

Sağlıkta personel politikalarının seyri

Dr. Öğr. Üyesi Güven Bektemür



1969 yılında Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Giresun'da tamamladı. 1993 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında aynı üniversiteden Göğüs Hastalıkları uzmanlığını aldı. 2006 yılına kadar çeşitli hastanelerde göğüs hastalıkları uzmanı olarak çalıştıktan sonra 2009 yılı ortalarına kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı Saha Koordinatörü olarak görev yaptı. 2009-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığında sırasıyla Personel Genel Müdür Yardımcısı, Personel Genel Müdür V. ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü olarak görev yaptı. 2012-2016 tarihleri arasında Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri olarak görev yaptıktan sonra Ağustos 2016'dan itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Sağlık Yönetimi Bölümü Dr. Öğr. Üyesi ve Rektör Danışmanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı personel politikalarında istikrarı olumlu ve olumsuz yönde değerlendirmek ve personel politikalarını tahlil etmek için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı öncesi ve sonrası olarak iki dönemde ele almak yerinde olacaktır. Yazımızın ilk bölümünde sağlıkta insan kaynakları yönetimine dair politika ve uygulamalardan kronolojik sıraya göre bahsedilecek, ikinci kısımda konu olumlu ve olumsuz yönleriyle tartışılacaktır.

1. Bölüm: Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimine Dair Politika ve Uygulamalar

Aralık 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kitapçığında (1) sağlıkta dönüşüm öncesindeki durum şu şekilde özetlenmektedir; sağlık sektöründe insan gücümüzdeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasındaki dengesizlikler ve nitelik sorunları ön plandadır. Hekimlerin dengeli dağılımı, zorlu hizmet uygulamaları ile sağlanmaya çalışılmış fakat başında "zorunlu" ibaresi bulunan her uygulama gibi başarıya ulaşamamıştır. Sağlık çalışanları arasında hekim/hemşire ve uzman hekim/pratisyen hekim oranlarında hemşireler ve pratisyen hekimler aleyhine dengesizlikler vardır. İnsan kaynaklarının planlanması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Planlama DPT, eğitim üniversiteler, istihdam Sağlık Ba-

kanlığı ve SSK tarafından yapılmaktadır. Bunlar arasında etkili bir koordinasyon olmadığından sorunlar yaşanmaktadır. Son 10 yılda tıp fakültelerinin sayısındaki hızlı artış, yetersiz altyapı ve pratik eğitim olanaklarının sınırlı oluşundan dolayı tıp eğitiminin kalitesi hakkında ciddi endişelere yol açmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunlarının yanında ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin aynı sistem içinde yer alması sorunlar doğurmakta, "hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde olması gerektiği" tartışmaları da devam etmektedir. Yine hekim dışı sağlık meslek elemanı yetiştiren okullarımızdan mezun olan birçok meslek gurubunun mesleki tanımları yasalarda yer aldığından bu iyi yetişmiş elemanlarda kamuda yeterince yararlanma imkânı bulunamamaktadır. Sağlık yönetimi ile işletme yönetiminin birbirinden ayrılmamış olması, nitelikli yönetici teminindeki güçlükler ve yöneticilerin eğitimindeki eksiklikler sistemi zayıflatmaktadır. Sağlık politikası geliştirme, nüfusa dayalı sağlık yönetimi, hastane yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve becerilerle donanmış yöneticiler ve bunları yetiştirmeye yönelik eğitim programları nicelik ve nitelik bakımından sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının devlet memuru statüsünde olmasının mahzurları görülmektedir. Birinci sakınca, çalışanlar arasında bölge, şehir farkı olmadan sabit ücret uygulanmasıdır. Ayrıca merkezden yapılan müdahaleler çalışma güvenliğini azaltmaktadır. Bu durum siyasi etkilerin yoğunluğu ile birleştiğinde sorun daha da büyümektedir. Bu durumun tespitiyle

beraber aynı kitapçıkta "Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü" SDP'nin bileşenlerini arasında sayılmış bu kapsamda gerçekleştirilmek istenenler aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlık personellerinin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenecek, meslek tanımlarının yapılacaktır.

