Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım
An Approach within a Perspective of Human Resources and Health Expenditures to Health System in Turkey

Güller ŞAHİN

Dr., Bağımsız Araştırmacı

Kütahya, Türkiye

Dr., Independent Researcher

Kutahya, Turkey

drgullersahin@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5987-359X>

Emine KADIOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD

Kütahya, Türkiye

Dr., Kutahya Health Sciences University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine

Kutahya, Turkey

emine.kadioglu@ksbu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-0950-0477>

Makale Bilgisi / Article Information

<http://dx.doi.org/10.29238/tbd.2007.43460>

Makale Türü / Article Types: Araştırma Makalesi / Research Article

Geliş Tarihi / Received: 08.05.2020

Yayın Tarihi / Published: 25 Haziran / June 2020

Yayın Sezonu / Pub Date Season: Haziran / June 2020

Cilt / Volume: 28

Sayfa / Pages: 33-56

Copyright © Published by Toplum Bilimleri Dergisi – Journal of Social Sciences.

All rights reserved www.toplumbilimleri.com

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Öz: Türkiye’de sağlık alanında uygulanan politikalara bakıldığında, son yıllarda sağlık sistemindeki işgücü kaynağında ve sağlık harcamalarında ciddi değişimlerin olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık alanındaki işgücüne yönelik olarak insan kaynaklarının düzeyini, eğitim durumunu, finansmanını ve ihtiyaç durumuna göre dağılımını belirlemek, sağlık harcamalarını incelemek ve son dönemlerde uygulanan politika değişimlerini mevcut veriler eşliğinde değerlendirmektir. Çalışmanın temel bulguları; 2002-2018 dönem aralığı içerisinde uygulanan stratejik politika ve planlamalarla sağlık sisteminde önemli adımlar atıldığını, ancak ilgili politika ve planlamaların geliştirilmesinin gerekliliğini, sahada çalışan insan kaynaklarının talep edilen hizmetlere oranla yetersiz kaldığını, bölgeler arasında dağılım açısından dengesizlik olduğunu, insan kaynakları finansmanında özellikle yardımcı sağlık personelinin motive edici uygulamaların yapılmasını ve sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak; sağlık alanındaki meslek gruplarının tanımlamalarına ait iş akış şemalarının oluşturulmasına, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesine ve ihtiyaçlar doğrultusunda bu eğitimlerin gözden geçirilmesine, ülkenin saha istatistiklerine göre insan kaynakları yetiştirilmesine, hizmeti sunanların ve kullananların memnuniyetinin değerlendirilmesine, verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması yönünde çalışmaların planlanmasına diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ihtiyaç olduğu görülmektedir.

33

Anahtar Kelimeler: Sağlık Alanında İnsan Kaynakları, Sağlık Harcamaları, Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynaklarının Eğitimi, Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Finansmanı, Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi ve Politikaları.

An Approach within a Perspective of Human Resources and Health Expenditures to Health System in Turkey

Abstract: When it looks at the policies implemented in the health sector in Turkey, in the health system in the labour resources and health expenditures in recent years shows that there are serious changes. The purpose of this study, for the work force in the health sector in Turkey the level of human resources, training status, financing and determine the distribution according to the needs of state, the health expenditure to examine and policy changes implemented in recent years to assess accompanied by the available data. The main findings of the study are; important steps have been taken in the health system with the strategic policies and planning implemented in the 2002-2018 period, but the necessity of developing the relevant policies and plans, the human resources working in the field are insufficient compared to the requested services, there is an imbalance in terms of distribution among the regions, shows that motivational practices should be done and health expenditures should be increased. As a result; as in other sectors, the improvement of work flow schema for the

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

definitions of the occupational groups in the field of health, organizing pre-graduation and post-graduate trainings and reviewing these trainings in line with the needs, training human resources according to the country's field statistics, planning the works for increasing the quality of the services provided, evaluating the satisfaction of the service providers and users. It is seen that there is a need in the health sector as well.

Keywords: Human Resources in Health, Health Expenditures, Training of Human Resources in Health Services, Human Resources Financing in Health Services, Human Resources Management and Policies in Health.

GİRİŞ

Sağlık sisteminin hızlı değişim gösteren yapısı, bu alanda verilen hizmetlerin planlanmasını ve sunulmasını giderek daha önemli hale getirmektedir. Teknolojik gelişmelerin artması, sağlık alanında yapılan hizmetlerin maliyetini ve ülke genelinde sağlık alanına ayrılan harcamaların payının giderek artmasına sebep olmaktadır. Bilişim alanındaki gelişmelere bağlı olarak, bireylerin sağlık alanındaki taleplerinin artış göstermesi, bu alanda yapılmış olan düzenlemelerin tekrar gözden geçirilmesi, yapılacak olan planlamaların ise daha gerçekçi temeller üzerinde oluşturulması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, ulaşılabilirliği, etkinliği ve uygulanabilirliği öncelikli olarak bu alanda çalışan insan kaynaklarının sayısına, eğitimine, üretkenliğine, finansmanına ve sağlık harcamalarına, ardından ise verilen hizmetlerin teknik, sosyal ve kültürel açıdan kalitesine, ayrıca hizmeti veren kurumların istikrarına bağlıdır.¹ Sağlık sistemi içerisindeki insan kaynakları, ülkenin sağlık politikalarının işleyişi açısından en önemli bileşeni oluşturmaktadır.² Sağlık personellerinin hizmet sunum kalitesi ve gösterdikleri performans; sahada çalışan personel sayısına, personellerin çalıştıkları birimlere, çalışma şartlarını belirleyen politikalara ve uygulamalara bağlı olarak değişmektedir.³ Sağlık alanında mevcut insan kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılması sonucunda nitelikli bir hizmet sunumu için, mevcut veriler doğru olarak değerlendirilmeli ve iyi bir planlama çerçevesi oluşturulmalıdır.⁴ İlgili politikalar belirlenirken sahada çalışan personeli etkileyebilecek çeşitli faktörler göz önünde bulundurularak, özellikle uygulama sonrası meydana gelebilecek avantaj ve dezavantajlar da düşünülerek stratejik planlamalar yapılmalıdır. Dünyanın çoğu ülkesine benzer şekilde Türkiye'de de sağlık alanındaki insan kaynaklarının dengesiz dağılımının temel nedeni, yeterli alt yapı çalışmaları yapılmadan planlamaların ve politikaların

¹ Özkan, Şirin & Uydacı, Mert. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi". *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11/44 (2015), 222.

² Hongoro, Charles & Mcpake, Barbara. "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health". *The Lancet*, 364/9443 (2004), 364.

³ Lamintakanen, Johanna, Kivien, Tuula & Kinnunen, Juha. "Managers' Perspectives on Recruitment and Human Resource Development Practices in Primary Health Care". *International Journal of Circumpolar Health*, 69/5 (2010), 469.

⁴ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 222.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

oluşturulmasından kaynaklanmaktadır.⁵ Sağlık alanındaki insan kaynaklarının yönetimi için uygulanan politikalar sonucunda meydana gelen etkiler, dünya çapında da benzerlik göstermektedir. Bunun bir sonucu olarak Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/WHO), son dönemlerde artan uluslararası göç nedeni ile sağlık alanındaki insan kaynaklarının planlanması, personel sayısındaki yetersizlik, personelin uygunsuz dağılımı gibi sorunlara yönelik olarak bu alanda uygulanan politikalar üzerinde ciddi çalışmalar yapmaktadır.⁶

Konunun önemine atfedilen ve yukarıda ifade edilen açıklamalar ışığında yapılan bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık alanındaki işgücüne yönelik olarak insan kaynaklarının düzeyini, eğitim durumunu, finansmanını ve ihtiyaç durumuna göre dağılımını belirlemek, sağlık harcamalarını incelemek ve son dönemlerde uygulanan politika değişimlerini mevcut veriler eşliğinde değerlendirmektir. Amaç doğrultusunda, çalışma altı konu başlığı altında örüntülenmiştir. Çalışmanın birinci kısmında sağlık alanında insan kaynaklarının genel durumu, ikinci kısmında sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının dağılımı, üçüncü kısmında sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının eğitimi konu başlıklarına yer verilmiştir. Dördüncü konu başlığında, sağlık hizmetlerinde insan kaynakları finansmanı, beşinci başlıkta sağlık harcamaları, ardından sağlıkta insan kaynakları yönetimi ve politikaları açıklanmıştır. Çalışma, sonuç ve öneriler kısmı ile tamamlanmıştır.

