

Sağlıkta insangücü açmazı

Dr. Güven Bektemür



1969 yılında Giresun'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1993). Göğüs hastalıkları uzmanlığını ve işletme/sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimini tamamladı. Çeşitli hastanelerde hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. Sağlık Bakanlığı'nda Personel ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüklerinde üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Halen Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi Genel Sekreteri ve İstanbul İli Koordinatör Genel Sekreteri olarak görev yapmaktadır.

Devletlerin en temel görevi, toplumun sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, sağlıklı yaşam düzeyini yükseltmek ve bunun için gerekli alt yapıyı sağlamaktır. Etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için uygun fiziki mekâna, dolayısıyla yatırıma, yeterli araç gerece ihtiyaç duyulmakla birlikte bu hizmetlerin sunumunda en temel unsur insandır. Sağlık sektörü emek - yoğun bir sektördür. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak sunulabilmesi için gereken en temel bileşenlerden biri, doğru yapılmış sağlık insangücü planlamasıdır.

Gerek üretim sektöründe gerekse hizmet sektöründe planlama kaçınılmazdır. İnsanların hizmet alması da hizmet vermesi de bir planlama dahilinde olmalıdır. İnsangücü planlamasıyla hangi alana, hangi işlere, ne nitelikte ve ne kadar eleman alınacağı önceden belirlenir. Planlamanın iki temel amacı vardır: Birincisi örgütün insan kaynağının en yararlı biçimde kullanılmasını sağlamak, ikincisi örgütün gelecekteki insangücü gereksinimini nicelik ve niteliksel olarak karşılamaktır.

Sağlık insangücü; verilen hizmetin kamu, üniversite veya özel sektör ayırt etmeksizin toplumun tüm katmanlarının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten kesimdir. Sağlık insangücü planlaması ise; toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel özellikler ile maliyet- etkin sağlık hizmeti sunumu arasındaki oran dikkate alınarak sağlık hizmeti sunacak insangücünün planlaması, istihdamı ve yönetimi olarak ifade edilmektedir.

1987 tarih ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmet-

leri Temel Kanunu" sağlıkta insangücü planlamayı Sağlık Bakanlığının uhdesine vermektedir. Planlama yapılırken yöntem, yaklaşım, ölçüt ve paydaşlar zaman zaman değişiklik gösterebilmektedir.

Sağlık insangücü planlamasında kullanılan ölçütleri beş başlık altında toplayabiliriz:

- Sağlık insangücü verileri (sayısal durum, illere ve kurumlara göre dağılımı, sağlık kuruluşlarının sayı ve kapasiteleri, yıllık mezun sayıları vb.)
- Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumları (yaş, cinsiyet ve bölgelere göre kişi başına yıllık başvuru sayıları, toplumun sağlığa yönelik bilgi, tutum ve davranışları)
- Sağlık düzeyi göstergeleri (morbidite oranları, mortalite oranları, fertilitite oranları vb.)
- Demografik veriler (nüfus durumu, nüfusun bölgesel dağılımı, nüfusun yoğunluğu, beklenen yaşam süreleri vb.)
- Ekonomik veriler (kişi başına ulusal gelir, sağlık harcamaları, sağlığa ayrılan pay vb.)

Kamuda sağlık hizmetleri istihdamı farklı yöntemlerle yapılmaktadır.

- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/A ile çalışan personel (devlet memuru),
- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/B'li personel. 4/B kadrosunda çalışan personeli de ikiye ayırmak mümkündür. Maaşı Döner Sermaye tarafından ödenenler ve maaşı Genel Bütçeden ödenenler,
- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/C kadrolu personel,
- 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük

Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" uyarınca istihdam edilen personel,

- 4857 "İş Kanunu"na istinaden geçici işçiler,
- 4857 "İş Kanunu"na istinaden çalışan kadrolu işçiler.

Sağlık insangücü planlama çalışması; birçok kurumun işbirliği ve ortak akli ile gerçekleştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, Devlet Planlama Teşkilatı yeni ismiyle Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Etütleri İdaresi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, çeşitli sivil toplum örgütleri, dernekler, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, özel sağlık sigorta kuruluşları ve Dünya Sağlık Örgütü bu kuruluşlardandır.