- "Birinci basamak"ta hizmet sunacak aile hekimliği ve aile hemşireliğine yönelik eğitim müfredatlarının hazırlanacak ve bu kapsamda eğitimleri yapılacaktır.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm dış hekimlerinden azami faydalanılarak uzman dış hekimlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alması sağlanacaktır.

- Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılacaktır.

- Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir.

- Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla



sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılacaktır. Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirerek tedbirler alınacaktır.

- Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek dernekleri sistemde aktif olarak yer almalıdır. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulacak, sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımları sağlanacaktır.

SDP sürecinde insan kaynakları politikası oluşturulmasına yönelik ilk kapsamlı çalışma olan ve 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında yapılan "Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı" (2) sektörler arası katılımlar gerçekleştirilmiş olup, Türkiye'de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

Çalıştayda mevcut durumun daha iyiye götürülebilmesi için kısa, orta ve uzun vadeli politika seçenekleri belirlenmiştir:

Kısa Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Mesai saatleri ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi
- Çalışan güvenliğinin artırılması
- Yeterli teknik donanımın sağlanması
- Sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanması

- Sözleşmeli hekim ve hemşire istihdamı
- Hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi
- İşsiz hemşirelerin istihdamı
- Hemşireler için uygulanan nöbet muafiyetleri konusunun yeniden değerlendirilmesi
- İdari personel dağılımındaki dengesizliklerin azaltılması
- Çalışanın genel sağlık durumuna yönelik önlemler alınması
- Denetim kapasitesinin güçlendirilmesi
- Atamaların iş gereklerine göre yapılması

Orta Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin sürdürülmesi
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması
- Desantralizasyon çalışmalarının devamı
- Görev tanımlarının revize edilmesi
- Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamı
- Tele tıp uygulamaları
- Hizmet içi eğitimlerin planlanmasındaki aksaklıkların giderilmesi
- Uzman dağılım politikası ve istihdam politikası arasında tutarlılığın sağlanması
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi
- Ücretlendirme ve teşvik sistemlerinin geliştirilmesi
- Fiziksel koşulların iyileştirilmesi
- Sosyal olanakların artırılması
- Üst yönetimden memnuniyet
- Kurum kültürünün geliştirilmesi
- Kurum dışı faktörlerin azaltılması

Uzun Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin devamı
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması

- Desantralizasyon
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi

Gerek 2008'te yayınlanan gerekse 2010'da yayınlanan "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporunda" (3, 4) sağlıkta insan kaynakları yönetimi dört başlıkta ele alınmakta olup;

- a) İnsan kaynakları durum tespiti ve çözüm planlaması
- b) Sağlıkta insan kaynağı istihdamında hamle
- c) Personel atamalarında şeffaflık
- d) Sağlık Personeli Eğitimini içermektedir. Her iki raporda da insan kaynakları yönetimi açısından SDP de gelinen nokta ortaya konmaktadır.

Bu döneme kadar çağdaş insan kaynağı yönetimine dair atılan adımları sıralarsak;

a- Açıkta Kura ile Atanacak Sağlık Personeline İlişkin Yönetmelikle (5), kamu kurum ve kuruluşlarına açıkta atanacak tüm uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı atamalarının Bakanlıkça kura ile notere yaptırılması öngörülerek sağlık personelinin ülke sathındaki dengesiz dağılımının giderilmesi sağlanmıştır.

b- Atamalardaki kayırmacılığı ortadan kaldıracak bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği (6) yenilenerek sağlık personelinin atama ve yer değiştirme esasları yeniden belirlenmiş, bölgeler arası personel dengesizlikleri giderilerek, hakkaniyet ve objektiflik sağlanmıştır. Bu kapsamda;

- Bölgeler ve hizmet grupları oluşturul-



SDP sürecinde insan kaynakları politikası oluşturulmasına yönelik ilk kapsamlı çalışma olan ve 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında yapılan “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı” sektörler arası katılımlar gerçekleştirilmiş olup, Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

rak adil ve dengeli bir personel dağılımı sağlanmıştır.

