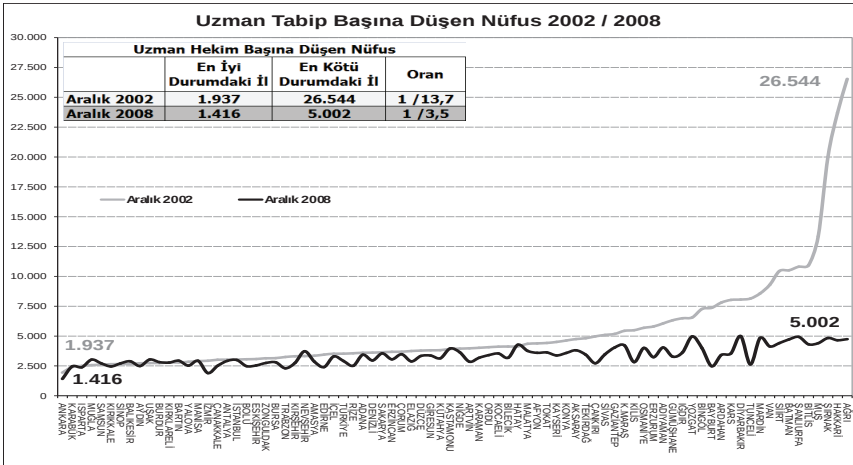


Şekil 5. Türkiye’de 1.000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı (2001-2008)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü (2009)

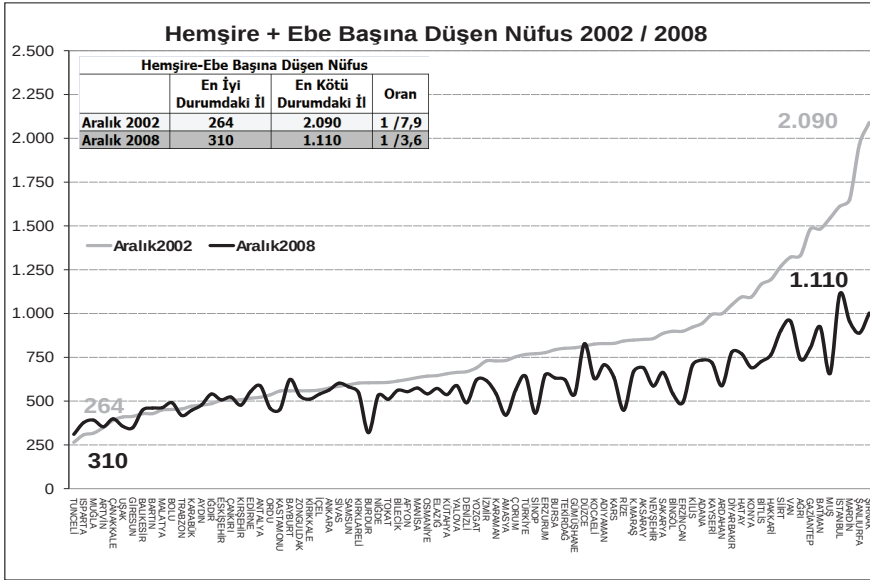
PERSONELİN COĞRAFİ DAĞILIMI

Türkiye’de sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizlikler SDP ile önemli ölçüde düzeltilmiştir. SB’nin gerçekleştirdiği çalışmalar sonucunda il düzeyindeki dengesizliklerde iyileşmeler gözlenmiştir (Şekil 6, 7). Şekil 6 ve 7’de sırasıyla 2002 yılı ile 2008 yılları arasında iller bazında uzman hekim başına düşen nüfus ve hemşire-ebe başına düşen nüfustaki değişim gösterilmiştir. Bu iyileşme daha sonraki yıllarda da artarak devam etmiştir.



Şekil 6. Türkiye’de Uzman Hekimlerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişme (2002-2008)

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü Aktif Çalışan Personel Çalışması, 2008; Mollahaliloğlu, 2008



Şekil 7. Türkiye’de Hemşire-Ebelerin Coğrafi Dağılımındaki Gelişme (2002-2008)

Kaynak: SB Personel Genel Müdürlüğü Aktif Çalışan Personel Çalışması 2008; Mollahaliloğlu (2008)

Temel olarak bu değişim, personelin istihdam edilmesinin güç olduğu bölgelerde sözleşmeli personel alımı modeli ve nakillerde ilgili ihtiyacı esas alan adil yaklaşım uygulanarak sağlanmaya çalışılmıştır. Hekimler için ise sözleşmeli personel alımı ile birlikte mecburi hizmet uygulaması da dengesiz dağılımın düzenlenmesinde katkı sağlamıştır.

BECERİ DAĞILIMI (PERSONEL ORANLARI)

OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de hekim başına düşen hemşire oranı düşüktür. 2008 yılında bu oran bir hekime 0,8 hemşiredir (bu oran hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyenleri birlikte dikkate alındığında 1,4’tür). 2007 OECD ortalaması 3; 2008 AB ortalaması ise 1,9’dur (OECD ortalaması ebelerin uzman hemşire olarak istihdam edildiği bazı ülkelerde ebeleri, bazı ülkelerde ise yalnızca hastanede çalışan hemşireleri içermektedir. AB ülkeleri için ise çalışan tüm ebe ve hemşireleri içermektedir) (EC, 2011). Bu durum hekim sayıları ile karşılaştırıldığında ülkedeki hemşire sayılarında göreceli bir dengesizliği göstermektedir.

Diğer yandan sağlık sektöründe istihdam edilen hemşire ve ebelerin farklı düzeylerde eğitim almış olmaları ve buna rağmen aynı statüde istihdam ediliyor olmaları, beceri dağılımı açısından önemli bir konudur. Değişik düzeylerde hemşirelik ve ebelik eğitimi almış personeli, birbirinden ayırt edecek bir sistem henüz kurulamamıştır. Aktif çalışan mevcut hemşire ve ebeler 4 yıllık üniversite, 2 yıllık yüksekokul, açık öğretim (yalnızca sağlık meslek lisesi mezunlarına yönelik),

18 aylık kurs ve sağlık meslek lisesi mezunlarından oluşmaktadır. Tüm bu farklı eğitimlere sahip hemşire ve ebeler aynı kategoride değerlendirilmektedir ve bu mesleklerin gelişimini etkileyen bir durumdur.

Bunun yanında personelin genel oransal dağılımına bakıldığında orta düzey (hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyenleri vb.), üst düzey (hekim, diş hekimi, eczacı vb.) ve destek düzeyindeki personel (genel idari hizmetler personeli, şoför, terzi, aşçı vb.) grupları arasında dengesiz bir dağılım olduğundan söz edilemez. Orta düzey personel tüm çalışanların %42,9'unu oluştururken; üst düzey personel %28,5'ini, destek düzeyindeki personel ise %28,6'sını oluşturmaktadır.

PERSONEL VERİMLİLİĞİ

Geçmiş yıllara oranla personel verimliliğinin daha iyiye gitmekte olduğu gözlenmektedir. Hekimlerin verimliliğinin en kaba göstergesi, yılda hekim başına düşen muayene sayısıdır. 2006 yılında 3.179 olan hekim başına düşen muayene sayısı 2007 yılında 3.630'a, 2008 yılında 3.969'a yükselmiştir (Atasever, 2010). 2009 ve 2010 yılında ise bu oran, sırasıyla 4.155 ve 4.069 olmuştur (SB, 2011). Bu değerler OECD ortalaması olan 2.510'un çok üzerindedir. Bu artış performansa dayalı ödeme sisteminin uygulamaya geçmesi ve özellikle hem birinci hem de ikinci ve üçüncü basamakta sağlık kurumlarında muayene odası sayısındaki artışla hemen hemen tüm hekimlerin kendine ait muayene odasına sahip olması ve çalışmayan sağlık ocaklarının aktif hâle getirilmesi gibi düzenlemelerle gerçekleşmiştir. Ancak ayakta hizmetlerde bir hekimin yılda ortalama muayene ettiği hasta sayısının -hizmet kalitesinin olumsuz yönde etkilenmemesi için en fazla 7.000 hasta ile sınırlandırılması gerektiği, aksi takdirde her bir hekimin hasta başına ayırdığı sürenin ve dolayısıyla hizmet kalitesinin azaldığı bilinmektedir (DSÖ, 2001).

D. PERSONEL EĞİTİMİ

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM

Pratisyen hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, fizyoterapistlik, hemşirelik, ebelik ve diğer bazı sağlık meslekleri eğitimleri üniversiteler tarafından yürütülen başlıca mezuniyet öncesi eğitim programlarıdır. Sağlık personelinin üniversite düzeyindeki eğitimi YÖK tarafından düzenlenmektedir. Diğer sağlık personeline yönelik eğitimler, sağlık yüksekokullarında ve sağlık meslek liselerinde sürdürülmektedir. Sağlık meslek liselerinde hemşirelik bölümlerinde daha önce durdurulan öğrenci alımlarına 2007-2008 Öğretim Yılı'nda yeniden başlanmıştır. Sağlık meslek liseleri, 2004 yılında Sağlık Bakanlığından Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiştir. Tablo 4, 2008 yılında yeni alınan öğrenci sayılarını ve okullarda eğitimdeki toplam öğrenci sayılarını göstermektedir.

Tablo 4. Eğitimdeki Toplam Personel Sayısı (2008)

	Eğitim Süresi	Toplam Program	Toplam Yeni Alınan Öğrenci 2008	Toplam Öğrenciler
Uzman hekim	4,5*	99	4644	17744
Pratisyen hekim	6	49	5253	30372
Aile hekimi	3	34	170	419
Dış hekim	5	20	1131	5458
Eczacı	5	14	1020	5005
Hemşire	4	167	13573	35466
Ebe	4	64	1488	7634
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	4	24	851	3178
Laboratuvar teknisyeni	4	72	952	2562
Radyoloji teknisyeni	4	24	412	1526
Anestezi teknisyeni	4	27	688	2372
Tıbbi sekreter	3	132	2725	7031
İlk ve acil yardım teknisyeni	3	204	4336	9645
Fizyoterapist	4	10	653	2370
Diğer SHS personeli	3,5*	-	-	-
Yöneticiler	4	-	-	-
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	4	-	-	-
Diğer teknik hizmetler personeli	-	-	-	-
Genel idari hizmetler personeli	-	-	-	-
Yardımcı hizmetler personeli	-	-	-	-
Toplam	xxx	940	37896	130780

Kaynak: Yükseköğretim Kurulu (2008) ve Milli Eğitim Bakanlığı (2008)

*Ortalama

SB eğitim ve araştırma hastanelerinde yürütülen tıpta uzmanlık eğitimleri dışında temel personel kategorilerine yönelik lisansüstü eğitim, üniversitelerde verilmektedir. Ancak bu tür eğitimlerde belirleyici olan SB'nin hedeflerinden çok ileri düzey eğitim almaya yönelik bireysel insiyatiflerdir. Bu anlamda sağlık hizmet ihtiyaçları dikkate alınarak hem sayısal hem de çeşitlilik ve müfredat açısından revizyona gidilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Eğitim standartları çeşitlilik göstermektedir ve hedefe dayalı eğitim standartlarından çok kişisel çabalara bağlıdır. SB'nin yalnızca eğitim hastanelerine alınan asistan sayıları ve uzmanlık eğitiminin kalitesi üzerinde kontrolü bulunmaktadır.

Üniversitelerde yönetim alanında eğitim programları mevcuttur; ancak yöneticilerin hizmet içindeki rolleri ve yönetici tanımı, liderliğe dayalı yöneticilikten çok, mevcudu idame ettirmeye yönelik bir idareciliğe odaklanabildiği görülmektedir.

Türkiye'de sağlık iş gücü arzının sürekliliğini sağlamak üzere yeni yetiştirilecek adaylar bulunmasında bir sıkıntı yoktur. Sağlık ile ilgili okullar ve fakülterlere yeterli başvuru bulunmaktadır (Vujicic ve ark. 2009, SB, 2007). Dolayısıyla özellikle tıp fakültelerine alınacak öğrenci sayılarının artırılmasında bir sıkıntı olmayacaktır. Ancak bu durum, hemşirelik eğitimi için özellikle mevcut okul ve fakülte sayısı düşünüldüğünde, istatistik verisi eksikliği nedeniyle net olmayan bir durum

arz etmektedir. Türkiye, dünyada tıp fakültelerinde öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayısının en düşük olduğu ülkelerden biridir. Ancak hemşireler ve sağlıkla ilgili diğer programlar için aynı durum söz konusu olmadığı düşünülmektedir.. Bu durumda tıp dışı sağlık programları ile tıp eğitiminin örtüşen konularında daha fazla ortak müfredatın uygulanması, tıp fakültesi olan yerlere diğer sağlık programlarının açılmasının sağlanarak tıp fakültesi öğretim üyelerinin ortak kullanımının artırılması gibi alternatif çözümlerin kısa sürede üretilmesi gerekecektir.

HİZMET İÇİ EĞİTİM

SB, sınırlı düzeyde hizmet içi eğitim sağlamaktadır. Sürekli tıp eğitimine ilişkin herhangi bir mecburiyet olmasa da SB tarafından personeline hizmet içi eğitim verilmektedir. SB taraafından gerçekleştirilen “Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması” sonuçlarına göre yürütülen hizmet içi eğitim programları sağlık personeli tarafından yeterli bulunmadığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre görüşülen sağlık personelinin %50,4’ü hizmet içi eğitimleri yeterli bulmamaktadır. Meslekler açısından bakıldığında ise pratisyen hekimlerin yalnızca üçte birinin hizmet içi eğitimleri yeterli bulduğu gözlenmiştir (SB, 2010).

SB, bu durumu değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik adımlar atmıştır ve bu amaçla 1983 tarihinde yürürlüğe konmuş olan Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği’ni yürürlükten kaldırılarak 2009 yılında yeni bir hizmet içi eğitim yönetmeliği hazırlamıştır. Bunun yanı sıra SB, 2006 yılından bu yana Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü aracılığıyla, kamu sektöründe faaliyet gösteren sağlık kurumlarının idaresinden sorumlu il sağlık müdürleri, başhekimler ve diğer SAİK sorumlularına yönelik bilgisayar tabanlı etkin bir uzaktan hizmet içi yönetim eğitimi programı başlatmıştır. SB, Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (USES) olarak adlandırılan sistem ile sağlıkta insan kaynakları eğitim kapasitesinin artırılmasını, sağlık personelinin bilgi ve becerilerini geliştirerek personelin görevlerini daha iyi yerine getirebilmelerini ve mesleki gelişimlerinin devamını sağlamayı amaçlamaktadır. USES tarafından sunulmuş ve sunulmakta olan eğitimler: Microsoft Office Eğitimi, Temel Yönetim Becerileri Eğitimi, İleri Yönetim Becerileri Eğitimi, Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programları, Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı, Anne Sütü ile Beslenme Danışmanlık Eğitimi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Eğitimi’dir. Buna ek olarak SB, SDP kapsamında aile hekimliği modeline geçiş sürecinde de kapsamlı bir hizmet içi eğitim programı başlatmıştır.

Hizmet içi eğitimlerle ilgili temel sorun alınan hizmet içi eğitimlerin performansa etki ettirilmesi, kariyer planlamasında göz önünde bulundurulması ve görevde yükselmelerin alınan eğitimler ve iş tecrübeleri ile ilişkilendirilmesi noktasında sıkıntılar bulunmasıdır. Sağlık iş gücünün kendi alanlarında uzmanlaşması teşvik edilmelidir. Kişilerin özellikle ülkemizde eğitim programı olmayan ama ihtiyaç duyulan alanlarda yurt dışında eğitim görmesini teşvik edecek adımların atılması gerekmektedir.

E. İNSAN KAYNAKLARININ ORGANİZASYON VE YÖNETİMİ

Sağlık sektörünün performansının büyük ölçüde sağlık çalışanlarının performansına bağlı olması gibi, sistem performansı da insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesine bağlıdır (SB, 2007). SB, her düzeyde ve geniş kapsamlı bir sağlık hizmetleri sunumu sağlamaktadır. Ancak önceki bölümlerde de belirtildiği gibi özellikle kırsal bölgelerde personelin coğrafi dağılımında, personelin birbirine olan oranlarındaki dengesizlikler ve bazı kurumlarda yetersiz personel olması gibi genel sorunlar geçmişe göre azalmakla birlikte mevcuttur.

Kamu üniversiteleri ve vakıf üniversitelerinde eğitim gören tıp fakültesi mezunlarının yanında yurt dışında eğitim gören doktorlar da, kamu sektöründe mecburi hizmetle yükümlüdür. Yeni mezunlar kura sistemi ile illerdeki hekim ihtiyacı doğrultusunda mecburi hizmetlerini gerçekleştirmek üzere yerleştirilmektedir. Mecburi hizmet uygulaması, coğrafi dağılımdaki dengesizliklere çözüm getirmek amacıyla kullanılan ve başarılı bir yöntem olmuştur.

Öncelikle, her ne kadar mecburi hizmet, SAIK kadroları arasında coğrafi dengesizliklerin azaltılması konusunda etkili olmuş olsa da sürdürülebilirliği için motivasyonu güçlendirecek ilave uygulamaların geliştirilmesi gerekecektir. Bu konudaki çalışmalar sürmektedir.

Personel motivasyonu ve hizmet kalitesinin yanı sıra daha iyi coğrafi dağılımı ve beceri dağılımını geliştirmek için etkin bir finansal ve finansal olmayan teşvik dengesi oluşturulması, bu temel sorunların çözümünde sağlanacak süreklilik için gereklidir.

2004 yılında SB hastanelerinde “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” (PDÖ) uygulamaya konmuştur. Performansa dayalı ödeme sisteminde personele her ay düzenli olarak aldıkları maaşlarına ek olarak bir ödeme yapılmaktadır. Ek ödemeler, kalite indikatörlerini de kapsayan kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesinin karışımı doğrultusunda oluşturulan performans kriterlerine göre belirlenmektedir. Personel maaşları, SB’nin bütçesindeki personel maaşları bölümünden karşılanırken performansa dayalı ek ödemeler sağlık kurumlarının elde ettiği döner sermaye gelirlerinden yapılmaktadır (Vujicic ve ark., 2009). Bu ödeme sistemi ile sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık iş gücü gelirlerinde de iyileşme sağlanmıştır. Tablo 5’te ek ödemeleri de içerecek şekilde sağlık personelinin yıllık ortalama gelirleri verilmiştir.