1. SAĞLIK ALANINDA İNSAN KAYNAKLARININ GENEL DURUMU

Dünya Sağlık Örgütü için sağlık, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra üretim için vazgeçilmez bir koşul haline geldi ve sağlık yönetimini hükümetler için öncelikler listesine aldı. Bu doğrultuda sağlık alanında yapılan çalışmalarda, insan kaynaklarına ve sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaların sayısı artırıldı. Bu kapsamda; sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sistemleri ve kurumsal değerlendirmeler, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi, sağlık teknolojisi ve sağlık sisteminde yer alan ekonomik birimlerin davranışlarının analizleri gibi konularda araştırmalar yapıldı.⁷

İnsan kaynaklarının arzı, örgütsel hedeflere ulaşmak için en önemli etmenlerden birisi olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, hem hizmetlerin üretilmesi hem de sunulması aşamalarında insan kaynakları çok değerli bir faktördür. Ülkelerin ve kuruluşların gelişimsel yönü, insan kaynaklarını geliştirmedeki yaratıcılık ve yenilikçiliklerle ilişkilidir. Sağlık alanındaki insan kaynakları, en kritik kaynaklardan ve sermayelerden birisi olarak görülmektedir. Bu durum, toplumdaki sağlık koşullarının korunması, sağlık hizmetlerinin sunulması ve geliştirilmesinde görevli olan sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşlar açısından gerekli planlamaların doğru bir şekilde yapılmasını ve yürütülmesini gerekli kılmaktadır.

⁵ Lamintakanen vd, "Managers' Perspectives on Recruitment and Human Resource Development Practices in Primary Health Care". 469.

⁶ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 222.

⁷ Reina, Manuel Ruiz-Adame, Correa, Manuel & Soler, Nuria García-Agua. "A Study of The Graduates of Health Economics Masters Programs in Spain". *Gac Sanit.*,33/6 (2019), 524.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

İnsan kaynaklarının eksik ya da fazla olması durumu, hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini düşürebilmektedir.⁸

Günümüzde, insan kaynaklarının sağlık alanındaki rolüne daha fazla vurgu yapıldığı ve bu alanda gerekli araştırmaların yürütüldüğü görülmektedir. Bu araştırmaların, özellikle 21. yüzyılın başlarında hız kazandığı WHO'nun çalışmalarından da anlaşılmaktadır. WHO tarafından yayımlanan 2006 Yılı Dünya Sağlık Raporu'nda; *sağlık çalışanları, öncelikle sağlığı geliştirme birincil amacı olan eylemlerde bulunan kişilerdir* şeklinde tanımlanmaktadır.⁹ Söz konusu Rapor'da, sağlık alanında insan kaynaklarına odaklanılarak, insan kaynakları tanıtılmıştır.

Dünya'daki sürece benzer şekilde, Türkiye'de de sağlık alanında insan kaynaklarının önemi konusunda farkındalık artmış, konu ile ilgili gerekli çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı son yıllarda yaptığı icraatlar doğrultusunda sağlık alanındaki tek tip istihdam politikası uygulamasından vazgeçmiştir. Söz konusu bu uygulamalar; 4/B'li sözleşmeli personel istihdamı, sahadan sözleşmeli sağlık personeli istihdamı, mecburi hizmet uygulaması (devlet yükümlülüğü uygulaması), hemşireler ve ebeler için vekâleten alımlar olarak sıralanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, daha az gelişmiş bölgelerdeki sağlık personeli istihdamı sıkıntısını gidermek amacıyla sözleşmeli personel uygulamasını başlatmıştır. Bu uygulama, Hazine ve Maliye Bakanlığı ile ortaklaşa yapılan planlamalar sonucunda hayata geçirilmiş ve özellikle hekim dışı sağlık personeli (ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni gibi) istihdamı sağlanmıştır.¹⁰

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunun büyük çoğunluğu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık alanında hizmet veren insan kaynaklarının büyük bir kısmı bu kuruluşlarda istihdam edilmektedir. Buna göre 2018 yılı itibarıyla toplam hekimlerin yaklaşık %60'ı, toplam diş hekimlerinin yaklaşık %35'i, eczacı, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin ise yaklaşık %67'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışmaktadır.¹¹ Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de, Sağlık Bakanlığı sektör içerisinde başlıca işveren olarak görev yapmaktadır.¹² Bu kapsamda, Sağlık

⁸ Nobakht, Samin, Shirdel, Arash, Molavi-Taleghani, Yasamin, Doustmohammadi, Mohammad M. & Sheikhbardsiri, Hojjat. "Human Resources for Health: A Narrative Review of Adequacy and Distribution of Clinical and Nonclinical Human Resources in Hospitals of Iran". *International Journal of Health Planning and Management*, 33/4 (2018), 560-561.

⁹ WHO, World Health Organization. "The World Health Report 2006: Working Together for Health". Erişim 22 Ağustos 2019. https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf.

¹⁰ Akdağ, Recep, Nazlıoğlu, Serpil, Mollahaliloğlu, Salih, Kosdak, Mustafa, Öncül, Hasan Gökhan, Erkoç, Yasin, Çinal, Adnan, Aydın, Sabahattin, Ünüvar, Necdet & Tosun, Nihat. (ed). "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu". TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851. Ankara, 2011.

¹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara, 2019, 225.

¹² Lamintakanen vd. "Managers' Perspectives on Recruitment and Human Resource Development Practices in Primary Health Care". 469.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Bakanlığı sağlık alanındaki insan kaynakları politikalarının oluşturulması, düzenlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi konusunda büyük bir role ve öneme sahiptir.

Tablo 1'de Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörde görev yapmakta olan toplam sağlık personelinin sayıları gösterilmektedir. Buna göre, 2018 yılı itibariyle Türkiye'de 153.128 hekim, 30.615 diş hekimi, 32.032 eczacı, 190.499 hemşire, 56.351 ebe, 177.409 diğer sağlık personeli, 376.367 diğer personel ve hizmet alımı olmak üzere toplamda 1.016.401 personel sağlık alanında çalışmaktadır. Verilere göre, 2002-2018 dönem aralığı içerisinde Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörde çalışan insan kaynaklarının sayısında artış olduğu görülmektedir. Bu artış oranı, 2.6 kattan daha fazladır.

Tablo 1. Sağlık Personellerinin Sayıları, Tüm Sektörler: 2002-2018¹³

İnsan Kaynakları	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Toplam Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Personel Sayısı	378.551	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

Tablo 2 içerisindeki 2018 yılı itibariyle sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı genel olarak değerlendirildiğinde; tıp hekimi istihdamının çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda, diş hekimi ile eczacı istihdamının ise özel sektörde ağırlık kazandığı görülmektedir.

Tablo 2. Sağlık Personellerinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı: 2018 Yılı¹⁴

İnsan Kaynakları	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	43.347	14.438	25.109	82.894
Pratisyen Hekim	39.442	291	4.320	44.053
Asistan Hekim	8.770	17.411	-	26.181
Toplam Hekim	91.559	32.140	29.429	153.128

¹³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 225.

¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 225.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Toplam Diş Hekimi	10.814	4.224	15.577	30.615
Eczacı	3.064	691	28.277	32.032
Hemşire	126.891	29.263	34.345	190.499
Ebe	52.495	789	3.067	56.351
Diğer Sağlık Personeli	121.206	16.493	39.710	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	236.155	48.377	91.835	376.367
Toplam Personel Sayısı	642.184	131.977	242.240	1.016.401

2005 yılı itibariyle birinci basamak sağlık hizmeti alanında Türkiye’de büyük bir değişim gerçekleşmiş ve *Aile Hekimliği* sistemine geçilmiştir. 2010 yılına kadar olan süreç içerisinde gerekli personel istihdamı ve eğitimler tamamlanarak uygulamaya giren Aile Hekimliği sistemi, 81 ilde uygulanmaktadır.¹⁵ Aile Hekimliği sistemi; birinci basamak sağlık sistemi içerisinde tanımlanan hastalıkların tanı ve tedavilerinin bireylerin kendi seçebileceği hekimler tarafından yürütülmesine, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna, aile üyelerinin sağlık alanında eğitimine, hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve takibine yönelik hizmet veren hekim ve ekibinin sorumluluğu altında yürütülmesi esasına dayanan bir uygulamadır. Sistem içerisinde oluşabilecek bir sevk durumunda, etkili ve güvenilir sevk zincirinin kurulabilmesine yönelik hastanın kendi seçtiği ve güvendiği hekiminden bu hizmeti alması amaçlanmıştır. Sistemin oluşturulması sırasında, mevcut durumda aile hekimi olarak görev yapan hekimlerin eğitime de gerekli önem verilmiştir. Bu amaçla, sistem içerisinde görev yapacak olan pratisyen hekimlerin eğitimi için birinci aşamada uyum eğitimi olarak tanımlanan kısa bir eğitimin ardından, ikinci aşamada mesleki bilgi ve becerilerinin artırılması ve geliştirilmesinin hedeflendiği bir eğitim planlaması yapılmıştır.¹⁶ Uygulama sonrasında dikkati çeken durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim sayısındaki artıştır. Tablo 3, sağlık personelinin hastane, aile hekimliği birimi ve diğer kurumlara göre hizmet birimlerinin dağılımını göstermektedir. Pratisyen hekimler aile hekimliği biriminde görev yapmakta olan en yüksek sayıdaki insan kaynağıdır.