- Personelin atama ve nakil işlemleri çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen hizmet puanı esasına göre yapılarak personel nakilleri objektif bir esasa bağlanmıştır.
- Mazeret atamalarında objektif ve somut kriterler getirilmiştir.
- Atamalar bilgisayar ortamında noter tarafından kura ile yaptırılarak kamuoyunda endişeler giderilmiştir.

c- Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği (7) ile Bakanlığımız çalışanlarının liyakat ve kariyer ilkeleri çerçevesinde hizmet içinde ilerlemesi sağlanmıştır.

d- Uzman tabip, pratisyen tabip, dış tabibi ve eczacı olarak atanacaklar hariç kadrolu veya çeşitli statülere tabi sözleşmeli olarak bakanlık kadrolarına ilk defa atanacak tüm personelin açıktan atama işlemleri ÖSYM tarafından yapılan KPSS sonuçlarına göre merkezi sisteme çevrilmiştir.

e- Bilişim teknolojilerinden faydalanmak suretiyle Personel Bilgi Sistemi geliştirilmiş bu sayede atamalara ilişkin her işlemin internet üzerinden yapılması,

personelin ve vatandaşların sağlıklı bilgiye doğrudan ulaşması sağlanmıştır.

2011 yılında yayınlanan ve 2008-2023 yılları arası 15 yıllık dönemi kapsayan “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” (8) Sağlık Bakanlığınca insan kaynakları yönetiminde stratejik bir planlamanın başlangıç aktiviteleri için öneriler sunmakta olup bazı tespitleri aşağıda sıralanmaktadır.

- Mevcut nüfus ve kullanım oranlarına bakıldığında, ayakta tedavi hizmetleri veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının ve erişilebilirliğinin yetersiz olmadığı düşünülmektedir. Ancak topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına bunların özellikle organizasyon ve personel açısından güçlendirilmeleri gereklidir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir.

- Türkiye’de hekim ve hemşire başına düşen nüfus AB ve OECD ortalamasına göre oldukça yüksektir. Hekim açığını gidermek için Tıp Fakültesine alınan öğrenci sayıları Sağlık Bakanlığının yoğun çabaları ve YÖK ile anlaşması sonucu 2008 yılından itibaren tedrici olarak artırılmıştır.

- Sağlık sektöründe istihdam edilen hemşire ve ebelerin farklı düzeylerde eğitim almış olmaları ve buna rağmen aynı statüde istihdam ediliyor olmaları, beceri dağılımındaki diğer bir sorunu işaret etmektedir. Değişik düzeylerde ve ebelik eğitimi almış personeli birbirinden ayırt edecek bir sistem bulunmamaktadır; farklı eğitimlere sahip hemşire ve ebeler, aynı kategoride değerlendirilmektedir. Bu sorunun çözümüne yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

- Türkiye'de sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizlik uzun süredir var olan ve SDP'nin önemli ölçüde düzelttiği bir konudur. SB'nin gerçekleştirdiği, personelin istihdam edilmesinin güç olduğu bölgelerde sözleşmeli personel alımı modeli ve hekimleri kapsayan mecburi hizmet uygulaması, nakillerde ilgili ihtiyacı esas alan adil yaklaşım; dengesiz dağılımın düzenlenmesinde önemli katkılar sağlamıştır.

- Tıp fakültesi mezunları, kamu sektöründe mecburi hizmetle yükümlüdür. Mecburi hizmet uygulaması, coğrafi dağılımdaki dengesizliklere çözüm getirmek amacıyla kullanılan bir yöntem olmuştur. Sürdürülebilirliği için motivasyonu güçlendirecek ilave uygulamaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürmektedir.

- 2004 yılında SB hastanelerinde "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistem (PDÖ)" uygulamaya konmuştur. Ek ödemeler kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesinin karışımı doğrultusunda oluşturulan performans kriterlerine göre belirlenmektedir. Bu uygulamanın ana hedefi, kamu sağlık çalışanları arasında motivasyonu, verimliliğin ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır. PDÖ, kamu sektöründe tam zamanlı çalışan uzman hekim sayısının artmasına katkıda bulunmuştur. Ancak uzun vadede uluslararası tecrübeler PDÖ ile kalite ve verimlilik açısından elde edilen kazanımların değişebileceğini göstermektedir. Buna yönelik iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmektedir.