Bu uygulamanın ana hedefi, kamu sağlık çalışanları arasında motivasyonun ve verimliliğin artırılmasıdır. SDP başlatılmadan önce kamu sektöründe çalışan uzman hekimlerin önemli bir bölümü yarı zamanlı çalışmaktaydı ve uzman hekimler özel sektörde çalışmayı tercih ediyorlardı. Bunun sonucu olarak da devlet hastanelerinde yığılmalar meydana geliyor; hastalar hekime ulaşmak için uzun süreler bekliyordu ve hem hizmet sunanların hem de hizmet alanların sağlık sistemi

memnuniyeti oldukça düşük oluyordu (Vujicic ve ark., 2009). Performansa dayalı ödeme sistemi bu sorunları çözmeye yönelik olarak uygulamaya konan önemli müdahalelerden biri olmuştur.

Ancak uzun vadede PDÖ sisteminin kalite ve verimlilik üzerine etkisi uluslararası tecrübelerin gösterdiği gibi sınırlı olabilecektir. PDÖ sisteminde performans, bir önceki değerlendirme dönemine göre artış yada azalma temel alınarak ödüllendirilmektedir. Sistemin ilk uygulamaya başlandığı dönemlerde göreceli düşük olarak gözlenen performanslarda bir süre sürekli artışlar izlenmektedir. Ancak performans düzeyleri tavana ulaştığında iyileşme potansiyelinin azalma ihtimali bulunmaktadır. Bu noktada PDÖ sisteminin bu durum dikkate alınarak sürekli geliştirilmesinde, ayrıca klinik kalitenin daha fazla ağırlık kazanacağı bir puanlama sisteminin oluşturulmasında fayda olacağı düşünülmektedir. Ayrıca PDÖ kapsamında yapılan ödemelerin kişilerin emekliliklerine sınırlı bir şekilde yansımaları çözümlenmesi gereken bir durumdur. Bunların yanı sıra Bakanlık merkez teşkilatında uygulanan ek ödeme sisteminin de merkez teşkilatına daha nitelikli, daha kaliteli ve tecrübeli uzman personeli kazandırmak ve görevlerinde uzun süre tutmak hedefleriyle düzenlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. SB'nin bu konuları kapsayan iyileştirme ve geliştirme çalışmaları devam etmektedir.

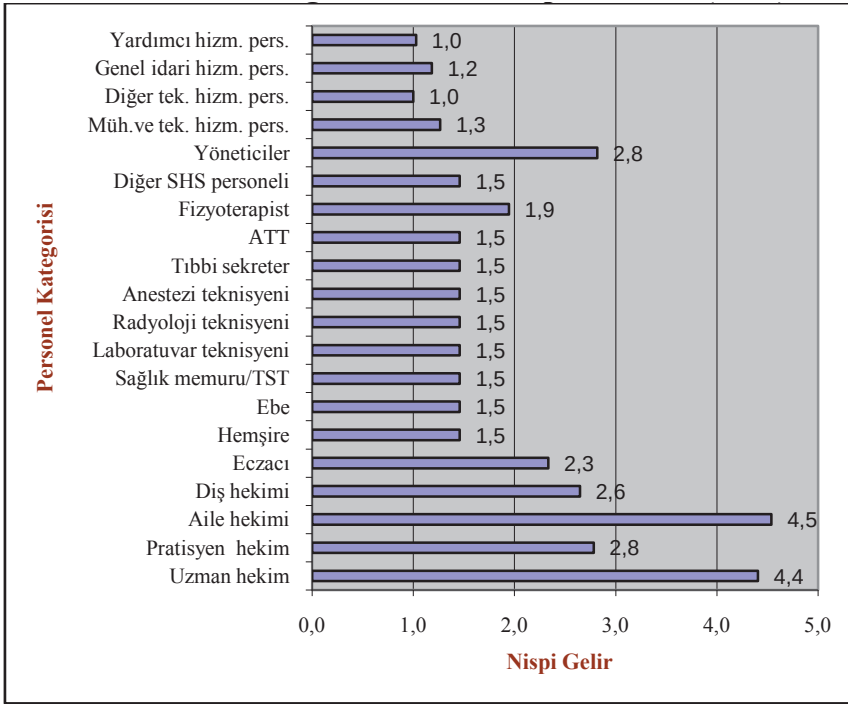
Tablo 5. Kamu Sağlık Personeli Ortalama Yıllık Gelirleri (2008)*

GELİRLER	2008 ortalama yıllık gelir	Nispi gelir 2008 yılı
Uzman hekim	67944	4,4
Pratisyen hekim	42900	2,8
Aile hekimi	70000	4,5
Diş hekimi	40800	2,6
Eczacı	36000	2,3
Hemşire	22500	1,5
Ebe	22500	1,5
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	22500	1,5
Laboratuvar teknisyeni	22500	1,5
Radyoloji teknisyeni	22500	1,5
Anestezi teknisyeni	22500	1,5
Tıbbi sekreter	22500	1,5
İlk ve acil yardım teknisyeni	22500	1,5
Fizyoterapist	30000	1,9
Diğer SHS personeli	22500	1,5
Yöneticiler	43452	2,8
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	19500	1,3
Yardımcı hizmetler personeli	15840	1,0
Genel idari hizmetler personeli	18240	1,2
Diğer teknik hizmetler personeli	15420	1,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2009)

* Çalıştığı bölge, il, kurum, çalıştığı süre ve süreç içerisinde değişen mevzuata göre gelirler farklılık gösterebilmektedir.

Personel motivasyonunu ve verimliliğini etkileyen diğer bir konu da farklı düzeylerdeki personelin gelirleri arasındaki ilişkinin dengede tutulmasıdır. Hâlihazırda yapılan ek ödemeler de dikkate alınarak personel ücretleri arasındaki farklılık incelendiğinde uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi gibi üst düzey personel ile şoför, aşçı, terzi gibi destek düzeyindeki personelin ücretleri arasındaki farklılığın kabul edilebilir aralıkta olduğu gözlenmektedir. En üst ve en düşük personel dereceleri arasındaki ücret oranı yaklaşık 4,5'e 1'dir. Bu personel dereceleri arasındaki istenilen fark genellikle 3 ila 6'ya 1 seviyelerindedir. (DSÖ, 2001). Öte taraftan, hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi orta düzey ile destek düzeyindeki personel arasındaki ücret farklılıkları düşüktür. Bu meslek grupları arasındaki farklılık 1,5'e 1'dir. Farklı beceri düzeyleri arasında kıymet takdirlerinin yeniden yapılması konusunda çalışmaların yapılması düşünülmelidir (Şekil 8).



Şekil 8. Kamu Sağlık Personeli Nispi Gelirleri (2008)

İstihdam uygulamalarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kısıtlılıklarından dolayı, 2003 yılında uygulamaya konan, 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657 4B uygulaması yoluyla; sağlık personelinin işe alımı, işten çıkarılması ve istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda yeni bir yapılanma ve Devlet Memurları Kanunu'nda olmayan esneklikler sunulmaktadır. Ancak bu mo-

deller de istihdamla ilgili sorunların bir bölümüne çözüm getirirken personel motivasyonu bağlamında uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından tekrar düşünülmesini gerektirmiştir. Bu konuda sistemi iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmektedir. Uzun süredir aynı bölgede görev yapan (özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da) sözleşmeli personele yer değiştirme imkânı tanınmadığından dolayı sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu ve benzeri problemlerin çözümüne yönelik yeni esneklikler getirilmektedir. Örneğin yakın zamanda eş ve sağlık nedeniyle tayin şansı ve uzun süredir aynı bölgede çalışan personele yeni işe alımlar döneminde yer değiştirme önceliği tanınması ve böylece yer değiştirme hususunda imkânların biraz daha genişletilmesi sağlanmıştır. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması sonuçlarına göre, kırsal yörede çalışmada; özellikle hizmet altyapısının sağlanmış olması, ekip çalışması için yeterli personel desteği, aile bütünlüğünü sağlayacak düzenlemelerin yapılması, belirli bir hizmet süresi sonrası daha iyi bir bölgeye tayin imkânı olması, lojman varlığı, esnek çalışma rejimi ve kişisel güvenliğin sağlanması ön plana çıkmaktadır (SB, 2010). Bunlara yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

Aile hekimliği uygulaması istisna olmak kaydıyla, şu anda insan kaynakları işlevlerinin yönetimi üzerinde yerel düzeyde kontrole ilişkin çok az alan bulunmaktadır. İşe alma ve işten çıkartma, terfiler ve transferler gibi birçok SAİK işlevleri, SB'nin merkez birimleri tarafından idare edilmektedir. Bu örgütsel yapı, kadrolara atanacak personelin merkez tarafından atanmasını uygun görerek yerel makamların personel hareketine ilişkin imkanlarını sınırlamaktadır (SB, 2007).

Hekim ve hemşire istihdamında verimliliği iyileştirmenin bir diğer yolu da görev tanımlarının yeniden yapılmasıdır. Örneğin tıbbi sekreterlerin yapması gereken işler, hekim ve hemşireler tarafından yapılıyorsa yeni görev tanımları ile her iki meslek grubunda daha verimli çalışması sağlanabilir. Görev tanımlarının yenilenmesi hekim ve hemşirelerin gereksiz iş yükünden dolayı hizmet kalitesinde yaşanabilecek sorunları da azaltabilir.

Personel yönetimi bakımından, SB tarafından kullanılmaya başlanılan Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS), İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) ve Personel Dağılım Cetveli (PDC) ile sağlık iş gücü niteliği ve niceliğine yönelik çok sayıda veri elde edilebilmektedir. Ancak bu verilerin bilgiye dönüştürülmesinde güçlükler yaşanabilmektedir. Her ne kadar SB giderek daha karmaşık denetim ve bilgi toplama teknikleri benimsiyor olsa da bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetimi için eğitilmiş ve donanımlı eleman ihtiyacı olduğu gözlenmektedir.

Sağlık çalışanlarının planlamasına yönelik olarak SB taşra teşkilatında çalışan personel ihtiyacını (dağılımını) belirlemek amacıyla 2006 yılında PDC çalışması başlatılmıştır. PDC'nin amacı SB taşra teşkilatında iller ve birimler itibarı ile sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışacak mevcut personelin unvan ve branşlara göre sayısını belirlemektir. Personelin iller düzeyinde planlanmasında temel ilke Evhalkı Tespit Fişi nüfusedir. Personel sayısını belirlemede yatak sayısının kullanıldığı durumlarda ise SB'ce tescil edilmiş Bakanlığa ait yatak sayıları

esas alınmaktadır. Birim bazında belirlenen personel sayısının o birim için Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği'nde öngörülen standartları aşması hâlinde söz konusu yönetmeliğin standartları dikkate alınarak atamalar yapılmaktadır.

Bunun dışında SAİK planlamasına yönelik stratejik SAİK geliştirme bakış açısını içeren formel ve düzenli bir sürece girilmiştir. SAİK yönetimi eskiden personel fonksiyonları açısından düzenlenmiştir. Proaktif yönetim ve yönetici kavramı, henüz istenilen düzeyde olmasa da hızla gelişmektedir. SAİK planmasından sorumlu iki birim bulunmaktadır: Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü ve Strateji Geliştirme Başkanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Personel Genel Müdürlüğü bu iki birime destek vermektedir. Ancak bu birimlerin bu fonksiyonu yerine getirebilmeleri için mevcut kapasiteleri ve Bakanlık teşkilat şemasındaki pozisyonları ile ilgili çalışmalar ve düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Merkez teşkilatının yeniden organize edilmesi çalışmalarında buna dikkat edilmiş, buna uygun yeni yapılar oluşturulmuştur.

Bakanlık, etkinliğini ve sağlık hizmetleri kalitesini geliştirme yönünde hareket etmek için yeni politikalar ve operasyonel mekanizmalar ortaya koyarak yönetim becerilerini geliştirmeyi ya da sistematik olarak sağlık personelinin işe yerleştirilmesine, çalıştırılmasına, geliştirilmesine ve kariyer gelişimine yönelik konularda etkili olmayı amaçlamıştır. Başka bir deyişle, Bakanlık İnsan Kaynakları Geliştirme (İKG) konusunda proaktif bir pozisyon almayı amaçlamıştır.

IV.

İNSAN KAYNAKLARI SORUNLARI VE KONULARI

A. ŞU AN MEVCUT OLDUĞU GÖZLENEN SORUN VE KONULAR

Dünyanın her yerinde bütün kuruluşlar çeşitli SAİK sorunları yaşamaktadır. Farklılık, bu sorunların büyüklüğünde, farklı kuruluşların nasıl yapılandırıldığında ve ulusal özelliklerdir. Söz gelimi, bir kuruluş yeterli personele sahipken, iş-veren-çalışan ilişkilerinin iyi gitmemesi ve çalışanlarının motivasyonunun düşük olması gibi sorunları yaşayabilir. Bir diğer kuruluşta personel sıkıntısı çekilmekle birlikte çalışanların motivasyonu daha yüksek olabilir.

Bu kuruluşların her biri için karşılaşılan sorunlar ve olası çözümler farklıdır. SB'nin de kendine özgü sorunları bulunmaktadır ve bunların çözümü için yine SB'nin ihtiyaçlarını karşılayacak çözümlerin geliştirilmesi gereklidir. SB var olan SAİK sorunlarının niteliğini kabul etmekte ve bunların çözümü için güçlü bir siyasi kararlılık göstermekte ve önemli adımlar atmaktadır. SB, SAİK'in dağılımı ve performansı ile ilişkili sorunların birçoğunu ele almak için adımlar atmıştır; ancak hâlen çözüm bekleyen sorunlar da bulunmaktadır.

GENEL SORUNLAR

SB'nin ve bir bütün olarak sağlık sektörünün yüz yüze olduğu kapsamlı genel sorunlar şunlardır:

- Özellikle değişen sağlık hizmet sunumu felsefesi ışığında personel sayısının birbirine oranlarında ve sundukları becerilerde dengesizlikler ve yetersizlikler; hekim başına düzen hemşire oranında ve aile hekimi sayısında

yetersizliklerin olması.

- b. Personelin coğrafi dağılımında dengesizlikler; coğrafi dengesizliğin giderilmesine yönelik adımlar atılmış ve olumlu sonuçlar alınmış olmasına rağmen, bu gelişmenin sürekliliğinin sağlanması.
- c. Bilgi ve becerilerindeki farklılıklar nedeniyle farklı tipteki personel arasında eşitsizlikler ve bunun sonucunda sunulabilir hizmetlerin tip ve kalitesi farklı olması; örneğin, halk sağlığı hemşiresi, uzman hemşirelik, stajyer hemşirelik gibi farklı düzeyde eğitim, bilgi, deneyim ve beceri gerektiren kategorilerin belirlenmesi.
- d. Bazı personel grupları için iş ve rollerin tanımının daha iyi yapılması veya personel aktiviteleriyle ilgisiz olması. Örneğin hemşirelerin sekreterlik, teknisyenlik, laborantlık, kayıt gibi işlerde görevlendirilmesi.
- e. Personel gelişimi ve kariyer yönetiminin sınırlı ve kontrolsüz olması; personel terfileri personelin istihdam ediliş yöntemine göre tabi olduğu kanunun ve yönetmeliklerin tanımladığı çerçeve ile sınırlı olması; sürekli tıp eğitimi/sürekli mesleki eğitimin zorunlu olmaması ve kariyer yönetimi ile ilişkilendirilmemesi.
- f. Eğitimli yönetici personel ve yönetim bilimci eksikliğinin olması.
- g. Bunu değiştirme konusunda çalışmalar olsa da bilgi sistemlerinin erken tedbire dayalı (proaktif) yönetimden çok tepkisel idareye dönük olması. Ayrıca her ne kadar SB giderek daha karmaşık denetim ve bilgi toplama teknikleri benimsiyor olsa da bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetimi için ilave eğitim ihtiyacının olması.
- h. Bazı personel kategorileri için bireysel ve kurumsal verimlilik ve performans iyileştirme konusundaki teşviklerin yetersiz olabilmesi. Motivasyon ve hizmet kalitesinin yanı sıra daha iyi coğrafi dağılım ve beceri dağılımını geliştirmek için etkin bir finansal ve finansal olmayan teşvik dengesi bulma konusunda çalışmaların sürekli yürütülmesi. Diğer taraftan, mevcut teşviklerin uzun dönemli etkinliğinin sağlanması ve sürekli geliştirilmesi.
- i. Hizmet gelişim ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için mevcut temel eğitim kapasitesinin artırılması.
- j. Mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim, eğitimin faydalarının görülmesi konusunda yeterince etkiye sahip hale getirilmesi.
- k. Bu belirtilen konularda kanıta dayalı uygulama geliştirmek için yeterli düzeyde araştırmanın yapılması.

Bu genel sorunların hepsi olmasa da çoğu, stratejik planda ele alınmış ve bu konularda öneriler sunulmuştur. Bunlar dokümanın ilerleyen bölümlerinde yer almaktadır.

Bu veya daha önce değinilmiş genel sorunların hızla ve anında çözülmesi mümkün değildir. Bunlar için zaman, mevcut olan siyasi kararlılığın sürmesi, liderliğin devamı ve uyumlu bir sektörler arası iş birliği ve daha etkili ve etkin sağlık hizmetlerine yönelik değişimi yakalama adına kaynak gereklidir. Dokümanın ilerleyen bölümlerinde yer alan kısımlarında, bu sorunlara ve çözümlerine, hedefleri ve takvimi belli gelişim projeleri biçiminde bir yaklaşım sergilenmesi önerisi getirilmektedir.