Tablo 3. Sağlık Personellerinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı: 2018 Yılı¹⁷

Meslek Grubu	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	40.541	1.814	992	43.347
Pratisyen Hekim	10.719	22.268	6.455	39.442
Asistan Hekim	8.770	-	-	8.770
Toplam Hekim	60.030	24.082	7.447	91.559

¹⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Dünya Sağlık Örgütü İş yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 929. Ankara, 2014.

¹⁶ Akdağ, Recep, Aydın, Sebahattin & Demirel, Hüseyin. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749. ISBN: 978-975-590-273-9. Ankara, 2008.

¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 248.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Toplam Diş Hekimi	4.642	-	6.172	10.814
Eczacı	2.747	-	317	3.064
Hemşire	113.641	7.448	5.802	126.891
Ebe	27.028	13.299	12.168	52.495
Diğer Sağlık Personeli	73.226	1.874	46.106	121.206
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	193.787	17.614	24.754	236.155
Toplam Personel Sayısı	475.101	64.317	102.766	642.184

Aile Hekimliği sistemine geçişle birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak çalışan insan kaynaklarının sayısı artmış ve birinci basamaktan üst basamağa yapılan sevk sayısı azalmıştır (Bkz. Tablo 4). Söz konusu bu durum, sağlıkta insan kaynaklarının artışına paralel bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulduğunun ve kullanıldığının bilgisini vermektedir.

Tablo 4. Aile Hekimliği Birimi Sevk Hızı (%), Sağlık Bakanlığı: 2002-2018¹⁸

Sevk Hızı	2002	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1. Basamak Kuruluşları Sevk Hızı (%)	22	3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı istatistik verilerine göre, aile hekimliği sistemi içerisinde çalışan aile sağlık elemanlarının, aynı sistem içerisindeki hekimlerden daha fazla iş yüküne maruz kaldığı ortaya çıkmaktadır. Olması gereken sayı açısından bakıldığında ise, mevcut iş yüküne göre yapılacak olan bir hesaplamada aile sağlığı elemanı sayısının aile hekimi sayısından %12 daha fazla olması gerekmektedir. Nüfus temelindeki norm kadro hesabı kullanıldığında ihtiyaç olan aile sağlığı elemanı sayısının, aile hekimi sayısına eşit olması yeterli olarak tanımlanmaktadır.¹⁹

Türkiye'de olduğu gibi dünya genelinde de birçok ülkede sağlık politikalarının başarısını etkileyen en önemli unsur sağlık sistemi içerisindeki insan kaynaklarının uygun bir şekilde değerlendirilmesidir.²⁰ Bu duruma örnek olarak; Gürcistan'da yapılan ülke çapında bir aşılama programında, yeterli sayıya ulaşamayan aşılama oranlarının sebebi araştırıldığında, ilk göze çarpan durumun yetersiz sağlık hizmeti sistemi ile birlikte sağlık alanındaki insan kaynaklarının eksikliği görülmektedir.²¹ WHO verileri kullanılarak 117 ülkenin dâhil edildiği bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde insan kaynaklarının kullanımı ile anne ölüm oranı, beş yaş altı çocuk ölüm oranları ve yeni doğan ölüm oranı

¹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 166.

¹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Dünya Sağlık Örgütü İş yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 929. Ankara, 2014.

²⁰ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 222.

²¹ Esmail, C. Laura, Cohen-Kohler, Jilian Clare & Djibuti Mamuka. "Human Resource Management in The Georgian National Immunization Program: a Baseline Assessment", *Human Resources for Health*, 5/20 (2007), 5.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

incelenmiş; sonuçlarda belirtilen oranların sağlık sistemindeki insan kaynakları yoğunluğu ile önemli oranda etkileşim içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla, iyi yetiştirilmiş bir sağlık personelinin riskli gebeliklerde annede meydana gelebilecek herhangi bir anormallığı daha kolay belirleyebileceği gözlenmiştir. Bu doğrultuda bebek ve anne ölümü oranlarının azaltılması için, sağlık alanındaki insan kaynaklarına yapılan destek ve yatırımların artırılması konusunda geniş bir konsensüs ortaya çıkmıştır.²²

Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanan tüm bu yeniliklere rağmen 2002-2018 dönemi içerisindeki dağılıma bakıldığında hem ikinci ve hem de üçüncü basamak sağlık hizmetlerine talebin daha fazla olduğu ve giderek arttığı Tablo 5'te yer alan verilerden anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı: 2002-2018²³

Kurum Türleri	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	214.120.750	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580
ÇEKÜS Birimi	2.980.481	660.056	548.433	525.011	646.856	366.095
TSM'ler	-	2.234.348	3.457.520	8.080.631	4.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	731.132	546.514	523.694	461.013	501.993	539.593
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618	265.496.223
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	28.208.781	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722
Hastaneler	124.313.659	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362	497.963.259
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191	517.018.981
Genel Toplam	208.966.049	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204

Tablo 5 içerisinde belirtilen rakamlar ve sağlık hizmetlerine yönelik talep artışları bir başka açıdan değerlendirildiğinde; 2018 yılı istatistiklerine göre Türkiye'de bir yıl içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerine kişi başına olan müracaat sayısı ortalama 3.2 iken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kişi başına müracaat sayısının ortalama 6.3 olduğu görülmektedir.²⁴ Dolayısıyla, oluşturulan mevcut aile hekimliği sistemine olan talebin artırılması ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine talebin azaltılması için gerekli politikalar planlanırken, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların da yapılması gerekmektedir. Bu amaçla, sağlık politikaları planlanırken sunulan hizmetlerin talep yaratması konusuna ağırlık verilmesi önerilmektedir. Mevcut aile hekimliği sistemi içerisinde, hastanın ilk başvurusu dışındaki tüm ihtiyaç ve taleplerine hekim

²² Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 225.

²³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 161.

²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 161.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

tarafından karar verilmektedir. Yani, sistem içerisinde hekimin karar verme gücü, sunulan hizmetin kendi talebini yaratması ilkesini ön plana çıkarmaktadır. Bu durumda hekim, sağlık personeli, yatak gibi sunulan hizmetler beraberinde talebi yani hastayı getirmektedir.²⁵

Tablo 6 incelendiğinde, 2018 yılında 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının 101, pratisyen hekim sayısının ise 54 olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, çalışan personel sayısı açısından düşünüldüğünde, talebin sunulan hizmetin fazla olduğu yöne doğru kaydığını göstermektedir. Aslında, talebin koruyucu sağlık hizmetleri yönünde birinci basamak sağlık hizmetlerine doğru kaydırılması açısından, aile hekimliği sistemi içerisinde yer alan pratisyen hekim ve aile hekimi uzmanı sayılarının artırılması pozitif yönde değerlendirilebilir. Ancak, sistem içerisindeki diğer sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilmesi ve her yıl sözleşmenin yenilenmesi zorunluluğu, sağlık personeli açısından çalışma ortamında ciddi belirsizliklere yol açmaktadır. Bunun sonucunda da sistem sağlık çalışanının iş güvencesini azaltarak, çalışma şartlarını da zorlaştırmaktadır.