- İstihdam uygulamalarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kısıtlılıklarından dolayı, 2003 yılında uygulamaya konan 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657- 4b uygulaması ile sağlık personelinin işe alımı, işten çıkartılması ve istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda yeni bir yapılanma ve

Devlet Memurları Kanunu'nda olmayan esneklikler sunulmaktadır. Ancak bu modellerde istihdamla ilgili sorunların bir bölümüne çözüm getirirken personel motivasyonu bağlamında uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından sıkıntılar oluşturabilir. Bu konuda sistemi iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmelidir.

- Sağlık çalışanlarının planlanmasına yönelik olarak SB taşra teşkilatında çalışan personel ihtiyacını (dağılımını) belirlemek amacıyla 2006 yılında Personel Dağılım Cetveli (PDC) çalışması başlatılmıştır.

2010 yılında çıkartılan "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla" (9) kamu üniversiteleri ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan hekimlere özeldir çalışma yasağı getirilmiştir (Daha sonra Anayasa Mahkemesi kararıyla kanun revize edilmiştir).

2011 yılında yayınlanan 663 sayılı KHK (10) Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasasını yeniden şekillendirmesinin yanında insan kaynakları yönetimini de tamamen değiştirmiştir. Artık, Personel Genel Müdürlüğü tarafından tek elden yürütülen insan kaynakları yönetimi büyük oranda yeni kurulan bağlı kuruluşlara devredilmiş, yeni ihdas edilen Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile de Bakanlığın personel iş ve işlemleri yerine getirilmeye çalışılmıştır. Yeni teşkilat yasağının insan kaynakları yönetimi açısından ülkemize getirdiği en önemli yenilik, Kamu Hastaneleri Birlikleri bünyesinde görev yapacak personelin verimlilik esaslı sözleşmeye dayalı bir modelle görev yapmasıdır.

2014 yılında Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Dünya Sağlık Örgütü İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması" (11) geleneksel nüfusa dayalı personel normlarının gerçek ihtiyaçların belirlenmesinde yeterli olmadığını, kurumların ihtiyaç belirlemede ve personel normu oluşturmada daha etkili yöntemler kullanılması gerektiğini ortaya koymuş olan güzel bir çalışma olup sağlıkta insan kaynakları politikasına bir yön vermektedir.

2015 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması ve kuruluş kanunundaki yetkiyle (12) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin büyük bir

kısmıyla afiliasyon yapılmış, bakanlık kadrosunda görev yapan hekimlerin akademik kariyer yapmasının önü açılmıştır. 2017 yılında yayınlanan 694 sayılı KHK (13) Bakanlığın teşkilat yasında önemli değişiklikler getirmiş, Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumları kapatılarak bu kurumların insan kaynakları yönetimi, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne uhdesine devredilmiştir.

2. Bölüm: Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimine Dair Politika ve Uygulamalarda İstikrar

SDP'nin başlangıcında (1) sağlıkta insan kaynakları yetersizliğinden söz edilmiş fakat bu yetersizliğin daha ziyade ülke çapında dengesiz dağılımdan kaynaklı olduğu üzerinde durulmuş bunun düzeltilmesi yönünde uygulamalarda bulunulmuştur. Özellikle SDP öncesi doktor ve hemşire sayısında fazlalık olduğu algısı (4) bu meslek grupları için SDP'nin ilk yıllarında hatalı bir politika izlenmesine sebep olmuştur. Bunun bir göstergesi olarak 2002, 2003 ve 2004 yılı Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine (14, 15, 16) baktığımızda 8. Kalkınma Planı Beş Yıllık 2005 hedeflerinde mevcut hekim ve hemşire sayılarında azaltılma stratejisi izlendiği görülmektedir.

Yine bu zamana kadar yapılan istatistiklerdeki en büyük hatalardan biri, asistan sayılarını pratisyen hekim sayılarına dahil ederek ülkede pratisyen hekim sayısında uzman hekime oranla nispi bir fazlalık olduğunun kabulüdür.