B. GELECEK 15 YIL İÇİNDE MEYDANA GELEBİLECEK SORUNLAR VE KONULAR

1. Sağlık hizmetlerinin ülke hedeflerine ulaşabilmesi ve verimliliği için SB'nin tüm sektörü içine alacak şekilde planlama yapabilme ve yönetme kabiliyetini artırması gerekecektir.
2. Hâlihazırda özellikle hekimlerle ilgili dağılım dengesizliklerini gidermek/önmek amacıyla uygulanan mecburi hizmet ve sözleşmeli personel istihdamı politikalarının personel motivasyonunu yüksek tutacak yeni düzenlemelerle sürekliliğinin sağlanması gerekli olacaktır.
3. Özellikle personel hareketliliğinin gereğince yönetilmesi ve etkili bir SAİK yönetimi yapılabilmesi için daha gelişmiş ve sürdürülebilir SAİK bilgi sistemine duyulan ihtiyaç artacaktır. Örneğin tüm sektöre yönelik personel kayıp oranları ile ilgili derlenmiş bir bilgi ya da bu bilgiye erişimi sağlayacak bir sistem şimdilik bulunmamaktadır. Gelecekte tüm sektördeki planlama, denetim, izleme ve değerlendirmeyi de dikkate alacak daha geniş bir bilgi sistemine ihtiyaç duyulacaktır.
4. SB, topluma sunulan hizmetlerin yelpazesini ve kalitesini artırma girişimlerini sürdürdükçe, başta hemşireler olmak üzere orta düzey personelin sayısı, kalitesi ve becerileri çok önemli bir mesele hâline gelecektir. Önümüzdeki yıllarda hizmet sunum biçimini daha esnek hâle getirerek kilit personel kadrolarının geleneksel rollerinin değiştirilmesi, bu paralelde mevcut eğitim programlarında da değişikliğe gidilmesi gerekecektir.
5. Bu 15 yıllık süre zarfında hizmet kalitesi ve kurumsal performans daha da önemli konular hâline gelecek, ülke genelinde kurumların aktivitelerini izlemek için yeni yöntemler gerekecektir.
6. Kamu sektöründe ve özel sektörde uygulama standartlarını korumak için üst düzey personelin (hekimler vb.) lisanslandırılması ve lisanslarının yenilenmesi olmazsa olmaz bir gereksinim olacaktır (validasyon, revalidasyon).
7. SB'nin etkinliği, kaliteyi ve motivasyonu artırma çabaları doğrultusunda personel maaşları hem miktar hem farklı personel grupları arasındaki

farklılıklar hem de farklı performans düzeylerinin tanınması bakımından gittikçe daha da önemli bir konu hâlini alacaktır. Performansa dayalı ödeme sisteminde, motivasyon farklılıklarını giderecek şekilde, yeni düzenlemeler yapılması ve belirsizliklerin giderilmesi gerekecektir.

8. Sağlık hizmetleri ortamı hızla değiştiği için, SB'nin yeni ortaya çıkan sorunlara derhâl yanıt verebilmesi adına planlama, politika yapma ve icra fonksiyonlarının net çizgilerle birbirinden ayrılması gerekecektir.
9. Sağlık hizmetlerinin etkinliği iyileştirmek için sağlık kurumlarına bu kurumların büyüklüklerine göre personel tayin etme şeklindeki mevcut uygulamanın değiştirilerek kurumsal iş yükü bazında istihdama geçilmesi gerekli olacaktır.
10. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi başta olmak üzere sağlık alanındaki eğitimlerin tamamının standardize edilmesi gerekecektir. Mezuniyet sonrası eğitim, sağlık hizmetlerinde bilgi ve beceri gelişimi için giderek daha önemli hâle gelecektir. Bunun için, mezuniyet sonrası eğitim verilirken daha hedef odaklı yaklaşımların benimsenmesi gerekli olacaktır.
11. Kamu sağlık hizmetlerinin dekonsantrasyonu sağlık hizmetlerinin yönetimi konusunda yeni talepler doğuracak, şu aşamada pek önemli görülmesi de ileride yereldeki personelin yönetim becerilerinin artırılmasını gerekli kılacaktır. Daha nitelikli ve eğitilmiş orta düzey yönetici ihtiyacı artacaktır.
12. SB'nin uluslararası arenada etkisi artacağından, yardım ettiği ülkelere yönelik eğitim müfredatı geliştirme, teknik donanım sağlama, altyapı kurma ve uluslararası sağlık alanında uzman kişilere olan ihtiyacı artacaktır.

Bütün bu konuların ele alınabilmesi için, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak İKG çalışmalarıyla daha yakından bağlantılı hâle getirilmesi gereklidir. Burada kullanıldığı anlamıyla İKG, SB'nin hedeflerine ulaşmasını sağlamak amacıyla iş gücünün işe alımı, devamlılığı ve gelişimine yönelik sistemlerin, politikaların ve uygulamaların geliştirilerek bunların birbirine entegre edilmesini içermektedir. Bu da özellikle, SAİK planlama, SAİK politika oluşturma, eğitim, SAİK veri toplama, SAİK araştırma ve değerlendirme, SAİK yönetimi ve çalışan ilişkileri işlevlerini geliştirme konusunda kararlı ve sürdürülebilir bir çaba anlamına gelmektedir. Bütün bunlar için, liderlik ve mevcut olanın ötesinde kaynak tahsisi gereklidir.

V.

PLAN DÖNEMİ HEDEFLERİ

A. PLANLAMA VARSAYIMLARI

SB, sağlık hizmetlerine yönelik stratejik yönünü belirlemek üzere çalışmalarını sürdürürken, SAİK konusundaki yönünün şu faktörlere göre belirlenmesi muhtemeldir:

1. Sağlık kurumlarının sayılarını artırmakla birlikte verilen hizmetleri de güçlendirerek hizmetlerin daha iyi hâle getirilmesini sağlamak,
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunum modelini aile hekimliği çerçevesinde tasarlamak ve güçlendirmek,
3. Sağlık sektöründe özellikle orta ve üst düzey personelin beceri dağılımını iyileştirmek,
4. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde dekonsantrasyonu için merkezde ve il düzeyinde yönetim becerilerini geliştirmek.

Çalışma grubu tarafından oluşturulmuş ve gelecekteki SAİK ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik projeksiyonların hazırlanmasında kullanılan anahtar varsayımlar Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Planlama Varsayımları

Hastalık ve baskın doğum ve ölüm paternleri ----> Kanser, kalp ve damar hastalıkları, kronik hastalıklar (diyabet, obezite vs.) ve psikiyatrik hastalıkların ağırlığı sürecek. Ortalama yaşam süresi uzayacak, nüfus yaşlanacak ve buna bağlı olarak geriatrik ve evde bakım hizmetlerine ihtiyaç artacak. Ölüm ve doğum oranları birbirine yakın olacaktır.

Kamu sektörü ve özel sektör dengesindeki değişim ----> Kamu sektörü baskın hizmet sunucu olmayı sürdürecektir, bununla birlikte kamu teşviki ve ülkenin ekonomik kalkınması doğrultusunda özel sektör büyümeye devam edecek. Özel sektör hizmetlerinin kullanımındaki artış sürecektir.

Kamu sağlık harcamalarındaki büyüme ----> GSYİH'den sağlığa ayrılan pay ve kamu sağlık harcamaları artacaktır.

Personel harcamaları ve personel dışı harcamalar arasındaki denge --- > Personel harcamaları personel dışı harcamalara oranla daha fazla artacaktır.

Koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetlere verilen ağırlıktaki değişim ----> Aile hekimliğine geçiş ile koruyucu hizmetlere verilen ağırlık ve hizmetin etkinliği artacaktır.

Birinci basamak hizmetler ve üst basamak hizmetlere verilen ağırlıktaki değişim ----> Birinci basamak hizmetler Aile Hekimliği sistemi ile daha güçlü ve etkin hale getirilecektir. Böylece ikinci ve üçüncü basamak kurumların hasta yükü dengelenecektir. Üst basamak kurumlarda yatak kalitesi artırılacaktır.

Kentsel ve kırsal nüfusa verilen ağırlık ----> Kırsal nüfusa sunulan hizmetler güçlendirilecek, kentsel nüfustaki artışı karşılamak için sunulan hizmetler genişletilip güçlendirilecektir.

Üst, orta ve destek düzey personele verilen ağırlık ----> Orta düzey personele verilen ağırlığa yönelik mevcut politikalar devam edecek. Ancak üst düzey personele de eğitilmiş yönetici sayısını ve tip fakültelerine alınacak öğrenci sayısını artırma yoluyla ağırlık verilecektir.

Bu varsayımları önerilere çevirirken hedeflenen değişikliklerin sağlık hizmetleri için kullanılabilir finansal kaynaklarla uyumlu olması gerekmektedir. Maliye Bakanlığı ve DPT aracılığı ile geliştirilen finansal varsayımlar Tablo 7’de gösterilmiştir. 15 yıllık dönemde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) için ortalama artış hızı tahmini DPT tarafından hazırlanmıştır ve %4,1 olarak tahmin edilmiştir (DPT, 2009).

Tablo 7. Kamu Sağlık Sektörü Maliyet Projeksiyonu

GAYRİ SAFİ YURTIÇİ HASILA			
950098	Başlangıç yılı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) (000,000.0 TL)		
4,1	GSYİH'da tahmini ortalama yıllık % değişim (0,0)		
BAŞLANGIÇ YILI KAMU SEKTÖRÜ TAHMİNİ CARİ HARCAMALARI (000,000.0)			
199944	Toplam cari harcamalar (tüm kamu sektörü)		
13984	Toplam kamu sağlık sektörü cari personel harcamaları		
21464	Toplam kamu sağlık sektörü personel dışı cari harcamalar		
2008	2023	İndeks TAHMİNLER VE PROJEKSİYONLAR	
21,0	24,5	116	Toplam kamu cari harcamalarının GSYİH içindeki % si
17,7	21,5	121	Cari sağlık harcamalarının tüm kamu sektörü cari harcamaları içindeki % si
39,4	43,1	109	Kamu sağlık sektörü cari personel harcamalarının kamu cari sağlık harcamaları içindeki % si
▲			
TOPLAM FONLAR (000,000.0 beklenen kişi başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla)			
950098	1738422	183	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
13285	21125	159	Kişi başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
199944	425913	213	Cari harcama fonları, toplam kamu sektörü
35448	91571	258	Kamu cari harcama fonları, sağlık sektörü
13984	39467	282	Cari harcama fonları, kamu sağlık personeli
7,2	=personel harcamalarında sürdürülebilir ortalama yıllık % değişim, B-Yılı→H-Yılı		

Kaynak: Maliye Bakanlığı (2009), DPT (2009), Sağlık Bakanlığı (2009)

Not: Hedef yıla ait toplam personel maliyetleri hesaplanırken personel maaşlarına yapılan ek ödemeler de dikkate alınmıştır.

Ülkelerin gelişmişliklerine bakılmaksızın personel maaş ve ek ödenek giderlerinin kamu cari sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğu evrensel bir gerçektir. Türkiye’de bu oran %39,4’dür. Bu yalnızca tüm kamu sektörü cari sağlık harcamaları içinde personel ücretleri (performansa dayalı ek ödeme hariç) için harcanan miktarı göstermektedir. Daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi kurumların döner sermaye gelirleri personele yapılan ek ödemelerde ana kaynak olarak kullanılmaktadır. Hâlihazırda SB’de döner sermaye gelirlerinin %31’i personel maaşlarına yapılan ek ödemeler için kullanılmaktadır.

2023 yılı projeksiyonlarına ulaşırken, kamu sektörüne ayrılan kaynakların artırılması (%21 iken %24,4) ve buradan personel harcamalarına ayrılan payın da %39,4’den %43,1 e çıkarılması önerilmiştir. Tüm bu değişimlerin projekte edilmiş GSYİH’deki ortalama büyüme ile birleşimi personel harcamalarında yıllık ortalama %7,2’lik bir artış yapılabileceğini göstermektedir. Hedef yıla ait toplam personel maliyetleri hesaplanırken personel maaşlarına yapılan ek ödemeler de dikkate alınmıştır. Uygulamada ek ödemeler, döner sermaye gelirlerinden yapıldığı için, gerçekte, bütçede personel harcamaları için yapılan artış daha az olacaktır. Orta vadeli çalışma dökümanı açıklandıkça yapılan projeksiyonlarda değişiklik yapma fırsatı olmakla beraber burada hazırlanan personel projeksiyonları yukarıda anlatılan finansal çerçevede hazırlanmıştır.

Yapılan analizler hâlihazırda SB'nin hedeflenen personel artışlarına ulaşmada maaşları ve ek ödemeleri karşılayacak yeterli finansal kaynağa sahip olacağını göstermektedir. Projeksiyonların SB'nin maaşların ödenmesi için gerekli mali kaynağın sınırlı kalacağını gösterdiği durumda dahi ortada uygulanabilecek oldukça açık politika seçenekleri mevcuttur. Birincisi yukarıda önerildiği gibi hükümetin sağlık harcamalarından personel ödemelerine ayırdığı payı artırması olacaktır. Diğer seçenekse hâlihazırda uygulanan maaş artı ek ödeme sisteminde döner sermayeden yapılan ek ödemenin ağırlığının artırılması ve daha fazla ağırlığın maaşlar yerine ek ödemelere verilmesi olacaktır. Yapılan bazı simülasyon çalışmaları döner sermaye gelirlerinin, ek ödemelerin gerçekleştirilmesi için gereken kaynaktan daha fazla olacağını göstermektedir (Vujicic ve ark., 2010). Bununla birlikte döner sermaye gelirlerinden personel ek ödemeleri için ayrılan %31'lik pay da daha yukarılara çekilebilir (mevcut üst limit %40'tır). Gerçekte hastaneler idari yönden daha fazla yetkilendirildiğinde ücretlendirme politikası olarak tüm ücretlendirmenin performansa dayalı ödeme üzerinden yapılması söz konusu olabilir. Böyle bir durumda sağlık personeli açısından sıkıntılı nokta ise emeklilik ödeneklerinde azalmanın olmasıdır. Çünkü ek ödemeler emeklilik ödemelerine kısmen yansımaktadır. Bundan dolayı bu çözüm önerisine birtakım karşı görüşler gelişecektir. Sağlık Bakanlığı ek ödemelerin de emekliliğe yansıtılması için gerekli çalışmaları sektör paydaşlarıyla birlikte yürütmektedir. Hedef tüm tarafların ihtiyaçlarına cevap verecek dengeli bir çözüm üretmek olmalıdır. Böyle bir tercihte Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki hizmet birim fiyatlarının maaş ve performansa dayalı ödemeyi de dikkate alacak şekilde yeniden belirlenmesi gerekecektir.

B. HİZMET SUNUMUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

15 yıllık periyotta, tüm kamu hastanelerinin sundukları hizmet ve sunulan hizmetleri destekleyecek gerekli personel açısından belli bir kalite düzeyine getirilmesi ve hastane yataklarının daha etkili ve etkin (yatak doluluk oranlarının artması, hasta yatış gün sayısının azaltılması vb.) kullanılması beklenmektedir. Birçok hastanede gözlenen düşük yatak işgal oranları, bu hastanelerin daha iyi hizmet veren kurumlar hâline getirilebilmesi için ortalama yatak sayıları ve personel sayılarında bir düzenleme yapılması gerekliliğini işaret etmektedir. Hastanelerdeki kullanım kapasitesinde artış sağlamak ve hastaneleri daha etkin ve verimli çalışan kurumlara dönüştürmek için çalışma grubu tarafından hastane yatak sayılarının yeniden düzenlenmesi önerilmiştir. Bu doğrultuda diğer özel dal hastanelerinin ve kronik hastalıklar ve uzun dönem bakım hastanelerinin ortalama yatak sayıları sırasıyla 117'den 125'e, 196'dan 200'e çıkarılmıştır (Tablo 10).

Genel hastaneler mevcut yatak kapasitelerinin ancak %54'ünün, diğer özel dal hastaneleri ise mevcut yatak kapasitelerinin ancak %60'ını kullanmaktadırlar. Genel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi ile (nüfusun %100'ü kapsanacaktır) hastane kullanım oranlarında bir artış olması beklenmektedir. Artan nüfus ile

birlikte de sağlık hizmetlerine olan talep de artacaktır. Tüm bu artışları karşılayabilmek için yatak sayılarının ve kullanım oranlarının bu doğrultuda düzenlemesi gerekliliği görülmektedir (Tablo 8 ve Tablo 9).

Yine aynı gerekçeler doğrultusunda çalışma grubunun önerisi ile eğitim ve araştırma hastaneleri ile psikiyatri hastanelerinin ortalama yatak sayıları, kullanım kapasitelerini artırmak amacıyla sırasıyla 571'den 500'e ve 472'den 225'e düşürülmüştür (Tablo 10). Nüfus artışı ve sağlık hizmetlerine olan talebi karşılayacak şekilde bu hastanelerin artan kullanım kapasitesi ile birlikte sayısında da bir artış olacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile birçok ülkede olduğu gibi hasta yatış gün sayılarında meydana gelecek olan düşüşten ortaya çıkacak ek bir kapasitenin de oluşması beklenmektedir.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hizmet kullanım oranlarındaki muhtemel değişimleri ve hastane yatak tiplerinde meydana gelecek değişiklikleri dikkate alarak gerçekleştirdiği yatak planlama çalışması çerçevesinde kamu sektörü ve özel sektörde hastane yatak sayılarında hedeflenen değişimler, sırasıyla Tablo 8'de ve Tablo 9'da verilmiştir. Yatak sayılarındaki artış, en fazla psikiyatri hastaneleri (%84) ile özel dal hastaneleri (%57) için önerilmiştir. Bu artışlarla toplam kamu hastane yataklarının sayısı 149.685'den 169.025'e çıkmış olup, 15 yılda %13'lük bir artış söz konusudur. Plan döneminde kamu hastane yataklarında genel olarak yatak sayısında hızlı bir artıştan ziyade yatak kalitesinde ve yatak kullanım oranlarında iyileşme hedeflenmektedir.

Tam kapasite ile çalışan işlevsel bir genel hastane ağının geliştirilmesi ve birinci basamakta aile hekimliği sisteminin tüm ülkede uygulanmasıyla ve hekim başına düşen kayıtlı vatandaş sayısının daha optimum seviyeye ulaşmasıyla birlikte, üçüncü basamak sağlık kurumlarına gönderilen gereksiz vaka sayısının azalacağı düşünülmektedir.