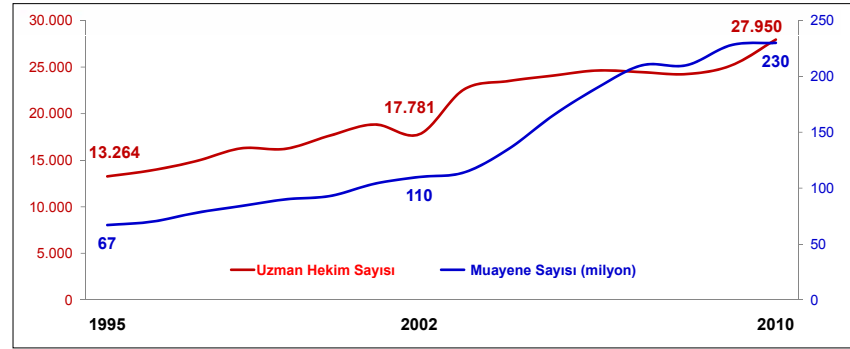
Sağlık insangücü planlama aşamasına gelmeden birçok faktörün incelenmesi, paydaş kuruluşların bu sürece dâhil edilmesi ile planlama sürecinin başlatılması gerekir. Maalesef ülkemizde 2002 den önce etkin bir sağlık planlamasından söz etmek mümkün değildir. Bunun nedenleri olarak, makro planlarla mikro planların örtüşmemesi, insangücü arzı, kayıpları, özel sektör dağılımı, hizmet çıktıları gibi birtakım verilerin sağlıklı olmaması, planlamaların kısa süreli ve krizleri atlatma çabasıyla yapılması, krizin geçmesiyle planlamayla ilgili destek ve kaynakların ortadan kalkması, hükümetlerin kısa sürede değişmeleri ve buna bağlı önceliklerin değişmesi, enflasyon dalgalanmaları ve ekonomik krizlere bağlı bütçe kısıtlamaları ve bunun istihdama yansması, plan dokümanı ile plan süreci arasında sağlıklı bir dengenin kurulamaması, sağlık personeli yetiştirme

eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki karar organları arasındaki bağlantının zayıflığını sayabiliriz. 2003 öncesi yapılan sağlık planlamaları daha ziyade sayısal veriler baz alınarak yapıyordu. Planlamada yatak sayısı ve nüfus verileri dikkate alınıyordu. 2003 sonrasında ise hastalık yükleri gözetilerek Türkiye çeşitli "sağlık bölgeleri"ne ayrıldı. Sağlık bölgesi sayısı, başlangıçta 23, daha sonra 29 olarak belirlendi ve yine bu bölgelerin merkezlerindeki il güçlendirilmiş il konumuna, bazı ilçelerde de yine sağlık hizmeti sunumu açısından güçlendirilmiş ilçe durumuna getirildi. Bu bölgelere insan kaynakları planlamasının %10'u kadar fazla ilave personel verildi. Ayrıca ülkemizde bu sağlık bölgeleri de göz önüne alınarak özelliği hizmetler ayrı ayrı planlandı. Bu kriterde planlamaya dâhil edilerek özelliği hizmet bölgelerine ayrı bir insangücü verilmesi sağlandı. Tüm bu çalışmalar sonucunda kadro çalışmaları yapıldı ve 2003 sonrası "Standart Kadro Cetvelleri Yönetmeliği" yayımlandı. İnsan kaynakları planlaması, bu çalışmalar sonucunda Atama Yönetmeliğine giydirilerek "Personel Dağıtım Cetvelleri" (PDC) ile desteklenir hale getirilmiştir. Bu da özellikle personelin eşit ve hakkaniyetli dağıtımını sağlamıştır

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye'de sağlık insan kaynakları konusunda yanlış yaklaşımlar ve bilgilendirmeler mevcuttu. Doktor ve hemşire sayısının yeterli olduğuna dair gerek üniversitelerde gerekte sivil toplum kuruluşlarında yaygın bir kanı hâkimdi. Yeni bin yılın başında Türkiye'deki sağlık sektörünün performansı, sağlık sonuçları, mali koruma ve hasta memnuniyeti penceresinden bakıldığında hem OECD ülkeleri arasında hem de DSÖ Avrupa Bölgesi'nde en alt sıradaydı. Bu durum insan kaynakları planlamaları ve uygulamaları için de geçerliydi. Sağlık insangücü rakamlarımız hem OECD hem de DSÖ Avrupa Bölgesi ülke ortalamasının çok altındaydı.

