

Sağlık insan kaynağını neden planlayamıyoruz?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Ülkemizde sağlık insan kaynakları planlaması ve hedef belirlemeye yönelik ilk çalışmalar Cumhuriyetin ilanı sonrası Dr. Refik Saydam (1923-1937) dönemine rastlamaktadır. O yıllarda sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik okulların kurulması ve bu okulların cazibesinin artırılması öncelikli konu olmuş ve bu durum 1960'lı yıllarda planlı kalkınma dönemine geçilmesinden bu yana önemini korumuştur. Bu doğrultuda Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) sağlık insan kaynaklarına yönelik "15 yıl içinde sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır" hedefi belirlenmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) sağlık insan kaynakları yetiştirmeye yönelik eğitim kurumlarının kurulması, bu kurumların kapasitelerinin artırılması, yurt çapında sağlık insan kaynaklarının dengeli dağılımını sağlayacak bir personel ve ücret politikasının uygulanması yönünde hedefler belirlenmiştir. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) tüm yüksek öğretim yapanlara uygulanan "yurt kalkınması hizmetinin" hekimlere de yurt içinde dengeli dağılımı sağlamaya yönelik uygulanması, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde, her kademede ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının yeterli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamının

sağlanması, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) da sağlık personeli sayısının artırılması hedeflenmiş ve aynı zamanda eğitim ve sürekli gelişimin önemi vurgulanmıştır. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) insan kaynaklarının kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki dağılımının düzensiz olduğuna işaret edilmiş, iş yüküne dayalı planlama ve çalışanların rol ve sorumluluklarının tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) sağlık insan kaynaklarının sayı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılmasının önemini koruduğu vurgulanmıştır. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu için sağlık insan kaynaklarında iyileştirme ihtiyacının devam ettiği vurgulanmıştır (1).

Görüldüğü gibi Cumhuriyet tarihimiz, âdeta sağlıkta insan gücü planlaması uğraşlarının da bir tarihi gibidir. Bitmek tükenmek bilmeyen bir uğraş ve bir türlü ulaşamayan bir hedeften söz etmekteyiz. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlıkta insan kaynaklarının değerlendirilmesi konusunda veriye dayalı detaylı bir süreç başlatmıştır. Öncelikle mevcut durumun değerlendirilmesi için kapsamlı bir çalıştay düzenlenmiştir. Mevcut durumun analizini müteakiben, politika ve stratejilerin belirlenmesini kapsayacak şekilde çalışmalar yapılmıştır (2, 3). Böylece

sağlıkta ihtiyaç duyulan insan kaynakları yeni uygulamalara paralel olarak masaya yatırılmış ve bu çerçevede ulusal politika belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmalara katılmak üzere davet edilen uzmanların arasında Harvard Halk Sağlığı Okulu akademisyenlerinden Prof. Dr. Thomas Bossert de bulunuyordu. Ön görüşmede dönemin Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ'ın Türkiye'de doktor sayısının azlığından şikayet etmesi üzerine Bossert'in verdiği tepkiyi hâlâ hatırlıyorum. Şimdiye kadar doktor sayısını yeterli bulan bir sağlık bakanı ile karşılaşmadığımı söylemişti. Yani konunun o cepheden görünümü hep aynı oluyor. Hâlbuki aynı günlerde meslek örgütümüz bizleri 80'li yıllardan beri artan sayı nedeniyle ülkemizde doktor enflasyonu olduğuna inandırmıştı. Bu kapsamda yapılan bir diğer çalışma, Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı ile birlikte oluşturulan bir heyet tarafından ilki 2008, ikincisi 2010, üçüncüsü de 2014 yılında yayımlanan "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu"dur (4). Ancak adından da anlaşılacağı gibi bu raporlar bir analiz ve politika metni olmaktan çok, mevcut durumun belirlenmesinden ibarettir.

Elimizde ileriye yönelik projeksiyonlar içeren en güncel kaynak, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonu adlı çalışmadır (5) ve "2023 yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi" adıyla 2014'te güncel-

lenerek yayımlanmıştır (6). 2011 yılında yapılan bu çalışmada iş gücü planlama projeksiyonu olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek ve bilgisayar tabanlı bir simülasyon modelidir. Bu belgede, çok yönlü olarak 2008 yılındaki sağlık insan kaynağı durumu ortaya konmuş, TÜİK nüfus projeksiyonları kullanılarak 2023 yılında olabilecek ihtiyacı ortaya çıkarmaya ve buna göre işgücü planlaması yapmaya çalışılmıştır.