Birinci basamakta hizmet sunan kamu kurumlarında da değişiklik olacaktır. 2010 yılı sonunda aile hekimliği sisteminin tam uygulamaya geçmesi ile sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri almıştır. 15 yıllık dönemde AÇSAP merkezleri, dispanserler, halk sağlığı laboratuvarları ve sağlık evleri dışında kalan birinci basamak sağlık kurumlarının sayısında sağlık hizmet sunum modelinde öngörülen değişiklikler ve sağlık hizmetlerinin gelişimine yönelik varsayımlar doğrultusunda artış öngörülmektedir. ADŞM sayısındaki artış nüfus artışının biraz altında olacaktır. Ancak aile hekimliği merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve 112 acil istasyonlarının sayısında nüfus artışının üzerinde bir artış olması planlanmıştır (Tablo 8).

Özel sektördeki büyüme devam edecektir 2008 yılında 22.480 olan yatak sayısının %61'lik bir artışla 2023 yılında 36.111'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel sağlık sektörü kuruluşları ile gerçekleştirdiği anlaşmalar doğrultusunda bu kurumların sunduğu hizmetleri kullanma yolundaki mevcut politikanın süreceği düşünülmektedir. Ancak çalışma grubu, hekimler için

tam zamanlı çalışmayı öngören mevzuat gibi (tam gün yasası) yeni politikaların ve aile hekimliği sisteminin başarıyla uygulanmasının özel muayenehaneleri, özel poliklinikleri ve tıp merkezlerini etkileyebileceği ve bu kurumların sayılarında değişiklik olabileceği yönünde görüş bildirmiştir. Bunların dışında, SB özel poliklinik ve özel tıp merkezlerinin açılmasına yönelik daha net kurallar koymuş ve kalite kontrolleri başlatmıştır. Çalışma grubu, bunun da bu kurumların sayılarında beklenen değişikliğin diğer bir nedeni olabileceği kanaatinde (Tablo 9).

Kamu ve özel sağlık kurumlarındaki projekte edilmiş değişimler Tablo 8 ve 9'da verilmiştir.

Tablo 8. Kamu Sağlık Sektörü Kurumlarının Projeksiyonları

Kurum Tipi	Kurum Sayısı 2008	Planlanan Kurum 2023	Değişim %	Toplam Yatak 2008	Planlanan Yatak 2023	Değişim %
Üniversite hastaneleri	46	65	41	28370	34304	21
Eğitim hastaneleri	33	43	30	19507	21703	11
Genel hastaneler	683	698	2	73418	74729	2
Kadın doğum ve çocuk hastaneleri	69	81	17	13272	15383	16
Diğer özel dal hastaneleri	23	57	148	4534	7134	57
Psikiyatri hastaneleri	9	34	278	4160	7635	84
Kronik hastalıklar ve uzun dönem bakım hastaneleri	34	41	21	6424	8137	27
Sağlık ocakları/Aile sağlığı merkezleri	6305	13925	121	-	-	-
Sağlık evleri	5268	5268	0	-	-	-
AÇSAP	225	225	0	-	-	-
ADS Merkezleri*	123	135	10	-	-	-
Dispanserler**	243	243	0	-	-	-
Halk sağlığı laboratuvarları	149	100	-33	-	-	-
112 Acil	1308	1646	26	-	-	-
Toplum Sağlığı Merkezleri***	373	1012	171	-	-	-
TOPLAM	14891	23573	58	149685	169025	13

* Müstakil ADS Merkezleri

** Verem Savaş ve Sıtma Savaş Dispanserlerini içerir.

*** Toplum Sağlığı Merkezleri için hedeflenen kurum sayısına 2010 yılında ulaşılmış ve 2023 yılı içinde bu düzeyde kalması planlanmaktadır.

Not: Hastanelere yönelik hedefler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yatak planlama çalışması kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 9. Özel Sağlık Sektörü Kurumlarının Projeksiyonları

Kurum Tipi	Kurum Sayısı 2008	Planlanan Kurum 2023	Değişim %	Toplam Yatak 2008	Planlanan Yatak 2023	Değişim %
Genel hastaneler	400	334	-17	20938	33413	60
Vakıf üniversitesi/egitim hastaneleri	11	15	36	1542	2698	75
Doktor muayenehaneleri	11050	6000	-46	-	-	-
Diş Hekimi muayenehaneleri	10898	12652	16	-	-	-
Özel poliklinik ve tıp merkezleri	1859	1859	0	-	-	-
Laboratuvarlar	3106	3606	16	-	-	-
Özel tanı merkezleri	712	958	35	-	-	-
Eczaneler	23000	26702	16	-	-	-
TOPLAM	51036	52126	2	22480	36111	61

Not: 1. Hastanelere yönelik hedefler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yatak planlama çalışması kullanılarak hazırlanmıştır.

2. Genel hastaneler için planlanan yatak sayısında artış olduğu halde hastane başına ortalama yatak sayıları 50'den 100'e çıktığı (bkz. Tablo 11) için hastane sayılarında azalma görülmektedir.

Yatak sayılarındaki bu artışlara ek olarak hastane yatak işgal oranlarında da iyileşmeler hedeflenmektedir. Kamu hastanelerinde ortalama %66 olan yatak kullanım oranının %82'ye özel sektörde ise %53 olan oranın %80'e çıkması hedeflenmiştir.

Bu tablolarda gösterilen değişimler koşulsuz kesin rakamlar olarak verilmemiştir ve böyle de görülmemelidir. Bu rakamlar stratejik bir yönelimi göstermek içindir. Bu yönelim öncelikle toplumda artan beklentileri ve nüfustaki artışı karşılayabilmek için hastane hizmetlerinde bir iyileştirmenin ve güçlendirmenin, ikinci olarak da aile hekimliği sisteminin uygulanması ile aile sağlığı merkezleri aracılığıyla birinci basamak hizmetlere erişimin kolaylaştırılmasının hedeflendiğini göstermektedir.

Burada hedeflenen değişimlerin ortaya koyduğu politika seçenekleri şunları işaret etmektedir: 1. Kamu sektörü ve özel sektör yatakları bir arada değerlendirildiğinde nüfus artışının biraz üzerinde bir artış 2. Kamuda yatak sayısından ziyade yatak kalitesinde ve yatak kullanım oranlarında artış.

C. KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ KURUMLARI İÇİN ÖNERİLEN PERSONEL KADROLARI

Bir önceki bölümde bahsedildiği gibi kamu hastanelerinin hastane başına düşen ortalama yatak sayılarında değişiklikler (artış/azalma) önerilmiştir. Tablo 10, kamu hastaneleri için; Tablo 11 özel hastaneler için önerilen bu değişiklikleri göstermektedir.

Tablo10. Hastane Tipine Göre Ortalama Yatak Sayıları (Kamu)

Hastaneler	Mevcut Ort.Yatak (2008)	Önerilen Değişim (2023)	Değişim %
Kamu Hastaneleri			
Üniversite hastaneleri	525	525	0,00
Eğitim hastaneleri	571	500	-0,12
Genel hastaneler	107	107	0,00
Kadın doğum ve çocuk hastaneleri	190	190	0,00
Diğer özel dal hastaneleri	117	125	0,07
Psikiyatri hastaneleri	472	225	-0,52
Kronik hastalıklar ve uzun dönem bakım hastaneleri	196	200	0,02

Artan yatak sayıları ile birlikte her bir kategoride eklenen yeni yatakların uygulamada nasıl dağıtılacağı, her bir hastanenin gelecekte hizmet verdiği nüfus ve hastanenin fonksiyonları doğrultusunda ortaya çıkacak genişleme ihtiyacı doğrultusunda yapılacak değerlendirmelere bağlı olacaktır. Örneğin ortalama yatak kapasitesi 107 olarak belirlenen genel hastaneler için, bazı hastaneler 120 yatağa ihtiyaç duyarken bazı hastaneler sadece 100 yatağa ihtiyaç duyacaktır. Bunlar yerel ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenecektir.

Tablo 11. Hastane Tipine Göre Ortalama Yatak Sayıları (Özel)

Hastaneler	Mevcut Ort. Yatak (2008)	Önerilen Değişim (2023)	Değişim %
Özel Hastaneleri			
Genel hastaneler	50	100	100,00
Vakıf üniversitesi/eğitim hastaneleri	130	175	35,00

Çalışma grubu, önerilen ortalama yatak sayılarını temel alarak, farklı tipteki hastaneler için gereken personel sayılarını değerlendirmiştir. Bütün hastanelerde ortalama personel sayılarındaki değişiklikler, personelin değişen rollerine uygun olarak ve farklı tipteki hastanelerde yatak başına personel ve beceri düzeyi açısından daha tutarlı dağılım sağlamak amacıyla yapılmıştır. Genel hastanelerde, kadın doğum ve çocuk hastanelerinde asıl olarak orta ve üst düzey personel pozisyonları artırılarak, ikinci basamak hizmetleri verme yeteneklerini güçlendirme; diğer hastanelerde ise tüm personel sayılarında düzenleme yapılarak daha karmaşık vaka yüklerini kaldırabilme amaçlanmıştır. Dal hastanelerine bu alanda eğitim veren hastaneler dâhil edilmiş olduğundan, bu durum dikkate alınarak dal hastanelerindeki 2023 yılı personel normları; ağırlıklandırılarak belirlenmiştir.

Tablo 12, hastaneler için mevcut ve önerilen personel sayılarını göstermektedir. Tablo 12’de hastane başına düşen ortalama yatak sayısı da belirtilmiştir. Bu sayılar, yol gösterici olarak konulmuştur. Gerçek personel sayıları, hastaneden hastaneye farklılaşan fiili yatak sayıları ve iş yükleri dikkate alınarak belirlenmelidir.

Tüm birinci basamak kurumlarda personel sayılarının artırılarak güçlendirilmesine ağırlık verilmiştir. Sağlık evleri, AÇSAP/ADSM*, 112 acil istasyonlarında ve TSM’lerde kurum başına ortalama personel sayıları, sırasıyla 0,3’den 1’e, 27,6’dan 39,6’ya, 11’den 17’ye ve 30,5’den 64,5’e çıkarılmıştır. Detaylar, Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 12. Kamu Sektörü Hastaneleri için Önerilen Personel Dağılımı

Yıl	---KAMU HASTANE TÜRÜNE GÖRE TZE PERSONEL---															
	Eğitim Hast.		Üniversite Hast.		Genel Hast.		K.D. ve Çoc. Hast.		Diğer Özel Dal Hast.		Psikiyatri Hast.		Kr. Hast. Uldb Hast.		Toplam TZE pers.say.	
	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023
Ortalama yatak sayısı --->	500,0	525,0	525,0	500,0	107,0	107,0	190,0	190,0	125,0	125,0	225,0	225,0	200,0	200,0	61.067	77.396
Uzman hekim	381	354,0	434,6	359,0	24,1	38,0	39,5	69,0	39,3	47,0	56,0	45,0	39,7	55,0	61.067	77.396
Pratisyen hekim	32,5	8,0	26,8	8,0	10,6	6,0	8,0	4,0	7,2	2,0	3,4	5,0	4,7	1,0	10.874	5.709
Aile hekimi	3,8	4,5	0,8	4,5	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	469	489
Diğ hekim	9,4	6,0	3,6	7,0	5,1	6,0	0,7	0,0	10,2	0,0	0,7	23,0	0,7	0,0	4.282	5.689
Eczacı	5,4	7,5	3,6	6,0	0,9	3,0	1,6	3,0	1,3	3,0	0,4	3,0	1,3	4,0	1.219	3.491
Hemşire	257	1.190,0	243,2	1.220,0	48,8	64,9	45,4	130,0	44,9	90,0	39,8	200,0	58,6	160,0	63.344	205.654
Ebe	56,0	80,0	4,6	40,0	15,6	25,0	57,7	90,0	10,3	85,0	8,3	1,0	6,4	0,0	17.555	35.718
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	20,1	35,0	0,0	45,0	7,3	13,0	10,0	7,0	5,1	8,0	2,7	10,0	5,0	15,0	6.728	15.512
Laboratuvar teknisyeni	43,7	18,0	21,6	18,0	9,2	12,0	15,2	15,0	10,1	15,0	3,3	10,0	10,9	3,0	10.827	12.870
Radyoloji teknisyeni	35,8	33,0	11,3	15,0	7,7	8,0	8,2	8,0	9,4	8,0	2,1	9,0	8,6	2,0	8.325	9.491
Anestezi teknisyeni	12,8	15,0	6,3	15,0	4,7	8,0	6,8	8,0	4,1	8,0	0,2	7,0	1,8	2,0	4.663	8.642
Tıbbi sekreter	8,1	35,0	0,0	45,0	1,9	5,0	1,5	9,0	0,5	6,5	1,0	5,0	2,1	10,0	1.814	9.628
İlk ve acil yardım teknisyeni	1,7	8,0	0,0	8,0	1,4	3,0	0,2	2,0	0,2	2,0	0,2	2,0	0,0	2,0	1.006	3.390
Fizyoterapist	5,8	25,0	6,0	30,0	0,6	2,0	0,2	4,0	0,1	3,0	0,1	3,0	3,5	15,0	1.103	5.649
Diğer SHS personeli	26,1	30,0	80,1	75,0	4,3	5,0	5,5	15,0	10,5	10,0	5,5	20,0	5,5	10,0	9.290	12.565
Yöneticiler	5,3	8,0	3,6	10,0	1,6	3,0	2,4	3,0	2,5	3,0	1,1	3,0	3,1	3,0	1.840	3.734
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	2,9	11,0	1,9	20,0	0,3	3,5	0,3	2,5	1,3	2,5	0,0	4,0	0,3	2,0	447	4.791
Diğer teknik hizmetler personeli	11,6	15,0	19,9	20,0	2,2	3,0	3,6	7,0	2,0	5,0	2,0	5,0	3,3	6,0	3.526	5.319
Genel idari hizmetler personeli	53,7	40,0	42,8	40,0	15,2	13,0	19,6	19,0	11,9	11,0	8,1	4,0	15,9	15,0	17.083	16.341
Yardımcı hizmetler personeli	133,8	130,0	258,8	200,0	24,0	20,0	31,5	35,0	17,6	17,0	21,4	15,0	31,4	20,0	40.025	37.806
Hastane başına toplam	1.107	2.053	1.170	2.186	186	241	258	431	189	326	156	374	203	325	xxxxx	xxxxx
Yatak başına düşen TZE personel	1,9	4,1	2,2	4,2	1,7	2,3	1,4	2,3	1,6	2,6	0,3	1,7	1,0	1,6	xxxxx	xxxxx
Toplam, bu lokasyonda	42.056	89.113	66.665	142.804	126.963	168.595	18.054	34.855	2.832	18.605	1.408	12.691	7.506	13.223	256.571	453.971
Kamu sektörü oranı (%)	xxxxx	13%	xxxxx	21%	xxxxx	24%	xxxxx	5%	xxxxx	3%	xxxxx	2%	xxxxx	2%	xxxxx	65%

Not: Bölümlü verilen personel sayıları her bir hastanedeki personel sayısını farklı olduğunu göstermektedir (örneğin genel hastaneler için 0,5 aile hekimi 2 genel hastaneden yalnızca birinde aile hekimi uzmanı bulunacağı anlamına gelir).

Tablo 13. Kamu Sektörü Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Önerilen Personel Dağılımı

----- KAMU SEKTÖRÜ KLİNİK TÜRLERİNE GÖRE TZE PERSONEL -----														
VSD Diğer Disp.														
Sağlık Evi			Halk sağ. Lab.			112 Acil			TSM			Toplam kamu sek. klinik personeli		
SO/ ASM	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023	2008	2023
Uzman hekim	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	0.26	0.30	0.10	0.10	0.00	0.00	1.25	312	1572
Pratisyen hekim	2.60	0.00	0.00	0.00	2.13	2.00	2.96	3.00	0.10	1.00	4.00	2.00	24129	8934
Aile hekimi	0.00	3.20	0.00	0.00	0.70	0.70	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	254	43311
Diş hekimi	0.10	0.00	0.00	0.00	6.60	10.00	0.08	0.10	0.00	0.00	0.00	2.30	3796	5030
Eczacı	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	0.40	0.18	0.20	0.04	0.00	0.00	0.00	157	686
Hemşire	1.80	1.20	0.00	0.00	5.20	9.00	3.70	4.00	0.30	2.00	4.00	0.00	4.50	26856
Elbe	3.10	2.40	0.26	1.00	3.66	3.66	1.40	1.40	0.05	0.00	0.00	3.70	6.88	23775
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	0.90	0.40	0.00	0.00	0.13	0.60	1.87	1.90	0.20	0.20	0.00	0.00	4.50	3.29
Laboratuvar teknisyeni	0.20	0.00	0.00	0.00	0.33	0.33	0.78	0.80	2.70	2.70	0.00	2.30	5.75	2754
Radyoloji teknisyeni	0.03	0.00	0.00	0.00	0.01	0.10	0.78	0.80	0.01	0.00	0.00	2.30	3.83	1155
Anestezi teknisyeni	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8
Tıbbi sekreter	0.10	0.00	0.00	0.00	0.58	0.58	0.09	0.10	0.01	0.00	0.00	2.10	3.83	1630
İlk ve acil yardım teknisyeni	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12.00	0.00	0.00	32
Fizyoterapist	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
Diğer SHS personeli	0.30	0.00	0.00	0.00	2.87	7.00	2.04	2.00	1.30	1.30	0.00	0.00	12.38	3389
Yöneticiler	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	104	113
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	2.00	2.00	0.00	0.00	300	454
Diğer teknik hizmetler personeli	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.20	0.02	0.00	0.30	0.30	0.00	0.00	52	105
Genel idari hizmetler personeli	0.40	0.00	0.00	0.00	2.13	2.13	2.97	3.00	1.60	1.60	0.00	1.00	10.29	4320
Yardımcı hizmetler personeli	0.90	0.00	0.00	0.00	1.95	1.95	1.18	1.20	1.60	1.60	3.00	4.30	12297	10352
Klinik başına toplam	10.4	7.2	0.3	1.0	27.6	39.6	18.3	18.8	10.3	12.8	11.0	17.0	30.5	64.5
Toplam, bu lokasyon tipi için	65840	96859	1364	5268	9596	14862	2750	2820	1535	1285	14388	27986	11377	65311
Klinik personel % sı (bu kurum....	xxxxx	14.0%	xxxxx	0.8%	xxxxx	2.1%	xxxxx	0.4%	xxxxx	0.2%	xxxxx	4.0%	xxxxx	9.4%
....tütünde -->													xxxxx	30.9%

* Bu kurumlardaki personel sayısındaki artış ADSTM'lerden gelmektedir. AÇSAP'lar için personel sayısında bir artış öngörülmemiştir.