Tablo 6. Bölgelere Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Sayısı, Tüm Sektörler²⁶

Bölge Adı	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe
Batı Anadolu	144	49	267	51	47	335
İstanbul	134	45	219	50	40	270
Ege	112	57	204	41	45	311
Akdeniz	94	56	175	36	43	304
Doğu Karadeniz	84	65	171	33	40	368
Orta Anadolu	80	60	170	32	40	321
Doğu Marmara	92	51	169	35	36	291
Batı Marmara	89	56	166	33	40	320
Batı Karadeniz	81	61	163	31	39	345
Kuzeydoğu Anadolu	69	63	153	24	28	311
Ortadoğu Anadolu	80	58	143	24	27	317
Güneydoğu Anadolu	62	55	129	21	29	248
Türkiye	101	54	187	37	39	301

Sağlık personelinin unvanlara göre bölgesel dağılımını gösteren Tablo 6'ya göre, en fazla hekim, diş hekimi ve eczacının Batı Anadolu bölgesinde, en fazla hemşire ve ebe ise Doğu Karadeniz bölgesinde istihdam edildiği görülmektedir.

Uygulanan sağlık politikaları sonucunda, 2002-2018 döneminde sahada çalışan sağlık personeli sayısında ciddi bir artış olmuştur (Bkz. Tablo 7). Ancak bu artışa rağmen, 100.000

²⁵ Çelik, Yusuf. *Sağlık Ekonomisi*. Siyasal Kitabevi. Ankara, 2011, 54.

²⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*'de yer alan verilerden derlenmiştir.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

kişiye düşen sağlık personeli sayısının, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development/OECD) ülkelerine göre yetersiz olduğu Tablo 8'de izlenmektedir.

Tablo 7. Sağlık Personeli ve 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayıları: Türkiye²⁷

	Yıllar	Toplam Hekim	Uzman Hekim	Asistan Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe
Sağlık Personeli Sayısı	2002	91.949	45.457	15.592	30.900	16.371	22.289	72.393	41.479
	2018	153.128	82.894	26.181	44.053	30.615	32.032	190.499	56.351
100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayısı	2002	138	68	-	47	25	34	171	
	2018	187	101	-	54	37	39	301	

Tablo 8 içerisinde, 2018 yılında Türkiye ve OECD ülkelerindeki 100.000 kişiye düşen sağlık personeli ile hekime müracaat sayıları aktarılmıştır.

Tablo 8. 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli ve Hekime Müracaat Sayıları²⁸

Ülke/Ülke Grubu	100.000 Kişiye Düşen				Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı (yıllık)
	Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe	
Türkiye	187	37	21	301	9.5
OECD	348	70	83	938	6.8

2018 yılı itibarıyla 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye'de 187 iken, bu rakam OECD ülkelerinde 348'dir. OECD ülkeleri ile genel bir karşılaştırma yapıldığında, Türkiye'de hekim sayısının diğer ülkelerin neredeyse yarısı, ebe ve hemşire sayısının ise üçte birinden az olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu yapabilmek için yeterli sayıda insan kaynağına ihtiyaç olduğu söylenebilmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI DAĞILIMI

Ülkelerin sağlık sistemi içerisindeki insan kaynaklarının yetersizliği ve ihtiyaca göre dağılımlarının dengesiz olması, dünya genelinde uzun yıllardır devam etmekte olan yaygın bir problemdir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre yapılan sınıflandırmalarda, gelişmişlik

²⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*'de yer alan verilerden derlenmiştir.

²⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*'de yer alan verilerden derlenmiştir.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

düzeyi yüksek olan ülkeler içerisinde sosyo-ekonomik seviyesi daha iyi olan bölgelerde sağlık alanında daha fazla işgücü istihdamının yapıldığı görülmektedir.²⁹ Bununla birlikte düşük gelirli ülkelerde sağlık işgücünün kalitesi ve verimliliği konusunda da ciddi farklılıklar bulunmaktadır.³⁰ Bu durum, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin görünümü ile de aynıdır. Sağlık alanındaki insan kaynaklarının dağılımına bakıldığında, bölgeler hatta iller arasında kişi başlı hizmet sunan sağlık personeli dağılımında ciddi farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. Mevcut istatistiki bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, bu farklılıklarının oluşmasında sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Özellikle, ekonomik gelişmeleri yüksek olan kentsel alanlarda sağlık harcamalarının nispeten daha fazla olduğu öngörülmektedir.³¹

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda yer alan ve sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının dağılımını bölgesel olarak açıklayan Tablo 6 incelendiğinde, Türkiye genelinde 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısının en fazla olduğu bölgenin Doğu Karadeniz (65), en az olduğu bölgenin ise İstanbul (45) olduğu anlaşılmaktadır. Uzman hekim açısından yapılacak değerlendirmede, 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının en yüksek olduğu bölgenin Batı Anadolu (144), en düşük olduğu bölgenin ise Güneydoğu Anadolu (62) olduğu açıklanmaktadır. Ebe ve hemşire açısından dağılım ele alındığında ise, 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının en yüksek Doğu Karadeniz bölgesinde (368), en düşük Güneydoğu Anadolu bölgesinde (248) olduğu görülmektedir.

43

Bölgeler ve şehirlerarasındaki sağlık personeli dağılımının farklılıklarının nedenleri araştırıldığında, büyükşehirler sağlık çalışanları ve aileleri için kariyer olanağı ve sosyal imkânlar sağladıkları için daha tercih edilir durumdadır.³² Kılıç vd. (2004)³³ tarafından Türkiye ölçeğinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarında, hekimlerin kırsal bölgelere gitmek istememesinin öncelikli iki nedeni olarak bu bölgelerin sosyo-kültürel imkânlarının kısıtlı olması ve mesleki gelişim ile eğitim olanaklarının yoksunluğu tespit edilmiştir. Sağlık personeli dağılımının, bölgeler arasındaki dağılımındaki eşitsizlik problemi son yıllarda uygulamaya geçirilen birtakım politikalar ile iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Bu politikalar, 4/B'li sözleşmeli personel istihdamı, mecburi hizmet uygulaması, hemşireler ve ebeler için vekâleten alımlar olarak sıralanabilir. Söz konusu politikalarla, bölgeler arasındaki insan kaynağı açığının ve dağılım dengesizliğinin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır.

²⁹ Garoufallou, Emmanouel, Virkus, Sirje, Siatra, Rania ve Koutsomiha, Damiana. Metadata and Semantic Research. 11th International Conference on Metadata and Semantic Research, MTSR 2017 2017, held in Tallinn, Estonia, November 28th to December 1st, 2017.

³⁰ Hongoro, & Mcpake. "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health". 364.

³¹ Folland, Sherman, Goodman, Allen C. & Stano, Miron. *The Economics of Health and Health Care*. 7th Edition, Pearson, New Jersey, 2013, 201.

³² Garoufallou vd. Metadata and Semantic Research, 2017.

³³ Kılıç, Mustafa & Tunç, Şebnem. "İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu, Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7/1 (2004), 39-64.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Sözleşmeli ve ilave ücret uygulaması gibi politikalar hekimlerin istihdamı için kullanılmış, ancak yeterli verim elde edilememiştir. Bunun sonucunda, mecburi hizmet uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Buna göre tıp fakültelerinden mezun olup hekimlik unvanı alan hekimler mevcut bölgenin gelişmişlik durumuna bağlı olarak 300 ila 600 iş günü arasında devlet hizmet yükümlülüğüne tabi tutulmaktadır. Bu kapsamda, atamaların dengeli ve adaletli bir şekilde uygulanması için *Atama ve Nakil Yönetmeliği* hazırlanmıştır. Şeffaflığı sağlamak amacıyla, atamalar bilgisayar ortamında kura ve hizmet puanı ile yapılmaktadır.³⁴ Ayrıca, mevcut personelin yer değiştirme isteği olduğu durumlarda yani personel hareketliliğinde sağlık çalışanlarının önceden çalışmış olduğu bölgelerin ve toplam hizmet sürelerinin belirleyici olması sağlanmıştır. Süreç içerisinde *Personel Dağılım Cetveli* olarak tanımlanan ve hem atamalarda hem de nakillerde karar destek mekanizması olarak düşünülen bir sistem kurulmuştur. Bu mekanizma, maaş veya ücretleri genel bütçeden karşılanan, Bakanlık personelinin pozisyonlarının unvan ve branşlar itibarıyla önceden belirlenen ilkelere göre illere ve hizmet birimlerine dağılımı sonucunda, ayrı ayrı belirlenen ve her yıl yenilenen kadro ve pozisyon sayısına göre işlemektedir.³⁵

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARININ EĞİTİMİ

Türkiye’de sağlık alanında insan kaynağının yetiştirilmesi ve istihdamının koordinatörlük görevi Sağlık Bakanlığı’ndadır. Bu alanda mezuniyet öncesi eğitim ile ilgili politikaların belirlenmesinde, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Üniversiteler aktif olarak rol almaktadır. Sağlık personelinin üst ihtisas eğitimi, YÖK tarafından yürütülmektedir. Bu düzenlemeler arasında alınacak öğrenci sayısı, verilecek eğitimin içeriği ve alt yapı planlaması bulunmaktadır. Sağlık meslek liselerindeki eğitim-öğretim faaliyetlerinden ise 2004 yılı itibarıyla MEB sorumludur.