Bildiğim kadarıyla bundan sonra yapılmış bu denli kapsamlı bir çalışma henüz mevcut değildir; en azından yayınlanmış bir belge elimizde yoktur. Nitekim 8 Haziran 2018 tarihli gazetelerde bir önceki Sağlık Bakanımın şu açıklaması yer almaktaydı: “Yaptığımız insan kaynağı çalışmalarına göre 2023 yılında pratisyen hekim açığımız tamamlanmış oluyor, açığımız kalmayacak. O nedenle pratisyen hekim arkadaşlarımızdan mecburi hizmeti kaldıracamız 2023’de” (7). Görülüyor ki, sayın Bakan da bu çalışmalara atıf yaparak beyanda bulunmuştur. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığının insan kaynağı planlamalarını güncellemekte olduğu fakat henüz kamuoyuyla paylaşma aşamasında olmadığı haberini aldım.

İşgücü planlaması, ya da bir diğer ismiyle insan kaynakları planlaması, organizasyonlarda gerekli sayı ve nitelikteki personelin gerekli zamanda istihdam edilmesini sağlamak için yapılan planlama olarak tanımlanmaktadır. Burada gerekli sayı ve nitelikten kastedilen, örgütün hedeflediği işi üretme kapasitesine sahip olacak kişilerin nitelik ve niceliğidir (8). Daha öz bir ifade ile insan gücü planlaması, kurumun genel amaçları çerçevesinde uygun sayıda ve uygun nitelikteki personeli, işletme için en uygun zamanda ve becerilerine göre en uygun birimlerde çalıştırmak üzere işlerini en etkili biçimde yapmalarını sağlayan bir süreçtir (9). Bu tanımları sağlık insan gücü planlamasına teşmil ettiğimizde, gelecekte ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerini tahmin ederek mevcut duruma göre oluşabilecek insan kaynağı durumunun analiz edilmesini anlarız. Yani bu yolla, ortaya çıkacak sağlık hizmet talebi ile bu hizmeti karşılayacak sağlık insan gücünün arzını dengelemeye çalışırız. Bu dengelemenin basit bir durum olmadığı ortadadır. Her iki durum da teknolojik gelişmeler, sisteme yeni çalışanların girmesi ve işten

ayrılmalar, insan kaynağının beceri ve birikimleri, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, demografi, sağlık harcamaları, sağlık hizmet kültürü gibi birçok faktörden etkilenmektedir (10).

Bilindiği gibi sağlık insan gücü planlamasında kullanılan birçok farklı yöntem mevcuttur. Bu yöntemler arasında; işgücü-nüfus oranı, sağlık ihtiyaçları yöntemi, kullanıma dayalı yaklaşım, hedef hizmet tabanlı yöntem ve iş yükü analizi yöntemi gibi yöntemler yer almaktadır. Görüleceği gibi bunlar farklı değişkenleri dikkate alan yöntemlerdir. Ne kadar çok değişken bir arada kullanılırsa muhtemelen o oranda doğru analize yaklaşmış oluruz. Ne var ki, basit bir organizasyonun hedeflerine uygun insan kaynağı planlaması ile bir toplumun kaderine etki eden sağlık sisteminin hedeflerine uygun uzun vadeli insan kaynağı planlaması arasında çok büyük farklar vardır. Sistemin hedeflerinin berraklığı bir yana, zaman içinde değişimi, sistemde rol alan kaynakların nitelik bakımından değişkenliği, bunların eğitim, zaman, fırsat, alışkanlık ve kültüre göre farklılıklar göstermesi, toplumcu veya profesyonel davranış modelleri ve tüm bunlara etki eden kamu politikaları, karşımıza sandığımızdan daha fazla etkili değişkenler çıkarmaktadır.

İnsan kaynağı planlaması yapmada öncelikli adım, her halde sistemin hedeflerini belirlemek ve buna göre hizmet ihtiyacını ortaya koymaktır. Sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda aslında ihtiyaç olmayan bazı isteklerin talep olarak ortaya çıkması mümkün olabildiği gibi, talebe dönüşmesi gerektiği halde çoğu kez fark edilmeyen ya da ifade edilemeyen ihtiyaçlar da bulunabilmektedir. Başka bir deyişle sağlık ve sağlık hizmetleri konusundaki ihtiyaçlar, bireysel algılarla ortaya çıkan “hissedilen ihtiyaçlar”, uzmanlar tarafından saptanan “normatif

Meslekî şovenizm ile hekimliğimizi ne kadar korumayı başarırız, başarılıysak başaralım, uğradığımız görev kaymaları, erozyonları, gittikçe artan orandaki profesyonelleşme ve gelişen teknoloji ile birlikte sürekli değişen beklenti ve ihtiyaçlar karşısında durmadan mutasyona uğrayan bir mesleğin mensuplarıyız.