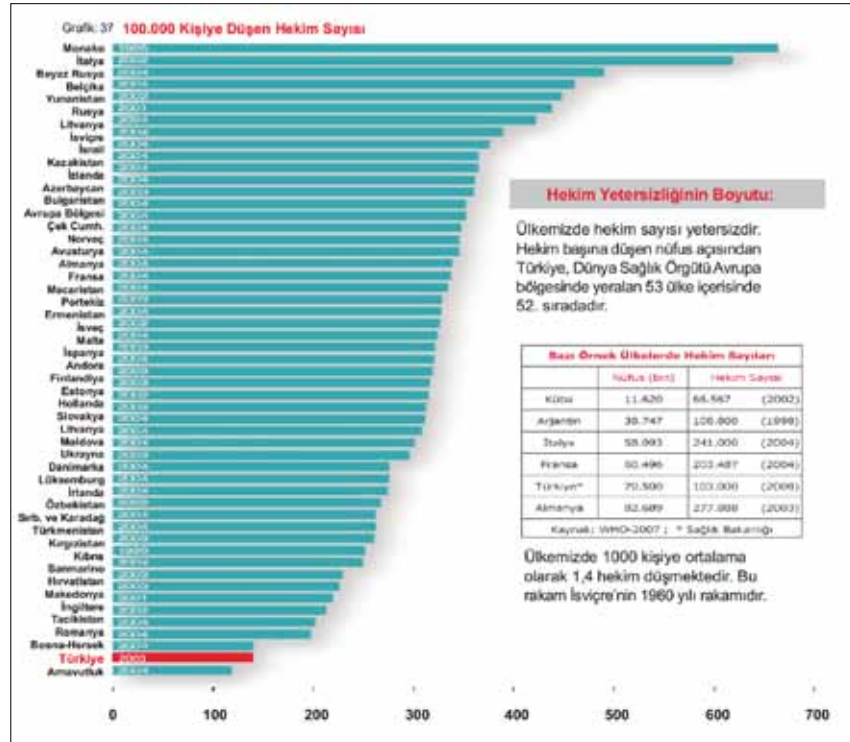
Bunu aşmak için hızlıca farklı istihdam modelleri geliştirildi. 4/B ve 2003 yılında yayımlanan 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile personel yetersizliği çekilen illere farklı ücretlerle istihdam sağlanmak istendi. Fakat bu modeller hekim istihdamında güçlüğ çekilen yerlerde istenilen başarıyı sağlayamazken diğer sağlık personeli istihdamında en etkili modeller oldu. Doğu ve Güneydoğu illerindeki insan kaynağı açığını gidermek için mecburi hizmet tekrar gündeme geldi ve yeniden düzenlenerek 05.07.2005 tarih 5371 sayılı ile "Mecburi Hizmete İlişkin Kanun" çıkarıldı. Mecburi hizmet uygulamaya

Tablo 1: Sağlık Bakanlığında çalışan uzman hekim başına düşen nüfus (Aralık 2002- Aralık 2010)



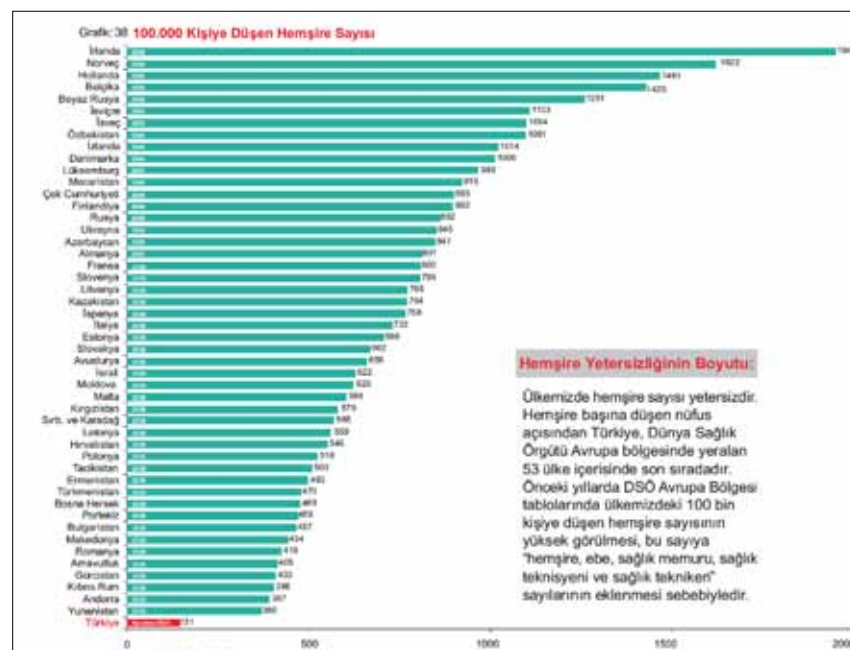
Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2011 yılı Bütçe Sunumu