SDP'nin başlangıcında hekimlerin zorunlu hizmet yapmasına olumsuz bakılmış, hekimlerin yurt sathında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla değil özendirici, gönüllülük esasına dayalı politikalarla sağlanabileceği öngörülmüş ve 1981 yılında yürürlüğe giren "2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmet Yükümlülüğüne Dair Kanun (17)" 2003 yılında "4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (18)" ile kaldırılmıştır. Özellikle doğu ve güneydoğu illerinde hekim ve hemşire istihdamını artırmaya yönelik, ücret konusunda teşvikler içeren bu kanunla hemşire, ebe ve diğer sağlık personellerinde bir istihdam artışı sağlanırken hekim istihdamında beklenen artış sağlanamamış ve 2005 yılında

Sağlık çalışanının çalışma yaşamı ile ilgili koşullarda kısmi düzenlemeler yapılmış, bunun neticesinde çalışma saatlerinin 45 saatten 40 saate indirilmesi, nöbet ücretlerinin iyileştirilmesi ve performans dayalı ek ödemenin bir kısmının sabit olarak ödenmesi olumlu gelişmeler olarak sayılabilmektedir. Sonuç olarak, personel politikalarında istikrar açısından olumlu yönde uygulamaların yanında olumsuz uygulamalar da olmuş, Bakanlığın 663 sayılı yasayla getirmeye çalıştığı desantralizasyon ilkesinden, yasada yapılan ilave değişikliklerle kısmen uzaklaşmış bu durum personel yönetimine de yansımıştır.

hekimler için zorunlu hizmet uygulaması tekrar kanunlaşmıştır (19). Zorunlu hizmet uygulamasına geçilmesinden itibaren hekim dağılımında hekim başına düşen nüfus açısından en az olan il ile en çok olan il arasındaki uçurum tedrici olarak azaltılmıştır (20).

Yine 2005 yılında Düzce'de "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" (21) uygulanmaya başlanmış, 2010 yılına kadar tüm ülkede yaygınlaşmış ve bu süre zarfında pilot kanun pilotluktan çıkarılarak kanunlaşmıştır. Özellikle aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle beraber ülkemizde hekim eksikliği hissedilmeye başlanmış, OECD Sağlık İş Gücü İstatistikleri verileri (2) doğrultusunda ülkemizde hekim ve hemşire fazlalığı algısı yıkılmış ve hızla hekim, hemşire

SAĞLIK GÖSTERGELERİNDE MEVCUT DURUM VE SEKİZİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLAN HEDEFLERİ			
Existing Satus and Objectives of 8th Years Development Plan at Health Indicators			
KRİTERLER	Criteria	MEVCUT DURUM Existing Status	VIII.PLAN 2005 HEDEFLERİ Targets of 2005 at VIII. Plan
Yatak Sayısı (*) (2004)	Bed Capacity	187,788	200,000
Yatak Başına Düşen Nüfus (2004)	Population per Bed	383	351
Yatak İşgal Oranı (%) (2004)	Bed Occupancy Rate (%)	64.9	75
SAĞLIK İNSAN GÜCÜ (2003)			
Health Manpower			
Hekim Sayısı	Number of Physicians	97,763	89,000
Bir Hekime Düşen Nüfus	Population per Physician	725	789
Diş Hakimi Sayısı	Number of Dentists	16,000	
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	Population per Dentist	3,922	4,389
Eczacı Sayısı	Number of Pharmacist	23,757	
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	Population per Pharmacist	2,983	
Sağ.Mem. ve Tekn. Sayısı	Number of Sanitarian	50,432	
Bir Sağ.Memuruna Düşen Nüfus	Population per Sanitarian	1,405	
Hemşire Sayısı	Number of Nurses	82,246	77,100
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	Population per Nurse	862	910
Ebe Sayısı	Number of Midwives	41,273	-
Bir Ebeye Düşen Nüfus	Population per Midwife	1,717	-

(*) Milli Savunma Bakanlığı Dahildir. (*) Ministry of National Defense is included.

TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİ								
Health Personnel in Turkey								
Personelin Ünvanı	Personnel Title	Yıl / Years						
		1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hekim	Physician	69,349	77,344	81,988	85,117	90,757	95,190	97,763
Uzman	Specialist	29,846	34,189	36,854	38,064	41,907	43,660	46,563
Pratisyen	Practitioner	39,503	43,155	45,134	47,053	48,850	51,530	51,200
Diş Hekimi	Dentist	11,717	13,421	14,226	16,002	15,866	17,108	18,073
Eczacı	Pharmacist	19,090	21,441	22,065	23,266	22,922	22,322	23,632
Sağlık Memuru	Sanitarian	39,432	41,461	43,032	46,528	45,560	49,324	50,432
Hemşire	Nurse	64,243	69,146	70,270	71,600	75,879	79,059	82,246
Ebe	Midwife	39,551	41,059	41,271	41,590	41,158	41,513	41,273

Kaynak: 2004 Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sayfa: 48

ve diğer sağlık personeli eksikliklerini tamamlamaya yönelik politikalar izlenmeye başlanmıştır. Hekimlere mecburi hizmet uygulaması, 4924 sayılı Kanun'a bağlı sözleşmeli çalışan istihdamı, 657'nin 4-b sine göre sözleşmeli çalışan istihdamı, özellikle köy ve kasabalarda vekil ebe/hemşire istihdamı ayrıca taşeron üzerinden hizmet alımı modelleriyle sağlık personel iş gücü hızla artırılmıştır. Bunun sonucu olarak 2002 yılında toplam 256 bin olan sağlık insan gücü sayımız 2016 yılında 560 bine yaklaşmıştır (22).

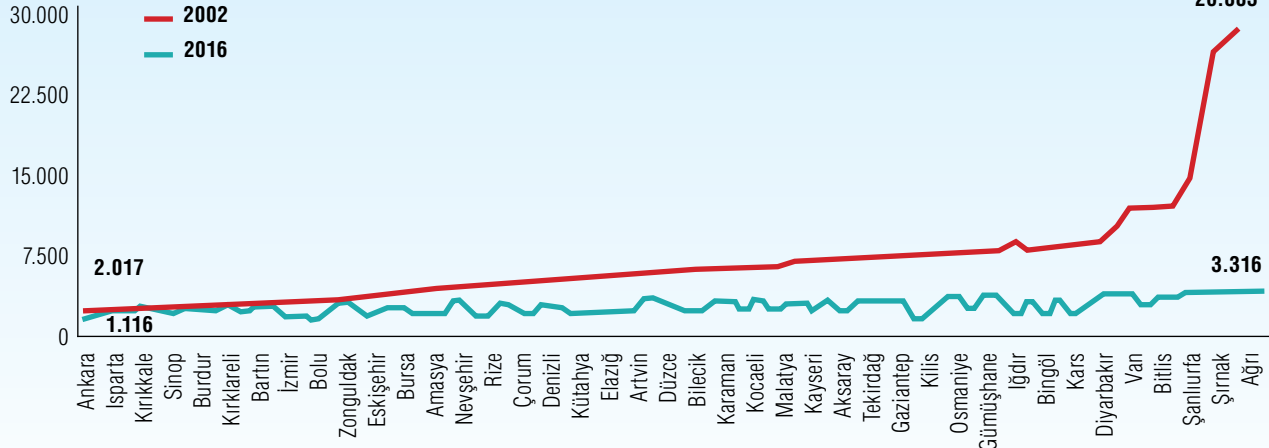
Yine hekim açığını gidermeye yönelik olarak YÖK ile koordine olarak tıp fakültesine yeni alınan öğrencilerin sayısı tedricen artırılmıştır (23). Sağlık personeli istihdamını artırmaya yönelik bu uygulamalar istikrarlı bir şekilde günümüze

değin devam etmiştir. SDP'nin başlangıç hedeflerinden biri olan sağlık personellerinin meslek tanımları 2014 yılında çıkartılan yönetmelikle (24) yapılmıştır bu da olumlu yönde bir adımdır. 663 sayılı yasayla (10) Kamu Hastane Birliklerinde verimliliğe dayalı sözleşmeli çalışma modeline geçilmiş, bu kapsamda çalışan yöneticilerin astlarını teklif etme yetkisi daha sonra yapılan yasa değişikliğiyle ellerinden alınmıştır bu uygulama da olumsuz yönde bir istikrara örnektir.

694 sayılı KHK (13) ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kapatılıp Sağlık Bakanlığı insan kaynaklarının tek elden yönetilmesi istikrar açısından olumsuz bir gelişmedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi istikrarlı bir şekilde korunmuş, branş içi

İnsan Kaynağımızı Ülke Genelinde Adil ve Dengeli Bir Şekilde Dağıtıyoruz

Uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran
Aralık 2002'de 1/13 iken Ekim 2016'da 1/3'dür.