Türkiye’de sağlık alanında çalışmak amacıyla eğitim almak isteyen adaylar açısından sıkıntı bulunmamaktadır. Diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında ve mevcut talep durumu dikkate alındığında; tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri fakülteleri ile sağlık yüksekokullarını kazanan öğrencilerin ortalama puanları diğer fakülte ve yüksekokul puanlarına göre daha yüksektir. Tıp fakülteleri, puanlarının yüksekliği nedeniyle üniversiteye giriş sınavında ilk 20.000 içerisine giren adaylar tarafından seçilebilmektedir. Türkiye, sağlık alanında mezuniyet öncesi eğitim kapasitesi ve aday başvuru sayısı açısından yeterli durumdadır.³⁶

YÖK tarafından yayımlanan 2014 yılı Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu’na göre, Türkiye’de tıp fakültelerinde bir öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4.5’tir. Nüfus sayısı Türkiye’ye benzeyen diğer Avrupa ülkelerinde ise bu durum Tablo 9’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Bu doğrultuda bir değerlendirme yapıldığında, Türkiye’de sağlık

³⁴ Akdağ vd. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. 2008.

³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. *Sağlık 2006*. Ankara, 2006.

³⁶ Özkan & Uydacı. “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, 230.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

alanında insan kaynağı oluşturulması açısından tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılması yönünde bir uygulamaya gidildiği görülmektedir.

Tablo 9. Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Başına Öğrenci Sayıları³⁷

Ülke	Ülke Nüfusu	Tıp Fakültesi	Öğretim Üyesi	Öğrenci	Öğrenci/Öğretim Üyesi	Veri Yılı
Türkiye	75.627.384	73	11.551	51.445	4.5	2013
Hollanda	16.833.345	8	10.960	18.714	1.7	2012
İngiltere	63.705.000	34	17.365	55.870	3.2	2011
Finlandiya	5.428.571	5	1.534	6.559	4.3	2012
İsveç	9.500.000	7	4.957	29.288	5.9	2012
Almanya	80.558.700	36	12.247	85.009	6.9	2012
Yunanistan	10.772.967	7	1.793	12.817	7.1	2013
Fransa	65.586.000	47	5.919	131.857	22.3	2012

Hemşirelik yüksekokullarındaki durum incelendiğinde, 2012-2013 eğitim-öğretim yılı içerisinde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının 39.4 olduğu görülmektedir. Türkiye'deki hemşirelik yüksekokulları ile tıp fakültelerinin durumları karşılaştırıldığında, hemşirelik yüksekokullarında öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının tıp fakültelerinden yaklaşık dokuz kat daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır.³⁸ Sağlıkta insan kaynaklarının yetersiz olduğu ülkelerde, sağlık personelinin üretkenliği ve kalitesi ile ilgili ciddi sıkıntılarda yaşanmaktadır. Bu sürece bakıldığında yani sahada çalışan sağlık personeli sayısının artırılması konusundaki politikalar, çoklu etmenlerin ve güçlüklerin birlikte etkileşime girdiği zor bir durumdur.³⁹ 2008 yılında YÖK'ün yaptığı çalışmalar sonucunda tıp fakültelerindeki öğrenci kontenjanı %30 artırılırken, hemşirelik meslek yüksekokullarındaki öğrenci kontenjanı ise %15 oranında artırılmıştır. Ayrıca, sağlık meslek liselerindeki hemşirelik bölümlerine de öğrenci alımına devam edilmiştir.⁴⁰ İhtiyaç doğrultusunda sağlık personelinin sayısının artırılması yanında, nitelikli bir insan kaynağı oluşturulması adına mesleki bilgi ve becerilerin artırılması için hizmet içi eğitimler de düzenlenmeye başlanmıştır. Sahada çalışan sağlık sistemi yöneticilerine yönelik örgün eğitimler dışında, uzaktan eğitim sistemleri oluşturularak bu sistemler üzerinden sağlık yönetimi eğitim programları düzenlenmektedir. Bölgesel pilot uygulama bölgeleri oluşturularak diyabet hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, enfeksiyon hemşireliği, yeni doğan yoğun bakım hemşireliği, acil bakım hemşireliği gibi özel alanlarda sertifikalı kurs programları düzenlenmeye başlanmıştır. Bu programlar sayesinde sağlık kurumlarının daha spesifik alanlarında, mezuniyet sonrasında özel bilgi ve beceriye

³⁷ YÖK, Yükseköğretim Kurumu. *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*. YÖK Yayın No: 2014/1, Eskişehir, 2014, 37.

³⁸ YÖK, Yükseköğretim Kurumu. *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*. 2014, 36,85.

³⁹ Hongoro & Mcpake. "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health", 364.

⁴⁰ Akdağ vd. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. 2008.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

dayalı mesleki yeterlilikler sağlamaya yönelik eğitim alan nitelikli personeller yetiştirilmiştir. Bu sertifikalı eğitimlerin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı tarafından 21.08.2010 tarihinde yayımlanan 27679 sayılı *Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği* ile düzenlenmiştir. Eğitimleri uluslararası standartlar seviyesine ulaştırmak amacıyla hemşirelik, ebelik ve fizyoterapi gibi alanlarda verilen eğitimler ve hizmetlerin bilimsel bir disiplin çerçevesinde gelişmesini sağlayacak düzenlemeler yapılmıştır. Bu bağlamda örnek vermek gerekirse, 2010 yılında hemşirelerin pozisyonlarına, çalışma alanlarına ve eğitim durumlarına uygun görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması ve sınırlarının belirlenmesi için *Hemşirelik Yönetmeliği* yayımlanmış, yayımlanan bu yönetmelik 2011 yılında revize edilmiştir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI FİNANSMANI

Sağlık alanında diğer alanlarda olduğu gibi insan kaynaklarının verimliliğini ve etkinliğini doğrudan etkileyen en önemli etmenlerden birisi finansmandır. Sağlık alanına insan kaynağının kazandırılması, alanda çalışan mevcut personelin işe devamlılıklarının sağlanması, tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışma periyotlarının ayarlanması, çalışan personelin motivasyonu gibi pek çok konu finansman kaynağı ile ilgilidir. Dolayısıyla sağlık sisteminde insan kaynakları ihtiyacı belirlenirken ülkelerin gelişmişlik düzeyi, yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan sistemler ve bu sistemlerin alt yapısı gibi birçok faktörün eşzamanlı olarak göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında çalışan insan kaynağının finansmanı, ulusal ekonomik kaynaklara ve sağlık sektöründe hangi alanlara bütçe ayrılacağı planlanarak yapılmaktadır. Bu harcamalar, sağlık sektöründe insan kaynağına ayrılacak payın ne şekilde olacağı kısa ve orta dönem için belirlenen hükümet politikaları ile belirlenmektedir. Son dönemlerde cari hesap açığını kapatmaya yönelik olarak yapılan planlama politikaları, genel kamu finansmanının önümüzdeki yıllarda azalacağı yönünde bir durum sergilemektedir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı da son yıllarda yaptığı icraatlar doğrultusunda, istihdam ettiği sağlık işgücünü kamu personeli kapsamı dışında sözleşmeli personel kadrolarında istihdam etme yolunu seçmiştir.⁴¹ Tablo 10, 2002-2012 yılları arasında mevcut personel istihdamını göstermektedir. Tablodan görülebileceği üzere, 2012 yılında uygulama sonucunda hizmet alımı yolu ile çalıştırılan personel sayısı 2002 yılına oranla yaklaşık on bir kat artmıştır.

Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Personel Sayılarının İstihdam Türlerine Göre Değişimi⁴²

Personel İstihdam Türleri	2002	2011	2012
Kadrolu	245.000	359.000	381.000
Hizmet Alımı	11.000	123.00	126.000
Toplam	256.000	482.000	507.000

⁴¹ Özkan & Uydacı. “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, 232.