İhtiyaçlar” ve sağlık hizmeti alma amacıyla başvuru şeklinde eyleme dönüşmesiyle var olan “ifade edilen ihtiyaçlar” olarak sınıflanmaktadır (11, 12).

Bu ihtiyaçlar belirlenirken, anahtar kişi görüşmeleri, toplum taramaları, demografik analizler, çıkarımsal yöntemler, program verileri analizi gibi bilinen yöntemlerin hangisi kullanılırsa kullanılsın, ihtiyacın zaman çizelgesine yerleştirilmesinde ayrıca zorluklar mevcuttur (12, 13). Gelecek projeksiyonları, gelecekteki değişimleri de bilmeyi gerektirmektedir. Kaldı ki, bazen epidemiyolojik verilerden hareketle hesaplanan ihtiyaçlar ile gerçek hayatın uygulamaları arasında ciddi farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin, ülkemizde gebe kadınlar için doğum öncesi bakım hizmetleri yıllardır ücretsiz ve yaygın olarak verilmesine rağmen yapılan sekonder veri analizlerinde kırsal kesimden bir grup gebe kadının ihtiyaçları olan bu hizmetleri



Sağlık hizmetini sunan hekimlerin aldıkları eğitim ve kazandıkları beceriyle uygun olmayan görev ve sorumluluklarla meşgul edilmesi çok önemli bir iş gücü kaybı ve ciddi oranda da israftır. Sağlık sistemimizde bağımsız bir analiz, sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğunun uzmanlık hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşgul olduğunu meydana çıkaracaktır.

hiç kullanmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu durumun nedenleri araştırıldığında kadınların bu hizmetlerden yararlanmaları halinde birinci basamakta hizmet sunan ebeler tarafından rutin bir uygulama olarak ultrasonografi için kadın-doğum uzmanlarına sevk edildikleri, gebelik sonunda doğum için hastaneye davet edildikleri ve doğumların da genellikle sezaryenle sonuçlanması nedeniyle bunu duyan pek çok kadının bir daha doğum öncesi bakım için bu birimlere gitmemeye başladıkları görülmüştür (12, 14, 15).

İnsan kaynağı planlamasında belirlenen ihtiyacı karşılayacak en önemli unsur, ihtiyaca uygun nitelikteki sağlık meslek mensubudur. Yukarıdaki tanımlamalarda sözü edilen sayı yanında vurgu yapılan husus, nitelik ve beceridir. Bu nitelik ve beceriler, düzey, kapsam ve derinliğine göre sistemde rol alan farklı sağlık mesleklerinin vasıflarıdır. Yeterince bilgi ve beceri kazandırılması, yani yetkinliklere dayalı kaliteli meslek eğitimi konusu bu yazının kapsamı dışında olup ayrıca tartışılması gereken bir husustur. Burada değinmek istediğim konu, ihtiyaç duyulan niteliklerin iyi tanımlanması ve bunların sağlık meslekleri arasında paylaşımıdır.

Sağlık hizmet sunum karakterindeki değişimler ve sağlıkla ilgili genel kabul değişiklikleri, doğal olarak yeni mesleklerin ortaya çıkması, eskilerin güç ve yetki alanlarının yeni bir şekle bürünmesiyle sonuçlanmaktadır. İmkânların, öncelikle-

rin ve beklentilerin bugüne göre çok daha az olduğu dönemlerde ve gelişmekte olan ülkelerde bugün aşına olduğumuzdan çok farklı çözümler üretilmekteydi. Bu hususta başarılı çözümlerde rol alan sağlık mesleklerini bugün bir çoğumuzun tahayyül etmesi bile zordur. Eski Sovyetler Birliği'ndeki Feldsherler, Hindistan'daki Kırsal Tıp Yardımcıları (RMA), ayurvedik tıp eğitimi almış olan AYUSH sağlık memurları, Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yaygın biçimde hizmet veren sağlık memurları, Çin'de Mao dönemindeki çıplak ayaklı doktorlar bu örneklerden bazılarıdır (16).