Tablo 2: 100 bin kişi başına düşen hekim sayısı



Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- 2008 İlerleme Raporu

Tablo 3: 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı

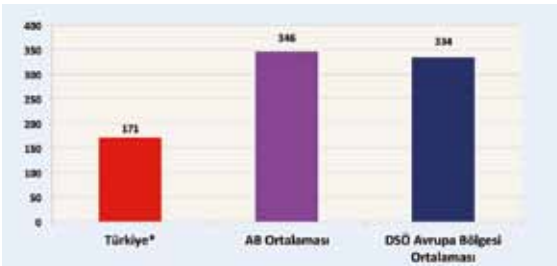


Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- 2008 İlerleme Raporu

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye’de sağlık insan kaynakları konusunda yanlış yaklaşımlar ve bilgilendirmeler mevcuttu. Doktor ve hemşire sayısının yeterli olduğuna dair gerek üniversitelerde gerekte sivil toplum kuruluşlarında yaygın bir kanı hâkimdi. Sağlık insangücü rakamlarımız hem OECD hem de DSÖ Avrupa Bölgesi ülke ortalamasının çok altındaydı. Bunu aşmak için hızlıca farklı istihdam modelleri geliştirildi. Fakat bu modeller hekim istihdamında güçlük çekilen yerlerde istenilen başarıyı sağlayamazken diğer sağlık personeli istihdamında en etkili modeller oldu.

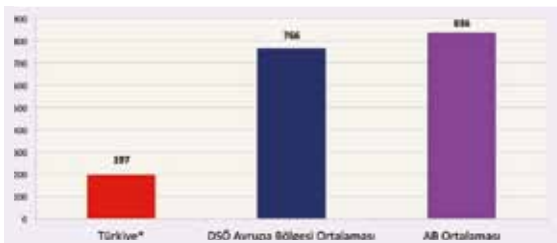


Tablo 4: 100 bin kişiye düşen hekim sayısı bakımından AB, DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri ve Türkiye ortalaması karşılaştırması (Aralık 2013)



Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

Tablo 5: Türkiye, AB Ülkeleri ve DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin kişiye düşen hemşire sayısının karşılaştırılması (Aralık 2013)



Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

başlandıktan sonra yine Bakanlığın daha etkili sağlık insan kaynağı planlaması sayesinde uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran Aralık 2002’de 1/14 iken, Aralık 2010’da 1/3’e indi. (Tablo 1, 2 ve 3)

2003 yılında uygulamaya konulan ve ülkemizdeki en kapsamlı sağlık reformlarından olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile “Sağlıkta Etkin İnsan Kaynakları Yönetimi”, reformun ana birleşenlerinden biri olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda Mayıs 2006 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ortak paydaşları toparlayarak mevcut durum analizi çalışması başlatmıştır. Bu çalışma neticesinde durum analizi yapılmış ve 2023 hedefi konulmuştur. Ayrıca ilk kez 2011 yılında YÖK, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle “Sağlık İnsangücü Durum Raporu” yayımlanmıştır.

Rakamlarla sağlık istihdamı

Aralık 2013 itibarıyla Türkiye’de toplam 129 bin 383 hekim aktif olarak çalışmak-

tadır. Bunların 74 bin 562 si ise halen Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlardadır. (Tablo 4)

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; 100 bin kişiye düşen hekim sayısı ülkemizde 171 iken AB ortalaması 346, DSÖ Avrupa Bölgesi Ortalaması ise 334’dür. Yani mevcut durumda bile AB üyesi ülkelerin yarısından bile daha azdır. Pratisyen hekim sayısı ise 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim ülkemizde; 48 iken, AB ortalaması 79’dur. 2013 itibarıyla 72 bin 405 uzman hekim mevcuttur. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinde; 100 bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 273 iken, ülkemizde bu durum 96’dır.