⁴² Yıldırım, Hasan Hüseyin. *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2013, 44.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Sağlık personelinin aylık gelirlerine bakıldığında, kamudaki sağlık insan kaynakları finansmanının, temel maaş, sosyal sigorta katkıları ve döner sermaye aracılığı ile performansa dayalı teşvik ödemelerinden oluştuğu görülmektedir. Dünyada çoğu ülkede olduğu gibi sağlık personellerinin maaşları ve ek ödemeleri, Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarının büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır.⁴³

Türkiye'de sağlık sektöründeki insan kaynaklarının finansmanına yönelik önemli bir adım olarak tanımlanabilecek, *Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulama Sistemi* mevcuttur. Bu sistem, ilk olarak 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında, sonrasında ise 2004 yılında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu sistem, performans ile ilgili bazı göstergelerin değerlendirilmesi sonucunda bunu yerine getiren kişi ve kurumlara ek ödeme veren bir uygulamadır. Bu uygulama, mevcut durumda kurum ve hekim düzeyinde uygulanmaktadır. Sistemin uygulanması, klinik karar gerektiren 5.200 prosedür temeline dayanmaktadır. Her prosedürün puanı, sunulan hizmet için ödenen parasal ödeme ile orantılı şekildedir. Sağlık alanında yıllık ek ödeme ile ilgili tavan değerler, sağlık çalışanlarının görev ve alanlarına göre ayrı ayrı düzenlenmektedir. Sisteme göre başhekimler aylık temel maaşlarının %800'üne kadar ek ödeme alabilirlerken, uzman hekimler %700, pratisyen hekimler %500, hemşireler ise %150-200 katına kadar ek ödeme alabilmektedir. Uygulama, sektör içerisindeki düzeysel farklılıklarda yer alan yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının motivasyonunu azaltan, hizmet kalitesini düşüren bir durum olarak göze çarpmaktadır.⁴⁴

Şekil 1. Uzman Hekim Sayısının Dağılımı (%), Tüm Sektörler: 2002-2018⁴⁵

⁴³ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 232.

⁴⁴ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 233.

⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 246.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Performans sistemine dayalı döner sermaye uygulaması ve sağlık alanında gerekli iyileştirmelerin yapılması sonrasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda tam gün çalışan uzman hekim sayısında artış yaşandığı görülmektedir (Bkz. Şekil 1).

5. SAĞLIK HARCAMALARI

İktisat teorisine göre, devletin piyasalarda servet ve gelirin yeniden dağıtılması, makroekonominin istikrarı, mikroekonomik piyasa başarısızlığının düzeltilmesi olmak üzere üç ana faaliyet alanı bulunmaktadır. Mikroekonomik piyasa başarısızlığı ile ilgili olarak, devletin dâhil olabileceği ve dâhil olması gereken durumlar ise, tekelci gücün kontrol edilmesi, kamu mallarının sağlanması ve korunması, dışsallıkların göz önünde bulundurulması ve bilgi asimetrisinin azaltılmasıdır.⁴⁶ Bununla birlikte, sağlık piyasalarındaki hizmet sunumu alıcısındaki bilgi azlığı, sağlık sigorta sistemindeki etik olmayan uygulamalar (ters seçim ve ahlaki risk), fiyatlandırılması mümkün olmayan dışsallıklar ve paternalizm gibi konular devletin bu piyasalardaki varlığını zorunlu hale getirmektedir.⁴⁷ Devlet, kaynakların tahsisini veya gelir dağılımını etkilemeye yönelik olarak birçok politika ve araçlar tercih edebilir. Bu anlamda sağlık hizmetleriyle ilgili temel kategoriler, seçici emtia vergileri ve sübvansiyonları, kamu sağlık hizmetlerinin sağlanması, transfer programları ve politika araçları şeklinde karşımıza çıkmaktadır.⁴⁸

Sağlık piyasaları, tümüyle rekabetçi bir yapıya sahip olmadığı gibi tümüyle tekelci bir yapıya da sahip değildir. Sağlık piyasaları, geniş kısmını kamu sektörünün oluşturmakla birlikte piyasada özel sektöründe yer aldığı bir yapıdır. Bu doğrultuda sağlık harcamalarının büyük kısmı, kamu sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Sağlık piyasalarında kamu sektörünün ağırlıkta olmasının temel nedeni, tam rekabet piyasalarındaki ideal varsayımların bu piyasalarda tam ve düzgün olarak işlememesi ile açıklanmaktadır.⁴⁹ Bireysel sağlık finansmanın oldukça yüksek olduğu ülkelerde bile kamu sektörünün sağlık harcamaları artma eğilimi göstermektedir.⁵⁰

Dünyadaki görünüme benzer şekilde Türkiye'de de sağlık harcamaları alanında kamu sektörü ağırlıktadır. Kamu sektörü merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik tarafından yapılan sağlık harcamalarını, özel sektör ise hanehalkları ile kuruluşlar ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Şekil 2 ele alındığında, 2002-2018 dönem aralığı içerisinde toplam sağlık harcamalarında (cari sağlık harcaması ve yatırım harcaması) özel sektörün payının azaldığı görülmektedir. 2002 yılında kamu sektörünün toplam sağlık harcamaları, özel sektör toplam sağlık harcamalarından 2.4 kat fazla iken, bu oran 2018 yılında 3.4 kat daha fazla

⁴⁶ Wonderling, David, Gruen, Reinhold, & Black, Nick. *Introduction to Health Economics*. Edition, Open University Press, McGraw-Hill Education. Glasgow, 2005, 138.

⁴⁷ Rosen, Harvey S. *Public Finance*. 7th Edition, McGraw-Hill Education. United States, 2005, 216-219.

⁴⁸ Folland & Goodman. *The Economics of Health and Health Care*, 395.

⁴⁹ Donaldson, Cam, Gerard, Karen, Jan, Stephen & Wiseman, V. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. 2nd Edition, Basingstoke, UK. Palgrave Macmillan, 2004, 29.

⁵⁰ Getzen, Thomas E. *Health, Economics and Financing*. 4th Edition, John Wiley & Sons, USA, 2010, 334-335.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

gerçekleşmiştir. Kamu sektörü toplam sağlık harcamalarının, özel sektör toplam sağlık harcamalarına oranının en düşük (2.1 kat) olduğu yıllar 2005 ve 2007 olurken, en yüksek olduğu yıl ise 2011 (3.9 kat) yılı olmuştur.

Şekil 2. Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Toplam Sağlık Harcamaları: 2002-2018⁵¹

Ülkelerin gayrisafı yurtiçi hasılası (GSYH) içerisindeki sağlık harcamalarının payı, ülkelerin gelişmişlik seviyeleri belirlenirken bir ölçüt olarak kullanılabilir. Bu durum, ülkelerin toplam üretim kapasitesinin hangi oranda sağlık hizmetleri üretiminden kaynaklandığını açıklamaktadır. Kamu ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan toplam sağlık harcamalarının, GSYH içerisindeki payını gösteren Tablo 11 incelendiğinde, 2002 yılına göre 2018 yılında cari sağlık harcamalarının 8 kattan, yatırım harcamalarının ise 23 kattan fazla arttığı görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarındaki bu artışa karşılık, hem cari sağlık harcamalarının hem de toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının azaldığı görülmektedir.

Tablo 11. Toplam Sağlık Harcamaları: 2002-2018⁵²

Yıllar	Cari Sağlık Harcaması (milyon TL)	Cari Sağlık Harcamasının GSYH'ye oranı (%)	Yatırım Harcaması (milyon TL)	Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH'ye oranı (%)
2002	18.331	5.1	443	18.774	5.2
2005	33.292	4.9	2.067	35.359	5.2
2006	40.949	5.2	3.120	44.069	5.6
2007	46.495	5.3	4.409	50.904	5.8

⁵¹ TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu. Konularına Göre İstatistikler: Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim 3 Mayıs 2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.

⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 257.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

2008	52.320	5.3	5.420	57.740	5.8
2009	55.294	5.5	2.616	57.911	5.8
2010	58.623	5.1	3.054	61.678	5.3
2011	65.372	4.7	3.236	68.607	4.9
2012	70.288	4.5	3.901	74.189	4.7
2013	79.702	4.4	4.688	84.390	4.7
2014	88.878	4.3	5.871	94.750	4.6
2015	96.786	4.1	7.782	104.568	4.5
2016	112.540	4.3	7.216	119.756	4.6
2017	130.981	4.2	9.666	140.647	4.5
2018	154.998	4.2	10.236	165.234	4.4

Türkiye'nin cari sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının, OECD ülkeleri ile karşılaştırılması durumu söz konusu oranın 2 kattan daha düşük olduğunu söylemektedir. OECD ülkelerinde cari sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı %8.8 (2017 yılı) iken, Türkiye'de %4.2 (2018 yılı) olarak gerçekleşmiştir.⁵³

WHO kişi başına sağlık harcamalarını iki temel parametre ile incelemektedir. Birinci temel parite harcamaların ABD \$'ı cinsinden, ikinci temel parite ise ABD \$'ı cinsinden satın alma gücü paritesi yönünden hesaplanmaktadır. ABD \$'ı cinsinden kişi başına kamu ve özel sağlık harcamalarını yansıtan Şekil 3'te görüldüğü gibi, süreç içerisinde kişi başına sağlık harcamalarında 2 kattan daha fazla artış yaşanmıştır. 15 yıllık dönemdeki kişi başına sağlık harcamalarının ortalaması 495 ABD \$'ıdır. Bu ortalamaya göre 2002, 2005, 2006, 2015, 2017 ve 2018 yıllarında kişi başına sağlık harcamaları ortalamanın altındadır.