Geleceği öngörmek için çaba harcadığımızda ise, bugün hâlen dünyanın pek çok yöresinde sorunlu olan ilk basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda bütüncül yaklaşımını önemseydiğimiz aile hekimlerinin ve genel pratisyenlerin işlevinin azalması, bunun yerine hekim yardımcısı, pratisyen hemşire, kiropraktör, sağlık memuru, optometrist, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog gibi mesleklerin, birinci basamak hizmetlerinde daha fazla rol almasını beklemek kehanet değildir (15). Nitekim hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde bunların örnekleri şimdiden hızla artmaya başlamıştır. Örneğin ABD'deki hekim yardımcısı ve pratisyen hemşireler dört yıllık üniversite eğitimi almış ve birinci basamakta pek çok tanı ve tedavi işlemini başarı ile yapabilen sağlık personeli. Yapılan araştırmalar, hekim yardımcılarının, pratisyen hekimlerin yaptıkları işlerin %85'ini başarılı şekilde yapabildiklerini göstermektedir (16, 17).

Amerika'nın pek çok eyaletinde pratisyen hemşirelerin tanı koyma ve tedavi yapma, hatta reçete yazma yetkisi bulunmaktadır. Ülke çapında 500'den fazla pratisyen hemşirelik kliniği bulunmaktadır ve 2013 yılında buralara başvuru sayısı 900 milyondan fazla olmuştur. Pratisyen hemşirelerin kendilerine başvuran aile hekimliği vakalarının %90'ını başarı ile tedavi edebildiği bildirilmektedir (16, 18). Hekimden daha kısa süreli eğitim almış bazı sağlık mesleklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin yerini doldurabileceğine ilişkin çok sayıda örnek bulunmaktadır (19, 20). Bu türde meslek görev kaymalarının hekimlerin üzerindeki yükü alması ile hekimlerin kendilerine gerçekten ihtiyacı olan hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini ön görebiliriz.

Birinci basamakta verdiğimiz örnekleri çoğaltmak ve bütün bir sağlık sistemi

içine yaymak mümkündür. Tetkik ve tanı araçlarının gelişmesi, tanıya götüren parametrelerin çokluğu ve gittikçe daralan alanlarda derinlemesine bilginin çoğalması, gittikçe artan oranda tıp dalları ortaya çıkarmaktadır. Diğer bir deyişle tababet parçalanarak alt dallara ayrılmaktadır. Bu da geçmişte bir hekimle varılan yargıya ulaşmak için farklı hekimlerin görüşlerine ihtiyaç duyulduğu anlamına gelmektedir. Hele doğumda beklenen ömrün uzadığı yaşlı nüfusun gittikçe arttığı dünyamızda, kronik ve çoklu sağlık sorununa sahip hastaların sorununu çözmek için hekimden hekime dolaşması gibi bir garabetle bizi yüz yüze bırakmaktadır. Bu sağlık sorunlarının tanı ve tedavisi artık tek bir sağlık mesleğinin yapabileceği kadar basit olmayıp farklı mesleklerin çok iyi bir eşgüdüm ile çalışmasını gerektirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hospitalist uzmanlığının ortaya çıkışı muhtemelen böyle bir gerekçeye dayanmaktadır. Bu meslek, birden çok sağlık sorunu ile hastaneye başvuran ve birbirinden çok farklı uzmanların ilgi alanına giren bir hastanın, hastanede bulunduğu sürece aslında kimin hastası olacağı sorusuna cevap olarak ortaya çıkmıştır (21). Benzer bir gerekçe ile ortaya çıkan ve ülkemizde de gittikçe sayısı artan başka meslek de acil tıp uzmanlığıdır. Bu uzmanlıkların ilgi alanları tıptaki geleneksel uzmanlık alanları gibi organ, sistem ya da hastalıklar değil, kurumların belirli mekânlarına gelen tüm hastalardır. Bu tür gelişmeler sadece hekimlik mesleğinde değil, diğer sağlık mesleklerinde de görülmektedir (21).