D. TOPLAM PERSONEL ARTIŞI

Kamu sektöründeki ve özel sektördeki toplam sağlık iş gücünün 2008 yılında 563.852 olan sayısının 2023 yılına kadar 1.067.572'ye yükselmesi beklenmektedir. Bu (projeksiyon dönemindeki %18'lik nüfus artış hızıyla karşılaştırıldığında) iş gücünde, tüm sağlık sektörü için %89,34'lük, kamu sektörü içinse %95,92'lik bir artış anlamına gelmektedir. Kamu sektöründeki özellikle profesyonel ve teknik personel gruplarına odaklanmış bu büyüme, bu personel gruplarının eğitim ihtiyacında artış ile neticelenecek önemli bir konu olarak değerlendirilmelidir. Aynı zamanda, yapılan projeksiyonlar SB'nin birinci basamakta aile hekimi uzmanlarını, ikinci ve üçüncü basamakta diğer uzman hekimleri istihdam etmeye doğru gittikçe, 15 yıllık dönem de pratisyen hekim oranının azalmasını da içermektedir. Önerilen artışların detayları Tablo 14'te verilmiştir. Toplam personel ihtiyaçlarının 2015 ve 2019 yıllarında gösterdiği değişim Ek 7'de verilmiştir.

Tablo 14. Personel İhtiyacı Projeksiyonları

Personel tipi	Kamu Sektörü İhtiyaç 2023	Özel Sektör İhtiyaç 2023	Sağlık Sektörü			Değişim %
			Arz 2008	İhtiyaç 2023	Ek personel ihtiyacı	
Uzman hekim	103010	33867	75989	136877	60888	80,1
Pratisyen hekim	15612	3194	35763	18805	-16958	-47,4
Aile hekimi	43831	549	1399	44380	42981	3072,3
Diş hekimi	11662	16364	19959	28026	8067	40,4
Eczacı	5085	27802	24778	32886	8108	32,7
Hemşire	238018	45271	99910	283289	183379	183,5
Ebe	83633	1444	47673	85077	37404	78,5
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	26654	4984	14525	31637	17112	117,8
Laboratuvar teknisyeni	19274	2877	14947	22150	7203	48,2
Radyoloji teknisyeni	13533	2096	10738	15629	4891	45,5
Anestezi teknisyeni	8645	1724	4395	10369	5974	135,9
Tıbbi sekreter	13830	1734	5562	15564	10002	179,8
İlk ve acil yardım teknisyeni	23183	2129	15486	25312	9826	63,4
Fizyoterapist	5732	1256	1916	6989	5073	264,8
Diğer SHS Personeli	29958	6299	21971	36258	14287	65,0
Yöneticiler	4365	774	2415	5139	2724	112,8
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	5769	164	1004	5932	4928	490,9
Diğer teknik hizmetler personeli	6521	1396	4657	7917	3260	70,0
Genel idari hizmetler personeli	100338	9391	83501	109729	26228	31,4
Yardımcı hizmetler personeli	127143	18462	77264	145605	68341	88,5
Toplam	885795	181776	563852	1067572	503720	xxx
Değişim %	95,92	62,69	xxx	89,34	xxx	89,34

Not: Pratisyen hekim sayıları halk sağlığı ve acil tıp uzmanlarını da içermektedir.

Bu plan döneminde sağlık personelinin genel beceri düzeyini yükseltebilmek için, yetiştirilen üst ve orta düzey profesyonel sağlık personeli sayısının artırılması gerekecektir. Burada, her tür sağlık hizmet talebini karşılamak için üst ve orta düzey profesyonel personele ağırlık verecek şekilde personel sayılarında artış önerilmiştir.

Bir bütün olarak hizmetlerde genel beceri düzeyinin artırılması çabaları doğrultusunda, daha fazla üst ve orta düzeydeki tıbbi olmayan teknik personelin de yetiştirilmesi gerekecektir. Ayrıca, mevcut yöneticilerin yönetim becerilerinin geliştirilmesi, yönetilen bir gelişim süreci çerçevesinde genç üniversite mezunlarından başlayarak profesyonel yöneticilerin eğitilerek sağlık hizmetlerinde kullanılması yönünde girişimlerin artırılmasına ihtiyaç duyulması beklenmektedir.

Önerilen değişikliklerin sağlık sektörünün genel beceri düzeylerine etkisi Tablo 15'te gösterilmiştir. Tablo 15, orta ve üst düzey personel oranında az bir artış göstermektedir. Yönetici yüzdesi çok az bir oranda artmakla birlikte gelecekte bu kadroların profesyonel yöneticiler tarafından doldurulması öngörülmektedir. Destek düzeyindeki personel oranında ise bir azalma görülmektedir.

Tablo 15. Kategorilerine Göre Personel Dağılımı Karşılaştırması

DAĞILIM %		KADRO	Kategori	Yıl	Yıl
Yıl	Yıl			2008	2023
2008	2023				
13,5	12,8	Uzman hekim	Üst Düzye	% 28,6	% 29,5
6,3	1,8	Pratisyen hekim			
0,2	4,2	Aile hekimi			
3,5	2,6	Dış hekim			
4,4	3,1	Eczacı			
0,4	0,5	Yöneticiler			
0,2	0,6	Mühendis ve tek. hizm. personeli			
0,0	4,00	Hemşire*			
17,7	22,5	Hemşire	Orta Düzye	% 43	% 46,6
8,5	8,0	Ebe			
2,6	3,0	Sağlık memuru/Toplum sağ. tek.			
2,7	2,1	Laboratuvar teknisyeni			
1,9	1,5	Radyoloji teknisyeni			
0,8	1,0	Anestezi teknisyeni			
1,0	1,5	Tıbbi sekreter			
2,7	2,4	İlk ve acil yardım teknisyeni			
0,3	0,7	Fizyoterapist			
3,9	3,4	Diğer SHS personeli			
0,8	0,7	Diğer teknik hizmetler personeli			
14,8	10,3	Genel idari hizmetler personeli	Destek Düzye	% 28,5	% 23,9
13,7	13,6	Yardımcı hizmetler personeli			
100	100	Toplam		100	100

* Üst düzey hemşire

E. YENİ İŞE ALINACAK PERSONEL SAYISI

Bu 15 yıllık dönemde istihdam edilecek personel sayısı iki kısımdan oluşmaktadır:

1. Hizmetlerin artışından kaynaklanan ihtiyacı karşılayacak personel,
2. Bu süre zarfında ayrılacak personeli ikame edecek personel.

15 yıllık dönemde gerçekleşecek personel kayıplarına yönelik daha doğru bir ölçüm yapılabilir. Ancak mevcut kayıp eğilimlerindeki belirsizlikler, bunu yapmaya el vermemiştir.

SB’de emekli olan ve ölen personele yönelik kayıtlar olmasına rağmen kamu sektöründeki personel kayıpları ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Mevcut veriler, SB ile kısıtlı ve tüm nedenlerden dolayı gerçekleşen kayıpları açıklayamamaktadır. Özel sektörden kayıplarla ilgili bilgi bulunmamaktadır. Bu sayıların ne olabileceği ile ilgili üzerinde çalışılmış bir tahmin yapılmış ve kayıp oranlarına yönelik bazı genel öneriler geliştirilmiştir. Gelecekte bu tahminleri iyileştirmeye yönelik daha fazla çalışmanın yapılması gerekecektir. Bu tahmini sayılar, Tablo 16’da 15 yıllık dönemde kamu sektöründeki ve özel sektördeki ihtiyaçların karşılanabilmesi için işe alınması gereken personel sayılarının belirlenmesinde kullanılmıştır. Kayıp oranlarının personel kategorilerine göre; yaş, hizmet süresi, cinsiyet ve kariyer fırsatlarına bağlı olarak değişebileceği hatta değişeceği açıktır.

Başka ülkelerde de gözlenen bir genelleme doğrultusunda iş gücünün farklı elementlerinin her yıl %2,5 ile %5’in kamu sektöründen ayrılacağı önerilmektedir. Düşük kayıp oranları, üst düzey personel; yüksek kayıp oranları ise destek düzeyindeki ve dışarıda daha uygun fırsatlara sahip olan diğer personel grupları için önerilmiştir. Bu toplam kayıplar içinde, %2’lik bir bölümün de çalışmak üzere özel sektöre geçebileceği düşünülmüştür. 15 yıllık dönemde özel sektör de kendi içinde personel kayıpları ile karşılaşacaktır. Tüm bunlar, kamu sektöründen ayrılan ve özel sektöre de katılmayanlarla birlikte sağlık sektöründen toplam personel kayıplarını oluşturmaktadır. Bu hesaplamaların sonuçları, ek personel ihtiyacı ile birleştirildiğinde 15 yıllık dönemde işe alınması gereken personel sayısını belirlemektedir. Bu doğrultuda yapılan hesaplar, toplamda 576.512 işe yeni alınacak personele ulaşmaktadır (Tablo 16).

Tablo 14’ü takip eden yorumlarda da belirtildiği gibi bu projeksiyonların hazırlanmasında personel kayıp oranlarını da içeren birtakım belirsizlikler söz konusudur. Bu yüzden bu projeksiyonlar, kısa dönemde eğitilecek personele yönelik ölçünün ve seyrin resmini ortaya koyacak, gelecekte işe alınacak personel ihtiyaçlarına yönelik makul tahminler olarak görülmelidir.

Tablo 16. Yeni İşe Alınacak Personel İhtiyacı Projeksiyonları

Personel Kategorisi	Kamu Pers. 2008	Tahmini kayıplar 15 yılda	Özet sektöre geçiş %2/yıl	Tahmini kayıp S.sektörü	Özet sektör Pers. 2008	Tahmini kayıplar %2/yıl	Tahmini toplam kayıp S.Sektörü	Ek personel İhtiyacı (Tablo 14)	Toplam İşe alınmalar
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b-c)	(e)	(f)	(g)=(d+f)	(h)	(i)=(g+h)
Uzman hekim	57423	21533	17227	4307	18566	5570	9877	60888	70764
Pratisyen hekim	31951	11981	9585	2396	3812	1144	3540	-16958	-13418
Aile hekimi	1179	442	354	88	220	66	154	42981	43136
Diş hekimi	6002	2251	1801	450	13957	4187	4637	8067	12705
Eczacı	1373	515	412	103	23405	7022	7125	8108	15233
Hemşire	84175	31566	25253	6313	15735	4720	11034	183379	194413
Ebe	44094	16535	13228	3307	3579	1074	4381	37404	41785
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	13500	5063	4050	1013	1025	307	1320	17112	18432
Laboratuvar teknisyeni	12654	4745	3796	949	2293	688	1637	7203	8840
Radyoloji teknisyeni	9153	3432	2746	686	1585	476	1162	4891	6053
Anestezi teknisyeni	3550	1331	1065	266	845	253	520	5974	6494
Tıbbi sekreter	4522	1696	1357	339	1040	312	651	10002	10653
İlk ve acil yardım teknisyeni	10302	3863	3091	773	5184	1555	2328	9826	12154
Fizyoterapist	1070	401	321	80	846	254	334	5073	5407
Diğer SHS Personeli	16102	6038	4831	1208	5869	1761	2968	14287	17255
Yöneticiler	2102	788	631	158	313	94	252	2724	2976
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	933	350	280	70	71	21	91	4928	5020
Diğer teknik hizmetler personeli	3981	1493	1194	299	676	203	501	3260	3761
Genel idari hizmetler personeli	76531	28699	22959	5740	6970	2091	7831	26228	34059
Yardımcı hizmetler personeli	71524	26822	21457	10729	5740	1722	12451	68341	80792
Toplam	452121	169545	135636	39273	111731	33519	72793	503720	576512

Not: “toplam işe alımlar” kolonundaki eksi işareti personel fazlalığını göstermektedir

F. EĞİTİM İHTİYACI

Projeksiyonlardan doğan eğitim ihtiyacına yönelik sayılar özetlenmiş hâlde Tablo 17’de verilmiştir. Eğitim sırasındaki kayıplara (okulu bırakma, hastalık ve sınıfta kalma gibi) yönelik tahminler YÖK istatistiklerinden faydalanarak hazırlanmıştır.

Okullara alınacak öğrenci sayılarına yönelik ihtiyaçlar uzman hekim, aile hekimi, pratisyen hekim ve hemşire sayılarında gelişen önemli artışları işaret etmektedir. SB’nin önemli aktivitelerinden biri olarak eğitim ihtiyaçlarına yönelik daha detaylı bir iş eğitim planı (business plan) hazırlanmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu plan fiziksel kapasite artışı, eğitim verilecek alanlar, eğitmenler/öğretim elemanları dikkate alınarak ve bu ihtiyaçları etkileyecek yeni gelişmeler ışığında hazırlanmalıdır.

Mevcut aile hekimliği programlarının sayısını, ihtiyaçları karşılayacak düzeye getirmek gerekmektedir. Hâlihazırda aktif olarak çalışan pratisyen hekimlere yönelik, onları aile hekimi yapmak üzere bir sertifika programı yürütülmektedir. Teorik aile hekimliği eğitimi alan pratisyen hekimler, eğitimlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunma görevlerini sürdürmektedirler. Ayrıca uzaktan internet eğitimiyle desteklenen aile hekimlerine yönelik klinik uygulama bilgilerini artıracak eğitim müfredatı çalışmalarının da kısa sürede tamamlanması gerekecektir. Uzun vadede

tüm aile hekimi uzmanlarının uzmanlık eğitim programlarından mezun olan hekimler olması beklenmektedir. Bu yüzden aile hekimliği programlarının sayısında bu değişimi gerçekleştirecek oranda, önemli düzeyde bir artış önerilmiştir. Ancak bu süreçte uzmanlık eğitim programlarının kapasitesini hızla artırmak mümkün olamayacağı için bir süre daha hedeflenen aile hekimi sayılarına ulaşmak amacıyla pratisyen hekimlerin aile hekimliği uyum eğitimi alarak istihdam edilmesine devam edileceği düşünülmektedir.

Tablo 17. Hedef İhtiyaçları Karşılama Üzere Eğitilecek Personel Sayısı Projeksiyonu

Personel kategorisi	Toplam İşe alınacak pers. İht. 2008- 2023	Yıl 2008 alınan öğrenci sayısı	Halen eğitimde olan toplam öğrenci	Eğitimde Beklenen Kayıplar 2008- 2023	Alınması gerekten öğ. 2009-2023	Toplam alınması gerekten öğ. 2008-2023
Uzman hekim	70764	4644	17744	976	53997	58641
Pratisyen hekim	0	5253	30372	3037	69388	74641
Aile hekimi	43136	170	419	8	42726	42896
Diş hekimi	12705	1131	5458	546	7793	8924
Eczacı	15233	1020	5005	300	10528	11548
Hemşire	194413	13573	35466	3901	162848	176421
Ebe	41785	1488	7634	1298	35448	36936
Sağlık memuru/Toplum sağlığı teknisyeni	18432	851	3178	636	15890	16741
Laboratuvar teknisyeni	8840	952	2562	512	6791	7743
Radyoloji teknisyeni	6053	412	1526	305	4832	5244
Anestezi teknisyeni	6494	688	2372	474	4596	5284
Tıbbi sekreter	10653	2725	7031	1406	5028	7753
İlk ve acil yardım teknisyeni	12154	4336	9645	1929	4438	8774
Fizyoterapist	5407	653	2370	284	3321	3974
Diğer SHS personeli	17255	-	-	-	-	-
Yöneticiler	2976	-	-	-	-	-
Mühendis ve teknik hizmetler personeli	5020	-	-	-	-	-
Diğer teknik hizmetler personeli	3761	-	-	-	-	-
Genel idari hizmetler personeli	34059	-	-	-	-	-
Yardımcı hizmetler personeli	80792	-	-	-	-	-
Toplam	589930	37896	130780	15614	427624	465520

G. İŞ GÜCÜNÜN YÖNETİMİ

Bu dökümanda kullanılan “Yönetim” kelimesi iş gücünün eğitim, işe alınma, dağılım ve mobilizasyonunu kapsamaktadır. Sürecin bir bölümü, SAİK yönetiminin idari bir süreç olmaktan çıkarılıp proaktif bir yönetime dönüştürülmesidir. Bu, SDP çerçevesinde dekonsantrasyonla bağlantılı olarak hâlihazırda başlatılmış durumdadır. Bu orta vadeli SAİK planı da bu gelişmelerin bir parçasıdır.

Dekonsantre bir sistemde, sağlık hizmetleri sunumunda hakkaniyeti sağlayacak, sunulan hizmet türlerinin ve kalitesinin geliştirilmesini ve etkinlikte gözle görülür gelişmeleri sağlayacak bir SAİK yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda yeni konular, orta vadede gündeme gelecektir.

Özellikle öneme sahip olan bir konu da üst düzey profesyonel personelin hizmet içindeki hareketinin yönetimidir. Birçok personel kategorisi için bu hareketlerin merkezden yönetilmesine ya da merkezden yönlendirilmesine olan ihtiyaç devam edecektir. Bu da belli bir kategorideki personelin yeterli ve dengeli dağılımını sağlamak için kapsamlı bir SAİK bilgi sistemini gerektirmektedir. Tüm bunlar, bu dokümanın VI. Bölümü'nde bahsedildiği gibi özellikle üst düzey profesyonel kadroların kariyer gelişimini de içeren yeni politikaların belirlenmesini gerektirecektir.

Özel sektördeki büyüme ve özel sektör için önerilen rol, özel sektör ve kamu sektöründe istihdama yönelik yeni kavramlara da ihtiyaç duyacaktır. Bu konular ilgili karar vericilerle etraflı değerlendirmelerle birlikte mevcut durumun daha iyi analiz edilmesi ihtiyacından dolayı başlangıç niteliğinde IV. Bölüm'de de ele alınmıştır.