Yine ülkemizde toplam 149 bin 12 aktif hemşire bulunmakta bunun 104 bin 704 (%70) Sağlık Bakanlığında çalışmaktadır. Bu meslek grubunun AB ortalamasında, 100 bin kişiye 836 hemşire düşerken, ülkemiz için bu rakam 197 olarak görülmektedir. (Tablo 5)

Bunu diğer meslek grupları için de söylemek mümkündür. Eczacı sayısına

Tablo 6: Yıllara göre Türkiye'de mevcut tıp fakülteleri ile bu fakültelerdeki öğrenci ve öğretim üyesi sayılarındaki gelişme

ÖĞRETİM YILI	FAKÜLTE SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ELEMANI SAYISI	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ELEMANI
		YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1983-1984	22	5.367	21.774	2.216	2.148	10,1
1984-1985	22	5.343	24.250	2.374	2.226	10,9
1985-1986	22	5.403	27.227	2.165	2.225	12,2
1986-1987	21	5.099	29.759	2.991	2.007	14,8
1987-1988	22	5.066	32.239	3.372	2.465	13,1
1988-1989	24	5.148	33.686	4.138	2.560	13,2
1989-1990	24	4.154	33.582	4.573	2.871	11,7
1990-1991	24	4.825	33.566	4.696	3.029	11,1
1991-1992	24	4.854	33.500	5.007	3.236	10,4
1992-1993	25	4.979	33.254	4.888	3.496	9,5
1993-1994	26	5.115	33.143	4.792	3.798	8,7
1994-1995	26	5.232	33.191	4.191	3.881	8,6
1995-1996	30	5.155	34.065	4.264	4.293	7,9
1996-1997	32	4.796	34.162	4.408	4.528	7,5
1997-1998	33	4.479	34.185	4.467	4.724	7,2
1998-1999	38	4.698	34.317	5.105	5.036	6,8
1999-2000	39	4.648	32.957	5.174	5.748	5,7
2000-2001	40	4.749	32.250	4.925	6.284	5,1
2001-2002	40	4.801	31.786	4.755	6.798	4,7
2002-2003	44	4.945	31.719	4.380	7.172	4,4
2003-2004	46	5.130	32.118	4.487	7.794	4,1
2004-2005	46	5.090	32.552	4.494	7.881	4,1
2005-2006	46	4.957	32.985	4.532	8.077	4,1
2006-2007	47	5.117	33.537	4.899	8.512	3,9
2007-2008	49	5.253	33.802	4.899	9.182	3,7

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

Tablo 7: Bazı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de tıp fakültesi öğretim üyesi ve öğrenci sayıları ile öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları

Ülke	Ülke Nüfusu	Tıp Fakültesi Sayısı	Öğretim Üyesi Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğrenci/Öğretim Üyesi	Veri Yılı
Hollanda	16.833.345	8	10960	18714	1,7	2012
İngiltere	63.705.000	34	17.365	55.870	3,2	2011
Estonya	1.294.486	1	383	1.495	3,9	2012
Finlandiya	5.428.571	5	1.534	6.559	4,3	2012
Türkiye	75.627.384	73	11.551	51.445	4,5	2013
Slovakya	5.408.148	4	1380	7924	5,7	2012
İrveç	9.500.000	7	4957	29286	5,9	2012
Letonya	2.044.853	2	488	3360	6,9	2012
Almanya	80.558.700	36	12247	85009	6,9	2012
Yunanistan	10.772.967	7	1793	12817	7,1	2013
Malta	480.000	1	134	985	7,4	2013
Macaristan	9.906.000	4	1730	13844	8,0	2013
Avusturya	8.400.000	3	1483	13349	9,0	2012
Fransa	65.586.000	47	5.919	131.857	22,3	2012

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

baktığımızda, 100 bin kişiye AB ortalamasında 62 eczacı düşerken Türkiye de bu rakam yine neredeyse yarısı olan 35'dir. Bu örnekleri dış hekiminden fizyoterapiste kadar çeşitli sağlık meslek gruplarına genelleyebiliriz.