Sağlık Bakanlığı'nda Çalışan Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus
(Aralık 2002-Ekim 2016)

ve branşlar arası eşitsizliği giderecek gerekli revizyonlar beklenen ölçüde yapılamamıştır. SDP'nin başlangıcında (1) bahsedilen hemşirelik mesleği ile ilgili düzenleme (25) 2014 yılında yapılmış, bu düzenlemeyle ancak lisans mezunlarının hemşire unvanı almaları, sağlık meslek lisesi mezunlarının ise hemşire yardımcısı unvanı alması sağlanmıştır. Önlisans hemşirelik programları da kapatılarak farklı düzeylerde mezun olup aynı unvanı alan kişiler arasındaki kargaşa giderilmiştir.

Sağlık çalışanının çalışma yaşamı ile ilgili koşullarda kısmi düzenlemeler yapılmış, bunun neticesinde çalışma saatlerinin 45 saatten 40 saate indirilmesi (9), nöbet ücretlerinin iyileştirilmesi (26) ve performansa dayalı ek ödemenin bir kısmının sabit olarak ödenmesi olumlu gelişmeler olarak sayılabilmektedir. Sonuç olarak, personel politikalarında istikrar açısından olumlu yönde uygulamaların yanında olumsuz uygulamalar da olmuş, Bakanlığın 663 sayılı yasayla getirmeye çalıştığı desantralizasyon ilkesinden, yasada yapılan ilave değişikliklerle kısmen uzaklaşmış bu durum personel yönetimine de yansımıştır.

Kaynaklar

- 1) Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003. www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html (Erişim Tarihi: 20.05.2018).
- 2) Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:718, ISBN:978-975-590-234-0.

- 3) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No:749,s.82-89, ISBN:978-975-590-273-9.

- 4) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Eylül 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No:807, s.86-96, ISBN:978-975-590-336-1.

- 5) Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıkta Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usul ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik. Resmî Gazete, 10/07/2015, Sayı: 29412.

- 6) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği. Resmî Gazete, 08/06/2004 Sayı: 25486.

- 7) Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği. Resmî Gazete, 25/03/2011 Sayı: 27885.

- 8) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2011. ISBN:978-975-590-397-2.

- 9) Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete, 30/01/2010 sayı: 27478.

- 10) Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmî Gazete, 02/11/2011 Sayı: 28103 (Mükerrer).

- 11) Dünya Sağlık Örgütü İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014, ISBN: 978-975-590-480-1.

- 12) Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 15/04/2015 Sayı: 29327.

- 13) Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmî Gazete, 25/08/2017 Sayı: 30165.

- 14) Sağlık İstatistikleri 2002. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN: 975-590-081-0.

- 15) Sağlık İstatistikleri 2003. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN:975-590-111-6.

- 16) Sağlık İstatistikleri 2004. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN: 975-590-120-5.

- 17) Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmet Yükümlülüğüne Dair 2514 Sayılı Kanun. Resmî Gazete: Tarih 25.08.1981, Sayı 17439.

- 18) www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd_durumu?kanun_no=4924 (Erişim Tarihi: 20.05.2018).

- 19) www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd_sorgu_yonlendirme?Kanun_no=5371. (Erişim Tarihi: 20.05.2018).

- 20) Sağlık Bakanlığı 2017 Bütçe Sunumu. www.saglik.gov.tr/TR,2655/2017-yili-butce-sunumubrtbmm-planve-butce-komisyonu.html. (Erişim Tarihi: 20.05.2018).

- 21) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 09.12.2004, Sayı: 25665.

- 22) Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistikleri. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-661-4.

- 23) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu - 2014, s.36. YÖK Yayın No: 2014 /1, ISBN: 978-975-7912-48-4.

- 24) Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete, 22/05/2014 Sayı: 29007.

- 25) Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete, 18/01/2014 Sayı: 28886.

- 26) Kamu Görevlilerinin Geneline ve Hizmet Kollarına Yönelik Mali ve Sosyal Haklara İlişkin 2016 ve 2017 Yıllarını Kapsayan 3. Dönem Toplu Sözleşme. Resmî Gazete 23/08/2015, Sayı: 29454.