⁵³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 260.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Şekil 3. Kişi Başına Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (ABD \$): 2002-2018⁵⁴

Türkiye’de kişi başına cari sağlık harcamaları OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, satın alma gücü paritesi açısından kişi başına cari sağlık harcamalarının düşüklüğü dikkat çekmektedir. Türkiye’de 1.181 ABD \$ (2018 yılı) olan kişi başına cari sağlık harcamaları, OECD ülkelerinde 3.857 ABD \$ (2017 yılı)’dır.⁵⁵

Şekil 4. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (ABD \$): Dünya, 2013⁵⁶

⁵⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 261.

⁵⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 263.

⁵⁶ WHO, World Health Organization. Sağlık Harcamaları Haritaları, Erişim 4 Mayıs 2020, https://www.who.int/health-accounts/expenditures_maps/en/.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan dünya genelindeki kişi başına toplam sağlık harcamalarına bakıldığında ise Türkiye'nin orta grupta yer aldığı görülmektedir (Bkz. Şekil 4).

6. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI

Türkiye'de sağlık alanında insan kaynakları planlaması ile bu alanda üretilen ve yürütülen politikalar Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Oluşturulan planlamaların uygulama sürecinde, sağlık çalışanlarının hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitimleri YÖK ve MEB tarafından yürütülmektedir. Sağlık alanındaki insan kaynağının finansmanı ise Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılmaktadır. Sağlık alanında insan kaynaklarına ilişkin ulusal araştırmaların yapılması, verilerin toplanması ve düzenlenmesi ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) sorumluluğu altındadır. En sıkıntılı alan olan sağlık sektöründe çalışacak personel istihdamının sağlanmasındaki en büyük rol, Sağlık Bakanlığı'ndadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında yetişmiş personelin diploma tescil işlemlerini, istihdamını, alanda yeni sağlık meslek gruplarının tanımlanmasını, uygun yerleştirmeyi, personelin dengeli bir şekilde dağılımını, personel atamalarını ve personele mezuniyet sonrası verilen hizmet içi eğitimlerle hizmet sunumunun kalitesini artırma yönündeki çalışmaları da yürütmektedir.⁵⁷

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar ve uygulanan politikalar doğrultusunda, son yıllarda sağlık alanında insan kaynaklarının planlanması ve yönetilmesi konusunda çok daha fazla farkındalık olduğu gözlemlenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yine bu farkındalığı artırmak amacıyla, sağlık alanındaki insan kaynaklarının Türkiye'deki geleceğini öngörmeye yönelik planlamalara yer verilen *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu* araştırması yapılmıştır. Bu çalışmada, insan kaynaklarının planlanmasına yönelik içinde bulunan mevcut durumun değerlendirilmesi, buna yönelik stratejik planların oluşturulması, mevcut sorunların çözümüne yönelik son on beş yıla yayılan (2008-2023) politikaların ve stratejilerin belirlenmesi hedeflenmiştir.⁵⁸ Sağlık alanındaki insan kaynakları yönetimindeki en önemli değişim olarak değerlendirilen performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2003-2004 yıllarından itibaren uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamayla, sunulan sağlık hizmetlerinde hedeflenen sonuçlar, performans ile ilişkilendirilerek mevcut sağlık sistemindeki yöneticilerin ve personelin amaca uygun olarak hizmet etmesi amaçlanmıştır. Sağlık alanındaki bir diğer gelişme ise, insan kaynaklarının güçlendirilmesine ve verimli kullanılmasına yönelik olarak bilgi sistemlerinin kurulmasıdır. Bu bilgi sistemleri, hasta kaydının elektronik ortamda yapılması, aile hekimliği bilgi sisteminin oluşturulması, insan kaynakları yönetim sistemi, doktor bilgi bankası, tek düzen muhasebe sistemi, hasta bilgi yönetim sistemi gibi isimlerle ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. Aynı zamanda bu sistemler ile entegre olarak çalışan *Karar Destek Sistemleri* kullanılmaya başlanılmıştır. Karar Destek Sistemleri sayesinde, sağlık sistemi içerisinde çalışan yöneticiler ve planlayıcılar için raporlama, analiz etme ve

⁵⁷ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 234.

⁵⁸ YÖK, Yükseköğretim Kurumu. *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*, 2014.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

istatistiki bilgiler elde edilmiştir.⁵⁹ Tüm bu sistemler sayesinde, Sağlık Bakanlığı insan kaynakları açısından nicelik ve niteliğe yönelik birçok veriye ulaşabilmektedir. Ayrıca, özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarının kayıtları kamu tarafından da takip edilebilir duruma gelmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından sahada çalışan sağlık yöneticilerine, bireysel yönetim bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik olarak uzaktan eğitim sistemi sayesinde belirli aralıklarla sağlık yönetimi eğitim programları verilmektedir. Bu uzaktan eğitim modelleri, sadece sağlık yönetimi için değil aynı zamanda kişisel gelişim, hemşirelik yönetimi ve aile hekimliği sistemi gibi konularda da yürütülmektedir. Eğitim uygulamalarının yaygınlaştırılması, teoride sağlık eşitsizliğinin sağlık eğitimi programları ve nüfusun eğitiminin iyileştirilmesi yoluyla azaltılabileceği anlamına gelmektedir.⁶⁰

Sağlık Bakanlığı, yukarıda belirtilenlere ilave olarak, sektördeki insan kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılabilmesi için birtakım yasal düzenlemeler de yapmıştır. Sağlık çalışanlarının bölgesel olarak adil ve dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak amacıyla, Atama ve Nakil Yönetmeliği'ni hazırlamıştır. Mevcut yönetmeliğe bağlı atama uygulamalarının elektronik ortamda kura ve hizmet puanı ile yapılması, sistemde adalet ve şeffaflığın ortaya konulmasına yönelik bir durum olarak yorumlanmaktadır.⁶¹ Sağlıkta insan kaynakları Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi bir otorite ile yönetilmekte iken, son dönemlerde meydana gelen birtakım gelişmeler ile bu otoritenin bazı yetkilerinin yerel yönetimlere kaydırılmasına yönelik birtakım politikaların uygulandığı görülmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri'nin sağlık hizmeti sunumunda daha etkin rol alması ve sözleşmeli personel istihdamı gibi uygulamalar ile sağlık kurumlarının daha özerk bir yapıya dönüştürülmesi sağlanmıştır.⁶² Sağlık Bakanlığı, bu kurumlarda çalışan sözleşmeli personelin norm kadro planlamaları, standartların uygulanması, sağlık personellerine ödenecek ücretlerin tespiti, yapılacak ödemelerin miktarı, usul ve esaslarının belirlenmesinde Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Devlet Personel Başkanlığı ile birlikte çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda yönetici pozisyonunda görevlendirilen personelin, *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname* ile özel sözleşmeli statüsünde çalıştırılmasına karar verilmiştir. Sahada çalışan diğer personeller açısından ise, durum farklıdır. Memur statüsünde çalışan mevcut personelin emekli sandığı hakları devam ederken, yeni alınacak olan personellerin *4857 Sayılı İş Kanunu*'na bağlı çalışacağı belirlenmiştir. Bu durumun sonucunda, hâlihazırda çalışmakta olan personellerin hakları ve iş güvencesi devam ederken yeni alınacak olan personelin ise haklarının ve iş güvencesinin korunmadığı görülmektedir.⁶³ Söz konusu uygulamayla, sözleşmeli personele istenilen yerde ve gerektiği durumlarda fazla mesai ile çalıştırılabileceği yükümlülüğü getirilmiş; getirilen bu fazla mesai yükümlülüğü karşılığında ise herhangi bir ek ücret ödeme ya da talep etme gibi bir durumun söz konusu olamayacağı hüküm altına

⁵⁹ Akdağ vd. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. 2008.