Nüfusumuzun beklenen artış hızıyla 2023'te 83 milyona ulaşacağı ön görülmektedir. Planlamaya göre Tıp Fakültelerinde ortalama 13 bin yeni öğrenci, hemşirelik okullarında ise 23 bin yeni öğrenci kontenjanı oluşturulması gerekmektedir. Fakat bu planlama yapılırken OECD ve AB ülkelerinin şu anki mevcut personel sayıları baz alınmıştır. Benzer istihdam artışı bu ülkelerde de olacağından 2023 yılında kişi başına düşen sağlık personeli açısından bu ülkelerden yine geri kalacağımız düşünülmektedir.

Sağlıkta insangücü planlamasının diğer paydaşı olan eğitim ve ihtisas

Türkiye de 2003 yılında 56 olan tıp fakültesi sayısı 2013 yılında yeni kurulanlar ile birlikte 86'ya ulaşmıştır. Bunlardan 73'ünde tıp doktorluğu, 60'ında ise tıpta uzmanlık eğiti-

mi verilmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı 59 eğitim ve araştırma hastanesinde de tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Dış hekimliği fakültesi 54, eczacılık fakültesi sayısı ise 31'dir. Yükseköğretim Kurulu'na bağlı sağlıkla ilgili eğitim veren 481 fakülte ve yükseköğretim kurumunda bulunmaktadır. Öğrenci sayılarına bakarsak 2003-2004 öğretim yılında 32 bin 118 olan tıp fakültesi öğrenci sayısı 2012-2013 öğretim yılında 51 bin 445'e yükselmiştir. Öğretim üyesi sayısı ise 2003 yılında 7 bin 794 iken, 2013 yılında 11 bin 551'e yükselmiştir. Buna göre bir öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4,5'tur. Sağlıkta dönüşüm programı neticesinde YÖK ile işbirliği sonucu vermiş ve tıp fakülteleri öğrenci kontenjanı 2 katına (9 bin 500), hemşirelik yükseköğretim öğrenci kontenjanı da 3 katına (11 bin 200) çıkarılmıştır. (Tablo 6 ve 7)

Ülkemizde sağlık insangücü planlaması yapılırken YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında eşgüdüm eksikliği görülmektedir. Birbirinden kopuk oluşturulan mevzuatlarla zaman zaman karşılaşmaktayız. Bunun en güzel örneği 2013 Eylül

ayında yaşadığımız Özel Anadolu Sağlık Meslek Liseleri kontenjan sıkıntısıdır. Milli Eğitim Bakanlığı "Özel Öğretim Kurumları Yönetmeliği" yayınlamış, işleyiş sırasında da üst üste yayınlanan Sağlık Bakanlığının ve Milli Eğitim Bakanlığının genelgeleri ve aralarındaki uyumsuzluklar süreç yönetimini zorlaştırmıştır.

2 Kasım 2011 tarihinde 28103 sayılı Resmî Gazetede "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri" hakkında kanun hükmünde kararname yayımlanarak Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. İnsan kaynakları planlaması bu kanun öncesinde Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hıfzıssıhha Mektebi tarafından koordine edilmeye çalışılırken kanun sonrasında özellikle de Personel Genel Müdürlüğü'nün tasfiye edilmesiyle her kurum kendi personel planlamasını kendi yapar gelmiştir. Yeni yapıda Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğü'nün fonksiyonunu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ise Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü fonksiyonunu tam olarak üstlenememiştir.

Sağlık Bakanlığının şu anda kullanmış olduğu ve oldukça demode olan İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi programı beklenen performansı vermekten oldukça uzaktır. Veriler bilgi işlem sisteminin istenilen performansı vermemesi sebebiyle hala manuel olarak güncellenmektedir. Bir an önce etkili bir otomasyon programının hayata geçirilmesi gereklidir. Bununla birlikte YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı mevcut insan kaynakları verilerini elektronik ortamda karşılıklı paylaşabilmelidir.

Ülke nüfusunun yaklaşık %1'ini aktif olarak çalışan sağlık personeli ile sağlık alanında eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Planlama bu husus dikkate alınarak yapılmalıdır. Mevcut durum tespitinin doğru yapılması, mesleki fonksiyonel iş yükü analizleri, etkili istihdam modelleri, planlamayı yapan paydaş kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılması ile sağlıkta daha iyi insan kaynakları yönetimi yapılabilecektir.

Kaynaklar

İlerleme Raporu, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ağustos 2008, Ankara

Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Bütçe Sunumu.

Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi. 2011, Ankara

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durumu Raporu. Şubat 2014, Eskişehir

Türkiye'de Özellikle Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023. 2011, Ankara