Mali sınırlılıkların , kalite ve performans iyileştirmeye yönelik artan taleplerin devam etmesiyle birlikte, personel ihtiyaçlarının iş yükü ve çalışma verimliği ile bağlantısız personel normları temelinde belirlenmesi artık yeterli değildir. Sonuç olarak, eğitim ve yönetici sayılarının artırılmasını, iyi yöneticiler için teşviklerin iyileştirilmesini ve yeterli sayıda yönetici personelin sağlanmasını kapsayan İKG ve SAİK yönetimi kavramlarına SB'nin gelişim gündeminde öncelikle yer verilmesini gerekli kılmaktadır.

Bu değişim ihtiyaçları, insan kaynaklarının şu anda olduğundan daha yoğun bir şekilde izlenmesini ve bu da SAİK performansını geliştirecek beceri ve rollere sahip personelin ülke geneline dağılımını gerektirecektir.

Plan döneminde hizmet sunumuna yönelik bazı anahtar değişiklikler Tablo 18'de gösterilmektedir.

Tablo 18. Değişimin Anahtar Göstergeleri

YIL 2008	YIL 2023	Projeksiyon süresi= 15
71095000	84053000	Toplam nüfus
126	79	Nüfus personel oranı
% 4,0	%5,4	Kamu cari sağlık hacamalarının GSYİH'ya oranı
563852	1067572	Bu senaryodaki toplam sağlık personeli
793	1270	100,000 nüfusa düşen personel sayısı
159	238	100,000 nüfusa düşen hekim sayısı
228	476	100,000 nüfusa düşen hemşire* sayısı
242	244	100,000 nüfusa düşen toplam kamu ve özel yatak sayısı
172165	205136	Toplam yatak sayısı
87	82	Kamu yataklarının % si
64	81	Ortalama yatak işgal oranı (%)
9482071	15233382	Toplam taburcu sayısı
133	181	1000 nüfusa düşen taburcu sayısı

* Hemşire, ebe ve toplum sağlığı teknisyenlerini içerir.

VI.

POLİTİKA ÖNERİLERİ

A. İNSAN KAYNAKLARI AKTİVİTELERİNDE İSTENEN DEĞİŞİKLİKLER

2023 Vizyon geliştirme çalıştayında, çalıştayı takip eden çalışma grubu toplantılarında ve farklı geliştirme stratejilerinin incelenmesinin ardından, en uygun stratejinin öncelikli olarak birinci basamakta hizmet sunumunda aile hekimliği modelinin başarıyla uygulanması ve buna paralel olarak ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin güçlendirilmesi olduğu net biçimde ortaya konmuştur. Hizmetlerin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması yaklaşımı iş gücünün de artırılmasına yol açacaktır. Bunlara bir de sağlık personelinin ücretlerinin ve özlük haklarının iyileştirilmesi, genel beceri düzeylerinin artırılması ve insan kaynaklarına ilişkin cari maliyetlerin optimizasyonu gereksinimi eklendiğinde, insan kaynaklarını daha verimli ve etkin kullanma yolları aranacaktır. Toplumun sağlığı ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için bu arayışa girilmesi de gereklidir. Bu gerçekler ışığında SB'nin kısa ve orta vadede aşağıdaki noktalara yoğunlaşması gerekmektedir:

1. Bir insan kaynakları geliştirme süreci oluşturulması: Bu süreç SAIK planlamasının güçlendirilmesini, iş gücünün ve kurumsal performansın geliştirilerek izlenmesi ve yönetilmesini, personel eğitiminin amacının ve odağının genişletilmesini, personel politikalarının ve uygulamalarının bireysel ve kurumsal başarıyı teşvik etmeyi de kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmesini içerir.
2. Hizmetlerin ve kurumların sayısı, kabiliyet ve personelin birbirine oranı (beceri karışımı/dağılımı) bakımından güçlendirilmesi,
3. Kurumsal personel atamalarının yalnızca kurum özelliklerine göre değil, aynı zamanda iş yükü düzeylerinin gerekliliklerini karşılayacak biçimde daha esnek hâle getirilmesi,

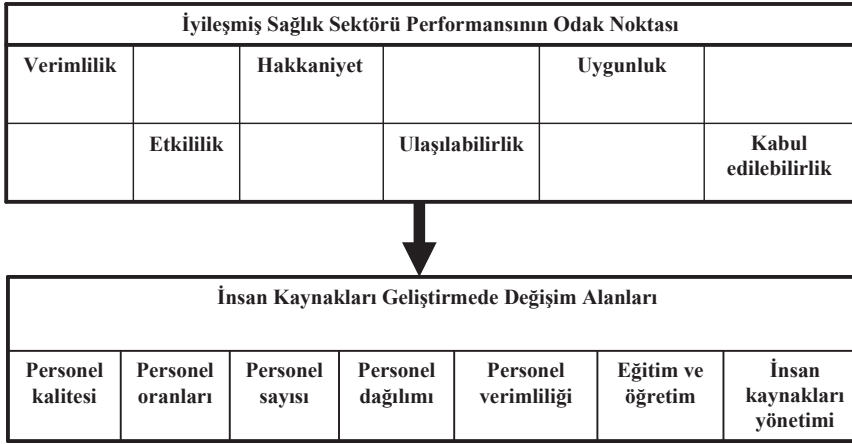
4. Personel atamalarının ve kariyer gelişiminin daha yönetsel yaklaşımlara bağlanması,
5. Verimliliği ve bağlılığı artırmak amacıyla ücret ve ek ödeme sistemlerinin ihtiyaçlar doğrultusunda düzenlenmesi,
6. SB'nin kamu sektörü/özel sektör denkleminde personel hareketliliğini yönetme kapasitesinin artırılması,
7. Hekimler ve orta düzey personel için eğitim kapasitesinin artırılması ve personelin gelecekteki eğitim gereksinimleriyle eğitimin veriliş düzeyinin birbiriyle daha örtüşür hâle gelecek biçimde iyileştirilmesi,
8. Sağlık personelinin atanması ve işgücünden yararlanmayı iyileştirmek amacıyla sağlık sisteminin her düzeyinde SAİK planlama ve yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi,
9. İl düzeyinde ve merkez düzeyde yöneticilerin ihtiyaçlarını destekleyecek tüm sektörü kapsayan bir SAİK bilgi sisteminin geliştirilmesi.

B. STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI GELİŞTİRME KÖNÜLARI

Buradaki sorun yalnızca sağlık kurumların büyütölmesi ve genişletilmesi ve iş gücünün artırılması değildir. Bu çözüm de tek başına birçok ülkede olduğı gibi Türkiye için de uygulanabilir değildir. Kurum içinden ve dışından yeni kaynakların harekete geçirilmesi amacıyla daha toplu hareket edilmesi, mevcut kaynakların koordine edilmesi ve bu kaynakların kullanımının verimliliğinin ve etkililiğinin artırılması gereklidir.

Bunun yapılabilmesi için yeni yönelimler, beceriler ve kurumsal roller gerekli olacaktır. Sağlık sektörünün performansını artırmaya ve sağlık sistemini dekon-santre bir yapıya kavuşturmaya yönelik girişimlerin doğal bir parçası olan karmaşık talepleri karşılamak için bu değişiklikler gereklidir.

SAİK yönetimine ilişkin bu yeni taleplerin boyutları aşağıdaki şekilde özetlenmektedir (Şekil 9).



Şekil 9. Performans ve Sağlık İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

Yönetim performansı, geleneksel klinik performansın yanı sıra, artık SB amaç ve hedeflerinin meşru bir parçası olarak görülmektedir. Bunun sonucunda, Bakanlığın düzenli aktivitelerine yeni kavram ve uygulamaların dâhil edilmesi gerekli olacaktır.

Bu kurumsal değişkenleri (personel kalitesi vb.) benimseme ihtiyacı yeni değildir. Geçmişte çoğunlukla personel sayısını ve eğitim hacmini artırmaya odaklanıldığından bu değişkenler fazla dikkat çekmemiştir. Kamu sektörünün gittikçe artan mali kısıtlamaları ve daha üst düzeyde verimlilik ve etkililik talepleri önceliklerde değişikliğe gidilmesini gerektirmektedir.

İNSAN KAYNAKLARI GELİŞTİRME

SB'nin, SAİK anlamında sağlık sektörünün tümü genelinde İnsan Kaynakları Geliştirme (İKG) sorunlarını kapsamlı biçimde daha fazla ele alması gerekli olacaktır. Burada kullanıldığı anlamıyla İKG, SB'nin amaçlarına ulaşmasını sağlamak amacıyla iş gücünün işe alımı, işte devamlılığı ve gelişimine yönelik sistemlerin, politikaların ve uygulamaların geliştirilerek bunların birbirine entegre edilmesi anlamında kullanılmaktadır (Şekil 10).

Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye'deki sosyal ve siyasi tutumlardaki değişiklikler, sağlık hizmetlerinin planlamasının ve yönetiminin daha da iyileştirilmesi taleplerine yol açmaktadır. Bunun merkezinde de insan kaynakları vardır. Netice itibarıyla, SB'nin sağlık sisteminin performansının iyileştirilmesini etkileyen kurumsal süreçleri oluşturacak kapasiteyi geliştirmesi olmazsa olmaz bir hâl almaktadır. Spesifik olarak, SB'nin Şekil 10'da belirtilen faktörleri iyileştirecek mekanizmaları güçlendirmesi gerekecektir:

İKG Kaynakları Bütçe İKG personeli ve personel becerileri İKG Planlaması Misyon ve hedef belirleme İKG planlama ve politika geliştirme Personel Politikası ve Uygulamaları İş sınıflandırma sistemi Tazminat ve özlük hakları sistemi Kariyer sistemi İstihdam, işe alma, tayin ve yükselme Personel politikaları Disiplin, fesih, mağduriyet prosedürleri Diğer teşvik sistemleri Sendika ilişkileri İş kanununa uygunluk	İKG Verileri Çalışan verileri Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması Personel dosyaları Sağlık sektörü iş gücü Enformasyon Performans Yönetimi İş tanımları Gözetim Performans planlaması ve değerlendirme Akreditasyon Eğitim Personel eğitimi Yönetim/Liderlik Gelişim Mezuniyet öncesi eğitimle bağlantı
---	--

Şekil 10. İnsan Kaynakları Geliştirmenin Belirleyici Faktörleri

SAİK PLANLAMA BÖLÜMÜNÜN ROLÜ

Planlama bölümlerinin genellikle aşağıdaki işlevleri yerine getirmesi beklenmektedir:

1. Uzun vadeli, orta vadeli ve yıllık SAİK planları üretilmesi sürecini yönetmek,
2. SAİK planlarının üretilmesine teknik destek vermek,
3. SAİK planlarını ve planlama aktivitelerini, eğitim planlaması da dâhil, sağlık ve sağlık hizmetleri planlamacılarıyla koordine etmek,
4. Sağlık personelinin yerleştirilmesi, yönetimi, eğitimi ve performansı üzerine araştırmalar yapmak veya yaptırmak,
5. Sağlık, sağlık hizmetleri ve insan kaynakları amaç ve hedeflerine ulaşılmasını kolaylaştıracak SAİK politikaları geliştirmek,
6. En üst düzey yöneticilere SAİK konularında tavsiye ve bilgi sunmak,
7. Gerekli olacak eğitimlerin türünü ve büyüklüğünü belirlemek,
8. SAİK ve SAİK yönetiminin performansını izlemek,
9. SAİK planlaması ve yönetimi için standartlar geliştirmek,

10. İlgili bakanlıkların ve kuruluşların ilgili bölümleriyle koordinasyon sağlamak ve iletişim ağı oluşturmak,

11. SAİK bilgileri için bir bilgi alışverişi/takas birimi oluşturmak.

Bütün bu işlevler, SAİK yapısının kelimenin geniş anlamıyla bir icra ya da karar alma birimi değil bir politika birimi olarak işleyeceğine işaret etmektedir. Ancak, bu işlevini yerine getirebilmesi için, SAİK yapısının sağlık hizmetleri organizasyonunun diğer unsurlarıyla ve idarecilerle bağlantısının bulunması gerekir. SAİK ile diğer birimler arasındaki ilişkinin doğası dört türdedir:

Raporlama

En üst düzey Bakanlık yönetimi
Sağlık hizmetleri planlama birimi

Kontrol

Eğitim birimi

İş birliği

Sağlık hizmetleri planlama birimi
Yönetim bilgi birimi

Koordinasyon

Sağlık çalışanları
İl yöneticileri

SAİK yapısı, işinin bir parçası olarak gelecekteki eğitim ihtiyaçlarını belirlemeli ve planlamalıdır. Bu kapsamda, eğitimi koordine ve kontrol etme rolünü üstlenebilir veya eğitim düzenleyebilir.

SAİK yapısı, planlama aktivitesini yürütürken Bakanlığın personel işe alma, yerleştirme, eğitim, kullanım ve hareketliliği ile ilgili hedefleri doğrultusunda, kaçınılmaz bir dizi yeni veya değiştirilmiş SAİK politikası araştırma ihtiyacı duyacaktır.

SAİK yapısı, aktiviteleri için özel araştırmalar yaptırmak da dâhil olmak üzere çeşitli kaynaklardan bilgi toplama ihtiyacı içerisindedir. Ayrıca, personel biriminden ve bilgi yönetimi biriminden de bilgi toplayacaktır. SAİK yapısı, toplanan bilginin doğasını değiştirebilmeli ve SAİK için işlenme biçimini yönetebilmelidir.

SAİK bilgilerini sağlamak ve dağıtmak SAİK yapısının genel sorumluluğudur. SAİK ofisinde, personel veri bankasında bulunması gerekli kişisel personel detayları değil genel SAİK bilgileri bulunur. Bu nedenle, SAİK yapısı, personel ve yönetim bilgi birimlerinden gelen ham verileri kümelenendirilmiş SAİK bilgilerine dönüştürmek için bir yazılıma ihtiyaç duyacaktır.

Hiç kuşkusuz, SAİK yapısı, oluşturulmasına katkıda bulunduğu plan ve politikaların uygulanmasını sağlama sorumluluğuna sahip olacaktır. Bunu yapmak için, personelle ve sağlık hizmetlerinin SAİK yönetimi ve geliştirmeyle ilgili operasyo-

nel birimlerinin dekonsantre yönetim yapısıyla bağlantısının bulunması gereklidir. Bu durum genellikle bir emir-komuta zinciri ima etmese de SAİK birimine tavsiye ve rehberliğinin başka birimlerce uygulanmasını sağlayacak yeterli yetkinin verilmiş olduğunu gösterir.

Son olarak, SAİK yapısı; sağlık sektöründe SAİK planlaması ve yönetimini etkileyecek diğer bakanlıklar ve kuruluşlarla kendi operasyonel bağlantılarına sahip olmak durumundadır. Bu anlamda en önemli bakanlıklar ve devlet kuruluşları, genellikle Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu'dur. SAİK yapısının, bu kurumlara ve meslek örgütleri de dâhil ilgili diğer kurumlara karşı, SAİK konularında Sağlık Bakanlığını temsil etme yetkisine sahip olması gereklidir.

SAİK yapısı, sağlık sektöründe SAİK geliştirmenin bütün boyutlarında liderliği üstlenmesini sağlayacak uzmanlaşmış personele ihtiyaç duyacaktır. SAİK yapısının gerek duyacağı planlama ve politika yapma becerilerine sahip genç personelin yetiştirilmesi önemlidir. SAİK yapısının İl yöneticilerine etkili SAİK işlevinin geliştirilmesi konusunda rehberlik edebilecek becerilere sahip personeli de istihdam etmesi gerekecektir.

SAİK yapısı, Bakanlığın insan kaynaklarını daha etkin biçimde kullanabilmesine yönelik adımları atabilmek için bir dizi geliştirme programına ihtiyaç duyacaktır. SAİK, Bakanlığın sahip olduğu en önemli ve maliyetli kaynaktır. Bir geliştirme programında SAİK planlamasının ve yönetim kapasitesini geliştirmenin üç kritik alanına yoğunlaşılması gerekir: SAİK veri ve bilgileri, SAİK planlama kapasitesi ve SAİK yönetimi.

C. YENİ SAİK POLİTİKA DEĞİŞİKLİKLERİNİN ETKİLERİ

Sağlık personelinin sayısı ve dağılımı, hizmet verilen nüfus için henüz en iyi düzeyde değildir. Bu durumu hızla değiştirmek de mümkün değildir. Mevcut personel dağılımını iyileştirmek için mevcut yönetim uygulamalarından daha temel değişikliklere ihtiyaç vardır. Bu değişiklikler olmaksızın geliştirilecek bir stratejik SAİK planının hedeflerine ulaşmak mümkün olmayacaktır.

SB'nin belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda boş kadrolara personel tayinini önceliklendirmesini ve aynı zamanda da farklı kurumlar arasında daha iyi bir beceri dengesi oluşturmasını sağlayacak biçimde atama yapılmasına olanak verecek personel kadrolama, eğitim ve yerleştirme politikalarının geliştirilmesi gerekecektir.

Ayrıca, gerçek personel ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla standart uygulamalar yerine herhangi bir iş yükü tabanlı personel ihtiyacı belirleme yöntemine geçilmesi faydalı olabilir. Bunun da bireysel ve kurumsal performans izleme mekanizmalarının oluşturulması ya da mevcut sistemlerin geliştirilmesiyle desteklenmesi gereklidir.

Bu çalışmada özel sektör hizmetlerinin söz konusu 15 yıllık dönemde artarak devam edeceği gerçeği kabul edildiği için, kamu sektörü ile özel sektör arasındaki personel hareketliliğinin yönetimini iyileştirecek ve özel sektör aktivitelerinin düzenlenmesini sağlayacak yeni politikalara ihtiyaç duyulacaktır.

SB'nin hedeflerine ulaşması için gerekli politikalar, aşağıdakiler de dâhil olmak üzere SAİK aktivitelerinin bütün yönlerini içermektedir:

1. Kurumsal yapılar ve roller,
2. Kurumlara personel ataması,
3. Eğitim,
4. İstihdam ve yerleştirme,
5. Kamu sektörünün ve özel sektörün çalışmaları.

Dokümanın ilerleyen bölümlerinde yer verilen taslak politika önerileri, SAİK aktivitelerinin yönetilmesindeki kilit konulara temas etmektedir.