⁶⁰ Wonderling vd. *Introduction to Health Economics*. Edition, Open University Press, 103.

⁶¹ Akdağ vd. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. 2008.

⁶² Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 235.

⁶³ Özkan & Uydacı. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi", 235.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl yönetim kurulunun da görüşü alınarak, aşırı istihdamın önüne geçmek amacıyla azami personel sayısının tespit edilmesi ve bu sayının üstünde bir istihdam yapılamayacağı kararı da alınmıştır. Tüm bu düzenlemelerin esnek bir istihdam politikasına dayalı olarak kurgulandığı, mevcut memur statüsünün sağlamış olduğu güvencenin ortadan kaldırılarak mesai ve ücret konularında esnek düzenlemelerin getirildiği, çalışan haklarının kısıtlandığı, işveren açısından insan kaynakları maliyetlerinin azaltılması ve işverenin yetkilerinin artırılması için uygun bir ortam sağlandığı görülmektedir.⁶⁴ Sağlık personellerinin sözleşmeli statüde çalıştırılmasındaki asıl amaç, yetkin ve nitelikli personel ile sunulan hizmetlerin kalitesini artırmaktır. Ancak, sağlık kurumlarının yöneticilerinin sözleşmeli olarak çalıştırılması Anayasanın 128. maddesine aykırı bir durumdur. İlgili madde, kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan yöneticilerin kamu görevlisi pozisyonunda çalıştırılması gerektiğini belirtmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık alanında insan kaynaklarının istihdamı, planlanması ve yönetimi pek çok disiplini ve sektörü yakından ilgilendirmektedir. Türkiye’de son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan politikalar doğrultusunda bu alanda oldukça önemli adımlar atılmıştır. Bununla birlikte, sağlık sektöründe istihdam edilen insan kaynaklarının yetersiz ve dengesiz bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir. Sağlık sisteminde sunulan hizmetlerin kalitesini, dolayısıyla da insan kaynaklarını artırmak amacıyla sağlık alanında eğitim veren yükseköğretim kurumlarının sayısı ve bu kurumlardaki öğrenci kontenjanları artırılmıştır. Bu duruma bağlı olarak, söz konusu fakülte ve meslek yüksekokullarında eğitim-öğretim faaliyetlerini yürütmek için öğretim elemanı sayısı da artmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından, özellikle son dönemlerde sağlık alanındaki insan kaynaklarının bölgeler arasındaki dağılımında dengesizliği gidermek amacıyla birtakım uygulamalar yapılmıştır. Söz konusu bu uygulamalar arasında mecburi hizmet uygulaması, 4/B’li sözleşmeli personel, vekil ebe ve hemşire alımları sayılabilir. Bu uygulamalar, bölgesel dağılımdaki dengesizliğin önüne geçmiş gibi görünse de yeterli bir çözüm olamamıştır.

Sahada yapılan uzun vadeli stratejik planlamalar, performansa dayalı ek ödeme sistemi, personel dağılımı dengesizliğini çözme konusunda yapılan uygulamalar, aile hekimliği sistemi gibi uygulamalar sağlık alanında insan kaynaklarının verimli kullanımı açısından önemli reformlar olarak görülmektedir. Ancak, istatistiki veriler mevcut durumun genel anlamda sağlık sistemi açısından yetersiz olduğuna işaret etmektedir. Bu doğrultuda kapsamlı stratejik politika ve planlamaların belirlenerek belirli periyotlarda sürecin değerlendirilmesi, meydana gelebilecek yeni ihtiyaçlar doğrultusunda stratejik planların yeniden düzenlenmesi, sağlık kalite göstergeleri ile hem uzun hem de orta vadeli hedefler doğrultusunda personelin nicelik ve nitelik yönünden planlanması, bu planlamaların ise en kısa zamanda uygulamaya

⁶⁴ Özkan & Uydacı. “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, 235.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık alanındaki meslek gruplarına ait tanımlamaların yapılmasına, bu tanımlamalara ait iş akış şemalarının oluşturulmasına, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerin düzenlenmesine ve ihtiyaçlar doğrultusunda bu eğitimlerin gözden geçirilmesine dikkat edilmelidir. Aynı zamanda, Türkiye'nin saha istatistiklerine göre insan kaynağı yetiştirilmesine, hizmeti sunanların ve kullananların memnuniyetinin değerlendirilmesine, verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması yönünde çalışmaların planlanmasına diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ihtiyaç vardır. Belirtilen hizmetlerin sürdürülebilirliğinin sağlanması için, gerekli olan politikalar ve planlar belirlenmeli, ivedi olarak uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, Recep, Aydın, Sebahattin & Demirel, Hüseyin. *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749. ISBN: 978-975-590-273-9. Ankara, 2008.
- Akdağ, Recep, Nazlıoğlu, Serpil, Mollahaliloğlu, Salih, Kosdak, Mustafa, Öncül, Hasan Gökhan, Erkoç, Yasin, Çinal, Adnan, Aydın, Sabahattin, Ünüvar, Necdet & Tosun, Nihat. (ed). "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu". TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851. Ankara, 2011.
- Çelik, Yusuf. *Sağlık Ekonomisi*. Siyasal Kitabevi. Ankara, 2011.
- Donaldson, Cam, Gerard, Karen, Jan, Stephen & Wiseman, V. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. 2nd Edition, Palgrave Mcmillan, UK, 2004.
- Esmail, C. Laura, Cohen-Kohler, Jilian Clare & Djibuti Mamuka. "Human Resource Management in the Georgian National Immunization Program: A Baseline Assessment", *Human Resources for Health*, 5/20 (2007).
- Folland, Sherman, Goodman, Allen C. & Stano, Miron. *The Economics of Health and Health Care*. 7th Edition, Pearson, New Jersey: 2013.
- Garoufallou, Emmanouel, Virkus, Sirje, Siatri, Rania & Koutsomiha, Damiana. Metadata and Semantic Research. 11th International Conference on Metadata and Semantic Research, MTSR 2017 2017, held in Tallinn, Estonia, November 28th to December 1st, 2017.
- Getzen, Thomas E. *Health, Economics and Financing*. 4th Edition, John Wiley & Sons, USA, 2010.
- Hongoro, Charles & Mcpake, Barbara. "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health". *The Lancet*, 364/9443 (2004), 1451-1456.
- Kılıç, Mustafa & Tunç, Şebnem. "İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu, Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7/1 (2004), 39-64.
- Lammintakanen, Johanna, Kivien, Tuula & Kinnunen, Juha. "Managers' Perspectives on Recruitment and Human Resource Development Practices in Primary Health Care". *International Journal of Circumpolar Health*, 69/5 (2010), 462-469.
- Nobakht, Samin, Shirdel, Arash, Molavi-Taleghani, Yasamin, Doustmohammadi, Mohammad M. & Sheikhbardsiri, Hojjat. "Human Resources for Health: A Narrative Review of Adequacy and Distribution of Clinical and Nonclinical Human Resources in Hospitals of Iran". *International Journal of Health Planning and Management*, 33/4 (2018), 560-572.

Türkiye Sağlık Sistemi'ne İnsan Kaynakları ve Sağlık Harcamaları Perspektifli Bir Yaklaşım

- Özkan, Şirin & Uydacı, Mert. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi". *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11/44 (2015), 221-238.
- Reina, Manuel Ruiz-Adame, Correa, Manuel, Soler & Nuria García-Agua. "A Study of The Graduates of Health Economics Masters Programs in Spain". *Gac Sanit.*, 33/6 (2019), 523-528.
- Rosen, Harvey S. *Public Finance*. 7th Edition, McGraw-Hill Education. United States, 2005.
- TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu. Konularına Göre İstatistikler: Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim 3 Mayıs 2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. *Sağlık 2006*. Ankara, 2006.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Dünya Sağlık Örgütü İş yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 929. Ankara, 2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara, 2019.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin. *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2013.
- YÖK, Yükseköğretim Kurumu. *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu)*. YÖK Yayın No: 2014/1, Eskişehir, 2014.
- WHO, World Health Organization. "The World Health Report 2006: Working Together for Health". Erişim 22 Ağustos 2019. https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf.
- WHO, World Health Organization. Sağlık Harcamaları Haritaları, Erişim 4 Mayıs 2020 https://www.who.int/health-accounts/expenditures_maps/en/.
- Wonderling, David, Gruen, Reinhold, & Black, Nick. *Introduction to Health Economics*. First Edition, Open University Press, McGraw-Hill Education. Glasgow, 2005.