Konuya hasta ve hastalık açısından baktığımızda, farklı mesleklerin önemini yitirmesi, ortaya çıkması, önem kazanması ya da görev kapsamının değişmesinin ardındaki dinamikleri anlamamız zor olmasa gerektir. Bir de olaya ihtiyaç duyulan hizmetin karakteri açısından bakmakta yarar vardır. Sağlık hizmetini sunan hekimlerin aldıkları eğitim ve kazandıkları beceriyle uygun olmayan görev ve sorumluluklarla meşgul edilmesi çok önemli bir iş gücü kaybı ve ciddi oranda da israftır. Sağlık sistemimizde bağımsız bir analiz, sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğunun uzmanlık hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşgul olduğunu meydana çıkaracaktır. Gözlük reçetesi için göz hastalıkları uzmanına, gebe takibi ve doğum için kadın hastalıkları ve doğum uzmanına, sağlam çocuk takibi ve aşılama için çocuk hastalıkları uzmanına, saç ekimi ve diğer estetik

işlemler için dermatologlara ve plastik cerrahlara, bel ve sırt ağrıları için beyin ve sinir cerrahisi ile ortopedi veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanına başvurmamızı öngören bir sağlık sisteminde yaşıyoruz. Oysa demografik dönüşümünü bizden önce gerçekleştiren ülkelerde bu işler çok uzun zaman önce optisyenlik, optimetristlik, kiropraktörlük, osteopatlık, estetisyenlik gibi başka mesleklere terk edilmiştir (16).

Doksanlı yıllarda ABD vatandaşlarının tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları için bir yılda yaptıkları harcamanın 20 milyar dolardan daha fazla olduğunun anlaşılması ile birlikte bu uygulamalar okullarda öğretilmeye, sağlık kuruluşlarında uygulanmaya ve sigortalar tarafından kapsanmaya başlamıştır (22, 23). Bunun doğal sonucu olarak da bu tür faaliyetleri yapanlar artık sağlık mesleği olarak kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, geleneksel tıp uygulamalarını önemli bir sağlık politika alanı olarak ele almasının ardında da bu tür dinamiklerin olduğunu sanıyorum. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları Sağlık Bakanlığının nüfuz alanına girdikten sonra ülkemizde de bu alanda yoğun bir hareketlenme olmuş ve üniversitelerce farklı geleneksel terapist eğitimleri başlatılmıştır. Bu tür uygulamaların toplumda benimsenme derecesi, modern tıp mesleklerine olan ihtiyacı çok değiştirecektir.

Meslekî şovenizm ile hekimliğimizi ne kadar korumayı başarırırsak başarılıyız, uğradığımız görev kaymaları, erozyonları, gittikçe artan orandaki profesyonelleşme ve gelişen teknoloji ile birlikte sürekli değişen beklenti ve ihtiyaçlar karşısında durmadan mutasyona uğrayan bir mesleğin mensuplarıyız. Profesyonelleşme dinamik bir süreç olduğundan herhangi bir yer ve dönemde bir mesleğin baskınlığını o günün koşullarına uygun bir sözleşme gibi görmek ve bu sözleşmenin her fırsatta değişime, yenilenmeye açık olduğunu unutmamak gerekir (22).

Sağlık hizmetlerinde profesyonelleşmenin günümüz koşullarında nasıl olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar, bir hastalık ya da hastadan tek bir mesleğin sorumlu olmasından (unidisipliner), çok sayıda mesleğin birbirinden bağımsız olarak çalışmasına (multidisipliner), çok sayıda mesleğin ortak bir amaç doğrultusunda çalışmasına (interdisipliner),

ortak bir model çerçevesinde bir araya gelmiş çok sayıda mesleğin ortak bir dil kullanarak çalışmasına (transdisipliner) kadar değişebilmektedir (24). Artık sağlık mesleklerinin bireysel özerkliklerini koruyucu taassuptan kurtularak iş birliğine dayanan karşılıklı bağımlılık anlayışına uygun çalışmaları zorunlu hale gelmektedir. Sağlık mesleklerindeki eski kabile benzeri yapılar yerine disiplinler arası yapılanmalar ön plana çıkmakta, bir tür network toplumu oluşmaktadır (22).

Sağlık sisteminde farklı güç ve mesafedeki bağlantıların, farklı iletişim yollarının, farklı yetki ve güç odaklarının, durmadan değişen kapsama alanlarının ve çekim noktalarının olduğu bir meslekler ağına sahibiz. Diğer taraftan hastalık anlayışı, vatandaş beklentileri ve algı düzeyinin biteviye değişmesi ile gelişen teknoloji ve refah düzeyinden kaynaklanan yeni sorunların ortaya çıkardığı dinamik değişken bir ihtiyaçlar havuzu mevcuttur. Biri arza diğeri talebe kaynaklık eden bu çoklu değişkenler kümelerini, tam kestiremediğimiz gelecek çizgisinde dengelemek için yapacağımız öngörünün adıdır, insan kaynakları projeksiyonu. Sahi sizce bu mümkün mü? Ya da ne kadar mümkün?