Bu politikalar mevcut politikalara entegre edilmelidir. Mevcut politikalar ise tutarlılık açısından ve kendilerine yeni politikaların entegre edilmesini sağlayacak biçimde düzenlenmelidir. Politikalar, bir bütün olarak, plan dokümanının bu bölümünde (VI. Bölüm) daha önce belirtilen ana sorunları hedef almalı ve planda yer verilen personel yetiştirme, yerleştirme ve hareketlilik önerilerini destekleyici olmalıdır.

1. KURUMSAL ROLLER

- a. Ulusal SAİK planlaması kamu sektörü kurumları, sağlık sektöründe faaliyet gösteren Sivil Toplum Kuruluşları ve özel sektör de dâhil bütün sağlık iş gücünü içermelidir.
- b. Dekonsantrasyon sağlandığında her ilde SAİK planlamasından ve geliştirmeden sorumlu olacak, personel şubesiyle ilgili idari işlerden bağımsız, merkezi SAİK birimiyle doğrudan bağlantılı, gerekli özelliklere sahip bir kişi belirlenebilir.
- c. İller ve merkez SAİK performansını izleme ve performansı iyileştirme tedbirleri alma sorumluluğunu paylaşmalıdır.

2. KURUMLARA PERSONEL ATAMASI

- a. Gelecekteki personel ihtiyaçları; temel sağlık ihtiyaçları, iş yükleri ve mevcut mali kaynaklar temelinde belirlenmelidir.
- b. Personel alım normları, kademeli biçimde “kuruluşlara” göre olmaktan çıkarılıp iş yüküne dayalı ve her bir kuruma özgü olmalıdır.

- c. Kurumlara personel alımı, zaman içinde değişim gösterebilecek personel normlarına göre finanse edilecek, bunun için ayrıca yıllık inceleme gerekli olacaktır. Finansman iş yüküne dayalı personel normlarına göre olmalıdır.
- d. Minimum ve maksimum personel alım düzeyleri; SB tarafından iş yükü, performans standartları ve ilgili personelin mevcudiyeti temelinde belirlenmelidir.
- e. İllerdeki yöneticiler, ulusal düzeyde sağlık meslek kurullarınca belirlenen klinik standartlar çerçevesinde personelin birbirine oranındaki (beceri dağılımındaki) yerel değişiklikleri belirlemekten sorumlu olmalıdır.
- f. Sağlık kurumlarının yönetiminin zaman içerisinde bu alanda eğitilmiş ve daha profesyonel yöneticiler tarafından üstlenilmesi için bu paralelde bir yönetim kariyeri oluşumuna gidilmelidir.

3. EĞİTİM

- a. Mezuniyet sonrası eğitim, yalnızca kurumsal hedefler veya sürekli mesleki akreditasyon ihtiyacı doğrultusunda belirlenmelidir.
- b. Kamu sektöründe ve özel sektörde çalışan bütün profesyonel sağlık personeli, profesyonel statülerini devam ettirmek için belirli aralıklarla akreditasyonlu eğitim almalıdır.
- c. Sağlık hizmetlerinde yönetici eğitimi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla mezuniyet sonrası yönetici eğitimi merkezleri kurulmalıdır. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından başlatılan uzaktan eğitim programı bu anlamda atılmış önemli bir adımdır.
- d. Daha becerili insan kaynakları yönetimi konusunda belirlenen ihtiyaçlara uygun olarak, teknik ve idari/ yönetici kadroların eğitimine daha fazla ağırlık verilmelidir.
- e. SB, eğitim programlarının akreditasyonunda, validasyonunda ve eğitim standartlarının sürdürülmesinde YÖK ve MEB ile birlikte oluşturulacak kurullar aracılığıyla rol almalıdır.
- f. Eğitimler kuruluşların hedefleri doğrultusunda personelin ihtiyaç duyacağı yetkinlik ve becerilerin belirlenmesine odaklanmalıdır.
- g. Personelin kişisel gelişim ihtiyaçlarının belirlenmesinde hedefe dayalı personel değerlendirmesine kademeli olarak geçiş yapılmalıdır.
- h. Bütün yöneticiler, pozisyonlarının düzeyine göre yönetim becerileri konularında düzenli ve zorunlu olarak eğitilmelidir.

- i. Bütün personel yıllık değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bunun amacı, kuruluşların hedeflerini karşılamak ve bireysel performansı değerlendirmek için kişisel gelişim ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir.

4. İSTİHDAM VE YERLEŞTİRME

- a. Bütün iş tanımları kademeli olarak yetkinlik, beceri ve kabiliyetler açısından yapılmalıdır.
- b. Bireylerin iş tanımlarına uygun olarak ve kademeli bir şekilde kurumun amaç ve hedeflerine yaptıkları katkılar dikkate alınarak düzenli personel değerlendirme uygulaması başlatılmalıdır.
- c. Ücret farklılıkları aşamalı bir şekilde özel sektördeki karşılaştırılabilir farklılıklara uygun olarak artırılmalıdır ve farklılıklar iş denkliliği temelinde yapılmalıdır.

5. KAMU SEKTÖRÜNÜN VE ÖZEL SEKTÖRÜN ÇALIŞMALARI

Bazı personel kadroları, özel sektörde çalışma konusunda avantajlıdır. Bu nedenle, SB; personelin özel sektöre geçişini ve kamu sektörü ve özel sağlık sektörü arasındaki iş birliği düzeyini kontrol etmek veya en azından etkilemek isteyebilir. Politika geliştirilmesi istenebilecek alanlar aşağıdaki gibidir:

- Kuruma bağlayıcı düzenlemeler ve lisans verme,
- Hizmet kalitesi için standart belirleme,
- Kamu kurumları/özel kurumlar arasında ortaklıklar oluşturma.

Yukarıdaki belirtilen eylem alanlarıyla ilgili bazı olası politikalar aşağıda yer almaktadır:

- a. Bütün sağlık profesyonellerine çalışma lisansı verilmeli ve bu lisansların belirli aralıklarla yenilenmesi zorunlu olmalıdır.
- b. Lisans verme standartları, ilgili meslek organları ve YÖK ile bağlantılı olarak SB tarafından belirlenmelidir.
- c. Kamu ve özel eğitim kurumları için benzer eğitim ve sınav standartları uygulanmalıdır.

Bu politika yaklaşımları nihai değildir. Bunların amacı, sağlık sektörünün ihtiyaçlarına cevap verecek politika değişiklikleri konusunda yön göstermektir.

VII.

STRATEJİK UYGULAMA PLANI

A. GEREKLİ EYLEMLER VE AKTİVİTELER

1. Bu 2023 SAİK Vizyonu dokümanı hâlihazırda çalışmanın ilk aşamasıdır. SB tarafından gözden geçirilen ve bir bütün olarak sağlık sektörü için SAİK 2023 Vizyonu çerçevesi şeklinde son hâli verilen bu çalışmanın kilit paydaşlara dağıtılması düşünülmektedir.
2. SB’de bir SAİK yapısının oluşturulması konusu ve bu yapının SAİK ile ilgili rol ve sorumlulukları plan dokümanının önceki kısımlarında (bk. Bölüm IV) ele alınmıştı. SB, mümkün olduğunca hızla SAİK yapısını oluşturma konusunda gerekli girişimlerde bulunmalıdır.
3. 2023’e kadar olan dönem için belirlenmiş birçok hedef vardır. Bu dönemde kuruluşların ve personelin daha verimli kullanılması, yerel düzeyde ayakta tedavi hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması ve özellikle aile sağlığı merkezlerinin kullanımının artırılmasına yönünde çalışmalar yürütülmelidir.
4. Çalışmaya konu olan dönemde, kamu sektöründeki hastane yatak sayısında önerilen artış yaklaşık 18.000’dir. Mevcut yatak-nüfus oranının OECD ülkeleri ortalaması doğrultusunda büyük oranda ve hızla artırılması yerine nüfus artışıyla orantılı bir şekilde artırılması, yatak kullanım oranlarının ve yatak kalitesinin yükseltilmesi öngörülmektedir. Bazı genel hastaneler, gerçekte uygun genel hastane hizmetleri veremeyecek kadar küçüktür. Bunların etkili ve etkin kurumlar hâline getirilmeleri de gerekli olacaktır.
5. Orta vadede ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin genişletilmesi, öncelikle mevcut kuruluşlardan yararlanma düzeylerinin (kullanım oran-

larının) artırılmasını teşvik şeklinde olacaktır. Psikiyatri hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri gibi uzun dönem bakım hastaneleri rehabilitasyon merkezi olarak hizmet veren kurumlar hâline getirilmesi gerekecektir.

6. Aile sağlığı merkezlerinin nüfus artış hızından daha hızlı biçimde artırılması ve yıllık yaklaşık 930 yeni aile sağlığı merkezinin açılması gerekli olacaktır. Bu birimler için detaylı bir plana ihtiyaç bulunmaktadır.
7. Bu 15 yıllık dönemde personel yetiştirme çalışmaları çok dikkatle izlenmeli, hedefi aşan aşırı arzdan kaçınmak için personel hareketliliği dikkatle takip edilmelidir.
8. Dekonsantrasyon ve illere sorumluluk aktarılması için mevcut yönetici personelin eğitiminin iyileştirilmesi gereklidir. Ayrıca, zaman içerisinde profesyonel yöneticilerin daha fazla istihdam edilmeleri ve sağlık konularında eğitilmeleri gerekli olacaktır. Benzer şekilde sağlık personelinin ilave eğitim ile profesyonel yönetici olması da sağlanabilir. Şu aşamada, tıp fakültesi mezunu olmayan kalifiye personel için sağlık hizmetlerinde çalışmak çekici değildir. Bunu çekici hâle getirmek için, gelecekte, hizmetin en üst kademelerinde istihdam edilmek üzere uygun yöneticileri yetiştirecek bir yönetici kadrosunun oluşturulması gereklidir. Bu yöneticilerin yetiştirilmesi, uzun zaman alacaktır ve bu çalışmalara bahsedilen kadronun oluşturulmasıyla başlanmalı, gelecek yıllar için alt düzey yönetim pozisyonları oluşturulmasında fayda bulunmaktadır.
10. Üniversitelerde (özellikle tıp fakültelerinde) mevcut eğitim kapasitesinin artırılması stratejik bir SAİK planının olmazsa olmaz bir parçasıdır. Bu kapasitenin nasıl artırılacağı konusunda SB ve YÖK iş birliği içinde çalışmalıdır. Kapasite artırımı; fiziksel olanakları, yeterli sayıda eğitici bulunup bulunmadığını ve uygulama sahaları oluşturulması gibi alanları da kapsamaktadır. Hâlihazırda eğitim içeriğinin geliştirilmesinden, niceliksel planlamadan (yerleştirilen öğrenci sayısı) ve altyapı planlamasından YÖK sorumludur. Bu yüzden tıp fakülteleri ve sağlık iş gücüne eğitim veren diğer fakülte ve yüksekokullara yönelik olarak SB ve YÖK arasındaki daha fazla iş birliği geliştirilmelidir.
11. 2023 Vizyon çalışması, bir dizi yıllık plana çevrilmeli, hedefler geliştirilmeli ve bu hedeflerin personel eğitimi, işe alımı ve yerleştirmesi konularında olası etkileri belirlenmelidir.
12. Bütün kurumlar için personel tayininin iş yükü temelinde ve bununla bağlantılı olarak performans standartlarına göre yapılması giderek yaygınlaştırılmalıdır. Personel yerleştirme önceliklerinde iş yükü yöntemleriyle belirlenen personel ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.

13. Etkinliği ve etkililiği (performans) artırma yolunda oluşacak mali ve sosyal baskılar sonucu performans ölçümüne daha fazla ağırlık verilmesi gerekecektir.
14. Sağlık hizmetleri için personel tayini, farklı türde kurumlar için farklı beceri dağılımları temelinde yapılmaktadır. Bu, her ne kadar personel rollerinin yeniden dağılımında olumlu sonuca ulaşılmasını sağlamışsa da gelecekte yapılacak işlerin ve gerekli personel türlerinin daha temelden değerlendirilmesi gerekecektir.
15. SAİK yönetiminin geliştirilmesinde, bilgi sisteminin SAİK personel verilerine ilişkin bölümünün sürekli güncel tutulması ve erişilebilir olması esastır. Sektör içi ve dışı hareketliliğin net biçimde resmedilmesi, durumun yönetimini mümkün kılan temel faktördür.
16. Özel sektör aktiviteleri konusunda SB, Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığı ile SB tarafından belirlenen kalite standartlarını yerine getiren özel sağlık kurumlarıyla anlaşmak suretiyle özel sektörün gelişimini desteklemeye devam edecektir. Sağlık personelinin özel sektörde iş imkânına erişimi devam edecektir.

VIII.

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

A. UYGULAMADAKİ BAŞARILARI İZLEME PROTOKOLLERİ

Bu orta vadeli vizyon çalışmasında ilk olarak 15 yıllık dönem için hedefler belirlenmesi, SAİK aktivitelerinin ve girişimlerinin periyodik olarak planlaması için yol gösterilmesi amaçlanmaktadır.

Önceden belirtildiği gibi, bu orta vadeli vizyon çalışması ve periyodik SAİK planının amacı, iyi yönetim ve iyileştirilmiş sağlık hizmetleri performansını daha da geliştirmektir. Bu nedenle, orta vadeli planların uygun aralıklarla gözden geçirilerek bunlara ait değişikliklerin yapılması gereklidir. Bu aralıklar yaklaşık iki-üç yıl olabilir.

Orta vadeli planda her şeyden önce belirlenen orta dönemin sonunda personel sayısı, personel eğitimi, kurumsal personel tayini ve bunun ülke genelinde dağılımı konularında bir dizi spesifik hedef belirlenir.

Planda ayrıca orta vadede başlatılması gereken bir dizi geliştirme aktiviteleri ile uygulama planının amaçlarını destekleyecek ve aynı zamanda başlatılması gerekli politika değişiklikleri önerileri yer almaktadır.

SAİK planlama süreçlerinde, 15 yıllık orta vadeli plana ait hedefleri gerçekleştirmeye yönelik yıllık bazdaki aktiviteleri belirlemek için orta vadeli plan temel alınacaktır. Orta vadeli planın tekrar gözden geçirilmesi için en temel girdiler yıllık bazda elde edilen başarılar olacaktır.

Normal süreç, iki yıllık dönemde ulaşılan başarıların stratejik planın önceden belirlenmiş hedefleriyle karşılaştırılması biçiminde yürütülebilir. Beklenen hedeflere yeteri düzeyde ulaşamayan durumlarda, neden ve faktörlerin değerlendirilmesi ve orta vadeli planın hedeflerine ulaşabilmek için plan döneminin geri kalan süresinde ilgili düzeltmelerin yapılıp yapılamayacağına karar verilmesi ve/veya orta vadeli plandaki hedeflerin yeniden belirlenmesi gerekli olacaktır.

Aynı zamanda, mevcut orta vadeli planın iki yıl ilerisine genişletilerek yeni bir orta vadeli plan hazırlanabilir. Yani plan hedef yılı 2023 den 2025'e genişletilir ve yeni orta vadeli plan 2010-2025 dönemini kapsayacak şekilde düzenlenebilir. Bu sürecin sonucu, orta vadeli planın yeni şartları doğrultusunda sonraki yıllık plan için yeni rehberlerin sağlanması olacaktır. Aynı zamanda böylece orta vadeli plan için döngüsel bir süreç başlatılacaktır ve böylece orta vadeli plan, çizilen yeni 15 yıllık ufuk doğrultusunda sürekli şekillendiriliyor olacaktır.

B. İLERLEMeye İLİŞKİN ÖNEMLİ KİLOMETRE TAŞLARININ BELİRLENMESİ

Orta vadeli plan dokümanı hazırlanırken, buna bazı önemli kilometre taşlarının eklenmesi beklenebilir. İlk iki yılda gerçekleşmesi düşünülebilecek ilk kilometre taşlarından bazıları şu şekilde sıralanabilir:

1. SAİK planlaması ve yönetimine ilişkin kurumsal roller tanımlanmış ve uygulanmıştır,
2. SAİK bilgi sistemi değerlendirilmiş ve iyileştirilmiş, SAİK bilgileri güncellenmiştir,
3. Yıllık SAİK planlama süreci başlatılmıştır,
4. Eğitim kurumlarının kapasitesinin hedefler çerçevesinde yetmişmiş personel ihtiyacını karşılayacak şekilde kapasitelerinin artırılmasını amaçlayan bir iş planı tamamlanmıştır,
5. İllerin ihtiyaçlarına göre ölçülebilir biçimde yeniden personelin dağılımı sağlanmıştır,
6. Hastanelerin ve birinci basamak kuruluşlarının sayılarının artırılmasına ilişkin detaylı bir program hazırlanmıştır.

C. YILLIK DEĞERLENDİRME VE AKTİVİTELERİN YENİDEN PLANLANMA SÜRECİ

Yıllık değerlendirme ve aktivitelerin yeniden planlanması süreci, orta vadeli planın yönetim gelişimi ve değişimin sağlanması için yararlı bir araç olarak kullanılması adına olmazsa olmaz bir nitelik arz etmektedir. Tarihsel olarak, SAİK planlama süreci, birçok ülkede yıllık hizmet planlamalarından hariç tutulmuş, bunlara dâhil edildiğinde ise genellikle SAİK planları ile sağlık planları arasında uygulanabilir bir etkileşim sağlayacak biçimde dâhil edilmemiştir.

Türkiye’de bu sorunun üstesinden gelenebilmesi için, yıllık SAİK planının sağlık planlama süreciyle paralel olmakla birlikte bu sürecin biraz öncesinden başlayarak yapılması önerilmektedir. Bundan amaç, sağlık planlamacılarına sağlık planları geliştirmeleri ve SAİK eğitim, işe alım ve yerleştirme gerçekleriyle daha

fazla bağlantı kurabilmeleri için bir çalışma çerçevesi sağlamaktır.

Yıllık SAİK planlama sürecinin, yıllık veya iki yıllık sağlık hizmetlerin planlamasıyla bağlantılı adımları ana hatlarıyla aşağıda sunulmaktadır. Bunun tamamlanması için yaklaşık 5-6 aylık bir süre gereklidir.

1. Ay İlgili yıla ait mevcut SAİK hedeflerinin elde edilenlerle karşılaştırılması (eğitim ve hizmet içi eğitim sayıları, dağılım, performans ve harcamalar). Yıl sonu sonuçlarının tahmin edilmesi ve başarının beklenen altında veya üzerinde olmasının nedenlerinin değerlendirilmesi.
1. Ay Gelecek yıl için, orta vadeli plana ve mevcut performansa uygun olarak personel artışı ve eğitim için genel hedefler belirlenmesi.
2. Ay Yeni kadro/pozisyonların açılmasına yönelik öncelikler ve personel dağılımı ve eğitimi ile ilgili projeksiyonlara yönelik illerden gelen tekliflerin birleştirilerek (konsolide edilerek) değerlendirilmesi.
3. Ay Gelecek yıl için olası SAİK arz durumunun saptanması ve ihtiyaç-arz dengesizliklerini değiştirmek için olası politika seçeneklerinin araştırılması.
3. Ay Mevcut yıla ek olarak bir sonraki yılın eğitim, yeni personel ve maaş değişiklikleri için ek bütçe gereksinimlerinin rakamlara dönüştürülmesi ve yapılabilirliğinin sınanması.
3. Ay Kadrolar/pozisyonlar, atamalar ve eğitimle ilgili genel önerilerin inceleme amacıyla Bakanlığa teslim edilmesi.
4. Ay Bakanlığın ilgili/yetkili diğer kurumların kararlarına uygun olarak personel ve eğitim planlarının revize edilmesi, yeni kadro/pozisyonların dağılımı ve personel tayin öncelikleri üzerinde fikir birliğine varılması.
5. Ay Gelecek yıl için yeni pozisyonların ve personel arzının dağılımıyla ilgili yeni projeksiyon üretilmesi ve pozisyonların doldurulmasına ilişkin prosedür ve önceliklerin personel birimine teslim edilmesi.
6. Ay Mezuniyet öncesi eğitim hedefinin gözden geçirilmesi ve uygulanabilirliğinin (yeterli öğrenci başvurusu, yeterli eğitim kurumu, yeterli finansman vs.) teyit edilmesi.

Dekonsantrasyon sürecinin illerin karar alma yetkisinin gittikçe artması neticesinde yaygınlaşmasıyla birlikte bu süreçte değişiklikler yapılması gerekli olacaktır. Ancak, sektörün durumuyla ilgili görüşlerinin alınması için merkez düzeyinin katılımı gerekli olacaktır.

EK 1. SAİK ÇALIŞTAYI KATILIMCI LİSTESİ (KASIM 2007)

ÇALIŞMA GRUBU I

1. M.Recep PEKCİCİ	Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
2. Hakkı ÖZTÜRK	Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
3. M.Erkan ÇİÇEK	Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
4. Münevver KERKÜKLÜ	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
5. Hüseyin ZIRH	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
6. İsmail KASIM	Temel Sağlık Hiz. Genel Müd., Aile Hek.D.Bşk., Sağlık Bakanlığı
7. İnci YILMAZ	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
8. Ahmet AKPINAR	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
9. Hanefi GÖK	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
10. Fehime Zülfikar	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
11. Hasan ŞENTÜRK	AÇSAP Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
12. Abdulaziz CAN	İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı
13. Hınç YILMAZ	İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı
14. C.Fatih GÖK	İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı
15. Selman GÜL	Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
16. Atilla DURMAZ	Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
17. Kibar ALTUNAL	Müsteşarlık Makamı, Sağlık Bakanlığı
18. Haydar SUR	Sağlık Bilimleri Dekanlığı, Marmara Üniversitesi
19. Bekir ÖZTEKİN	Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı
20. Halil POLAT	Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı
21. Ali Enver DUDU	Devlet Personel Başkanlığı, Başbakanlık
22. Yılmaz TUNA	Devlet Planlama Teşkilatı (Kalkınma Bakanlığı)
23. Harun GÜNGÖR	Devlet Planlama Teşkilatı (Kalkınma Bakanlığı)
24. Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR	Onkoloji Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi,
25. Doç. Dr.Nevzat ALKAN	Adli Tıp Bölümü, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
26. Ayşe Gülgün EROL	Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Maliye Bakanlığı

KOLAYLAŞTIRICILAR

1. Serpil Özcan Nazlıoğlu, İKG Danışmanı, Hıfzısıhha Mektebi Müd., Sağlık Bakanlığı/Keele Üniversitesi
2. Peter Hornby, Kıdemli İKG Danışmanı, Keele Üniversitesi SAİK Prog.Direktörü, Keele Üniversitesi., İngiltere
3. Ünal Hülür, Müdür, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
4. Banu Ayar, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
5. Mustafa Kosdak, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
6. Ayşegül Gençoğlu, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
7. Ümmühan Ekinci, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
8. Şirin Özkan, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
9. Hatice Şimşek, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
10. Serap Taşkaya, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
11. İbrahim Köstekli, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı

EK 2. TOPLANTI KATILIMCI LİSTELERİ

TOPLANTI KATILIMCILARI (NİSAN 2008)

- Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ
- Müsteşar Prof. Dr. Nihat Tosun
- Müsteşar Yrd. Doç. Dr. Turan Buzgan
- Müsteşar Yrd. Doç. Dr. Hakkı Yeşilyurt
- Sağlık Eğitimi Genel Mdr. Doç. Dr. Sinan Yol
- Tedavi Hizmetleri Genel Md. Doç. Dr. Öner Odabaş
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mdr. Dr. Seraceddin Çom
- Strateji Geliştirme Bşk. Mehmet Atasever
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih Mollahaliloğlu
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Ünal Hülür
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Hakkı Gürsöz
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman Serpil Özcan Nazlıoğlu (Keele Üniversitesi)

TOPLANTI KATILIMCILARI (KASIM 2008)

- Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ
- Müsteşar Yrd. Doç. Dr. Hakkı Yeşilyurt
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih Mollahaliloğlu
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Şirin Özkan
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman Serpil Özcan Nazlıoğlu (Keele Üniversitesi)

TOPLANTI KATILIMCILARI (TEMMUZ 2009)

- Müsteşar Yrd.Prof. Dr. Adnan Çınal
- Müsteşar Yrd. Doç. Dr. Hakkı Yeşilyurt
- Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Prof Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu
- Personel Genel Müdürü Hikmet Çolak
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yrd. Uz.Dr.Bekir Keskinlik
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü D.Bşk. Dr.Abdullah Şeker
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih Mollahaliloğlu
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman Serpil Özcan Nazlıoğlu (Keele Üniversitesi)

TOPLANTI KATILIMCILARI (KASIM 2009)

- Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ
- Müsteşar Yrd. Prof. Dr. Adnan Çınal
- Müsteşar Yrd. Dr. Yasin Erkoç
- Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Prof Dr. Safa Kapıcıoğlu
- Personel Genel Müdürü Hikmet Çolak
- Personel Genel Müdür Yrd. Güven Bektemur
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Doç.Dr. İrfan Şencan
- AÇSAP Genel Müdürü, Dr.Rıfat Köse

- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yrd. Uz. Dr.Bekir Keskinlik
- Strateji Geliştirme Başkanı Memet Atasever
- Strateji Geliştirme Başkanlığı, Songül Doğan
- İdari Mali İşler Daire Başkanlığı, Dr.Ali Kemal Çaylan
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih Mollahaliloğlu
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Serap Taşkaya
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman, Serpil Özcan Nazlıoğlu

TOPLANTI KATILIMCILARI (ŞUBAT 2010)

- Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ
- Müsteşar Yrd. Prof. Dr. Adnan Çinal
- Müsteşar Yrd. Dr. Yasin Erkoç
- Müsteşar Yrd. Doç. Dr. Hakkı Yeşilyurt
- AÇSAP Genel Müdürü Dr.Rıfat Köse
- Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yrd. Dr. Alaaddin Dilsiz
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yrd. Dr. Orhan Koç
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mdr. Dr. Seraceddin Çom
- Personel Genel Müdür Yrd. Güven Bektemur
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü D.Bşk. Dr.Abdullah Şeker
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Dr. Hasan Gökhan Öncül
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Elif İşlek
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Ebe Eda Güneş
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Serap Taşkaya
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih Mollahaliloğlu
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman, Serpil Özcan Nazlıoğlu

EK 3. ÇALIŞMA GRUBU II LİSTESİ

- Müsteşar Yrd. Prof. Dr. Adnan Çinal
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Doç.Dr. İrfan Şencan
- Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yrd. Uz. Dr. Alaaddin Dilsiz
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yrd. Dr. Orhan Koç
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mdr. Yrd. Uz. Dr. Bekir Keskinlik
- Personel Genel Müdür Yrd. Güven Bektemur
- Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yrd. Dr. Alaaddin Dilsiz
- TSHGM, Aile Hekimliği Daire Bşk. Dr.Savaş Akbıyık
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Daire Bşk. Dr.Abdullah Şeker
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Daire Bşk. Gültekin Bayraktar
- Personel Genel Müdürlüğü, Daire Bşk. Tayfun Arık
- Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Şube Mdr. V. Dt. Deniz Koraşlı
- Personel Genel Müdürlüğü, Uzman Dr. Aziz Alper Biten
- Personel Genel Müdürlüğü, İstatistikçi Gülay Altuntaş
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uzman Mesut Koçak
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uzman Engin Yıldız
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ebe Zennure Karadağ
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Elif İşlek
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Ebe Eda Güneş
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Hemşire Serap Taşkaya
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdür Yardımcısı Dr. Mustafa Kosdak
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü , Danışman Serpil Özcan Nazlıoğlu

EK 4.PROJEKSİYON MODELİNDE KULLANILAN HASTANE TİPLERİ

1	Üniversite hastaneleri	Kamu üniversite hastaneleri bu grupta yer almıştır.
2	Eğitim hastaneleri	Sağlık Bakanlığı'na ait genel eğitim ve araştırma hastaneleri bu grupta yer almıştır.
3	Genel Hastaneler	Sağlık Bakanlığı'na ait genel hastaneler yer almıştır. İlçe gün hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı'na devredilen belediye hastaneleri dâhil edilmemiştir.
4	Kadın hastalıkları ve doğum ve çocuk hastaneleri	Sağlık Bakanlığı'na bağlı kadın hastalıkları ve doğum ve çocuk hastaneleri ve bu alanda eğitim veren hastaneler bu grupta yer almıştır.
5	Diğer özel dal hastaneleri	Sağlık Bakanlığı'na bağlı göz hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, lepra, onkoloji, acil yardım ve travmatoloji, guatr, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve bu alanlarda eğitim veren hastaneler bu grupta yer almıştır.
6	Kronik hastalıklar ve uzun dönemli bakım hastaneleri	Sağlık Bakanlığı'na bağlı göğüs hastalıkları, kemik hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri ve bu alanlarda eğitim veren hastaneler bu grupta yer almıştır.
7	Psikiyatri hastaneleri	Sağlık Bakanlığı'na bağlı ruh ve akıl sağlığı hastaneleri ve bu alanda eğitim veren hastaneler bu grupta yer almıştır.

EK 5. PROJEKSİYON MODELİNDE KULLANILAN PERSONEL KATEGORİLERİ

Personel Kategorisi	Tanım
1 Uzman hekim	Uzman hekim ve asistanları içerir.
2 Pratisyen hekim	Tıp fakültelerinden mezun pratisyen hekimleri içerir.
3 Aile hekimi	Aile hekimliği uzmanlarını içerir.
4 Diş hekimi	Üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinden mezun uzman diş hekimleri ve diş hekimlerini içerir
5 Eczacı	Üniversitelerin eczacılık fakültelerinden mezun eczacıları içerir.
6 Hemşire	Sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümü, iki yıllık sağlık meslek yüksek okullarından ve dört yıllık hemşirelik yüksek okullarından veya fakültelerinden mezun hemşireleri içerir.
7 Ebe	Sağlık meslek liselerinin ebelik bölümü, iki yıllık sağlık meslek yüksek okullarından ve dört yıllık ebelik yüksek okullarından mezun ebeleri içerir.
8 Sağlık memuru/Toplum Sağlığı Teknisyeni	Sağlık meslek liselerinin sağlık memurluğu bölümü mezunlarını, iki yıllık sağlık meslek yüksek okulu ve dört yıllık yüksek okul mezunlarını içerir. 2007 yılından itibaren yüksek okulların sağlık memurluğu bölümleri hemşierlik bölümleri ile birleştirilmiştir
9 Laboratuvar teknisyeni (Tekniker ve teknisyenler)	Sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksek okullarının laboratuvar bölümü mezunlarını içerir.
10 Röntgen teknisyeni (Tekniker ve teknisyenler)	Sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksek okullarının radyoloji bölümü mezunlarını mezunlarını içerir
11 Anestezi teknisyeni (Tekniker ve teknisyenler)	Sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksek okullarının anestezi bölümü mezunlarını içerir.
12 Tıbbi sekreter	Sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksek okullarının tıbbi sekreterlik bölümü mezunlarını içerir.
13 İlk ve acil yardım teknisyeni ve teknikeri	Sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksek okullarının ilk ve acil yardım bölümü mezunlarını içerir
14 Fizyoterapist	Üniversitelerin fizyoterapi bölümlerinde mezun olanları içerir.
15 Diğer SHS personeli	Yukarıda tanımlanmış sağlık personeli kategorileri dışında kalan çevre sağlığı teknisyeni, diş teknisyeni, odyolog, ortopedi teknisyeni, protez teknisyeni, psikolog, diyetisyen, biyolog vs gibi tüm sağlık personeli içerir.
16 Yöneticiler	Sağlık bakanlığı merkez teşkilatında görevli müsteşar ve yardımcılarını, genel müdür ve yardımcılarını, daire başkanlarını, başhekimleri, il sağlık müdürlerini ve yardımcılarını içerir.
17 Mühendis ve teknik hizmetler personeli	Üniversitelerin mimarlık, mühendislik, ekonomi, iktisat, işletme, istatistik, matematik vs bölümleri mezunlarını içerir.
18 Diğer teknik hizmetler personeli (Teknisyen ve Teknikerler)	Lise ve ön lisans düzeyinde teknik eğitim almış personeli içerir.
19 Genel idari hizmetler personeli	Yüksek okul, lise ve dengi düzey eğitim almış idari hizmetlerde görevli personeli (memurlar dahil) içerir.
20 Yardımcı hizmetler personeli	Ahçı, şoför, kaloriferci, terzi, ütücü vs gibi tüm destek hizmet veren personeli içerir.

EK 6. ARA YILLARDA SAĞLIK SEKTÖRÜ TOPLAM PERSONEL İHTİYACI

	2008	2015	2019	2023
Hekim	113,151	130,215	155,426	200,063
Dış hekim	19,959	24,277	26,283	28,026
Eczacı	24,778	29,359	31,526	32,886
Hemşire	99,910	159,494	214,648	283,289
Ebe	47,673	59,395	70,765	85,077
Sağlık memuru/TST	14,525	19,779	24,789	31,637
Laboratuvar teknisyeni	14,947	16,556	18,688	22,150
Radyoloji teknisyeni	10,738	12,317	13,722	15,629
Anestezi teknisyeni	4,395	7,185	8,642	10,369
Tıbbi sekreter	5,562	14,714	16,326	15,564
İlk ve acil yardım teknisyeni	15,486	24,440	25,050	25,312
Fizyoterapist	1,916	4,957	6,155	6,989
Diğer SHS personeli	21,971	26,199	30,543	36,258
Yöneticiler	2,415	4,251	4,851	5,139
Mühendis ve tek.hizm. pers.	1,004	3,089	4,505	5,932
Diğer teknik hizmetler personeli	4,657	6,735	7,441	7,917
Genel idari hizmetler personeli	76,531	91,216	100,069	109,729
Yardımcı hizmetler personeli	71,524	106,095	125,850	145,605

KAYNAKLAR

- Atasever, M. (2010). Döner Sermayeli İşletmelerde Finansal Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Sunum.
- Avrupa Komisyonu (EC). (2011). European Comission Health Indicators. http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_en.htm. Erişim: Haziran, 2011.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2009). Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Projeksiyon Çalışması.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2010). Models and Tools for Health Workforce Projections. Human Resources for Health Observer, Issue 3.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2001). Human Resources for Health Supply and Requirement Projection Models Software.
- Hornby, P. (2003). Human Resources for Health Planning Lecture Notes, Keele University. England
- Maliye Bakanlığı (MB). (2008). Yıllık Ekonomik Rapor. www.maliyebakanligi.gov.tr. Erişim: Ocak, 2009.
- Mili Eğitim Bakanlığı (MEB). (2008). Sağlık İşleri Dairesi. Sağlık Meslek Liseleri. <http://sdb.meb.gov.tr>. Erişim: Ocak, 2009.
- Mollahailoğlu, S. (2008). Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynaklarının Mevcut Durumu Üzerine Sunum.
- OECD. (2009). Health at a Glance: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en. Accessed: September, 2009
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2007). Personel Genel Müdürlüğü. Aktif Çalışan Sağlık Personeli İl İstatistikleri Çalışması
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2007). HıfzıssıhhaMektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2010). Türkiye’de Aile Hekimliği. www.ailehekimligi.gov.tr. Erişim: 6.10.2010
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2008).Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri İstatistikleri.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2008).Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri İstatistikleri
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2008). Personel Genel Müdürlüğü. Aktif Çalışan ve Planlanan Sağlık Personeli Üzerine İl İstatistikleri.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2008). Personel Genel Müdürlüğü. Aktif Çalışan Sağlık Personeli İstatistikleri.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2009). HıfzıssıhhaMektebi Müdürlüğü. Sağlık Personeli Gelirleri Çalışması.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2011). HıfzıssıhhaMektebi Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2009). Strateji Geliştirme Başkanlığı. Kesin Hesap Cetveli.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009). Nüfus Projeksiyonları. www.tuik.gov.tr. Erişim: Eylül, 2009.
- Vujicic, M.; Sparkes, S.; Mollahailoğlu, S. (2009). Health Workforce Policy in Turkey: Recent Reforms and Issues for the Future, Paper prepared as background note to Turkey health sector review. World Bank, Washington DC, USA.
- Yükseköğretim Kurulu (YÖK). (2009). Yükseköğretim İstatistikleri. www.yok.gov.tr. Erişim: Eylül 2009