Kaynaklar

1) Avcı K, Ağaoğlu S., Türkiye'de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 7 (1), 83-94. 2014.

2) Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Gümrükçüoğlu O., Ünüvar N., Aydın S., (ed.), Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, Ankara.

3) Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Gümrükçüoğlu O., Ünüvar N., Aydın S. (ed.), Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, Ankara.

4) Solak M. (ed.), Türkiye'de Sağlık Eğitimi Ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, 2014, Eskişehir.

5) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011, Ankara.

6) https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimbaski-webpdf.pdf?0&_tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85. (Erişim Tarihi:15.12.2018)

7) <https://www.mynet.com/saglik-bakani-ahmet-demircan-yaptigimiz-insan-kaynagi-calismalarin-a-gore-2023-yilinda-pratisyen-hekim-acigimiz-tam-amlanmis-oluyor-acigimiz-kalmayacak-o-nedenle-pratisyen-hekim-arkadaslarimizdan-mecburi-hizmeti-kaldiracagiz-2023te-110104180632> (Erişim tarihi: 1.11.2018).

8) Sur, H., İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve

İşlevler İçinde, Sur, H., Palteki, T.(Editör). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitapevi, 2013, İstanbul.

9) Öztekin, Z., Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlkeleri ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Materyali No: 5, 1995, Ankara.

10) Ono T., Lafortune G., Schoenstein M., Health Workforce Planning in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 62, 2013.

11) Wright, J., Assessing Health Needs, içn. Pencheon D., Guest C., Melzer D., Muir Gray JA (eds), Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. Oxford, 2001 syf. 38-46.

12) Hayran, O., Sağlık Yönetiminde İhtiyaç Analizi. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/478/Saglik-yonetiminde-ihhtiyac-analizi.aspx> (Erişim tarihi: 1.11.2018).

13) Spiegel AD., Hyman HH., Strategic Health Planning: Methods and Techniques Applied to Marketing and Management. Norwood, NJ, Ablex, 1991.

14) Sağlık Arama Davranışı Araştırması: Ana Rapor. Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, 2007.

15) Ay, P., Hayran, O., Topuzoğlu, A., Hıdroğlu, S., Coşkun, A., Save, D., Nalbant, H., Özdemir, E., Eker, L., The Influence of Gender Roles on Health Seeking Behaviour During Pregnancy in Turkey. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2009,14 (4) syf. 290-300.

16) Hayran, O., Yeni Bir Sağlık ve Hizmet Anlayışına Doğru, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 34, syf. 32-33, 2015

17) Bangalore and Framingham: The Future of Medicine Squeezing out the Doctor: The Role of Physicians at the Centre of Health Care is Under Pressure. The Economist, 2012, <http://www.economist.com/node/21556227/print> (Erişim tarihi: 14.11.2018).

18) Kreimer S. Building Better Care Teams with Nonphysician Providers, Medical Economics, 19 Kasım 2014. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/building-better-care-teams-non-physician-providers?page=full> (Erişim tarihi: 14.11.2018).

19) Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B., Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care, Cochrane Database Syst Rev. 2005, (2).

20) Abegunde DO., Shengelia B., Luyten A., Cameron A., Celletti F., Nishtar S., vd. Can Non-physician Health-care Workers Assess and Manage Cardiovascular Risk in Primary Care? Bull World Health Organ. 2007, 85 (6) syf. 432-440.

21) Palabindala V., Salim SA., Era of Hospitalists, J Community Hosp Intern Med Perspect. 2018, 8 (1), syf. 16-20.

22) Hayran, O., Sağlık Hizmetlerinde Yeni Meslekler, Profesyonelleşme ve Profesyonelizm, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 47, 2018, syf. 84-90.

23) Eisenberg DM., Davis RB., Etnner SL., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler RC., Trends in Alternative Medicine Use in The United States, 1990-1997: Results Of A Follow-Up National Survey, Journal of the American Medical Association 1998, 280 (18), syf. 1569-1575.

24) IOM (Institute of Medicine), Establishing Transdisciplinary Professionalism for Improving Health Outcomes: Workshop Summary, Washington, DC, The National Academies Press, 2013.