



Sağlık Hizmetlerinde İşgücü Planlaması ve Dünya Örnekleri

Workforce Planning in Health Services and World Examples

Buket Oğuz Alramazanoğlu¹ ID, Nurcan Doğru Altay² ID

Geliş Tarihi (Received): 17.10.2023

Kabul Tarihi (Accepted): 25.02.2024

Yayın Tarihi (Published): 25.04.2024

Abstract: The purpose of this review is to emphasize the importance of workforce planning in healthcare institutions, to mention the benefits of this planning when carried out correctly, and to explain how healthcare workforce planning is carried out in certain countries. Workforce planning or human resources planning is a process that supports a sufficient number of people with the necessary knowledge and skills to be in the right position at the right time and to do the right jobs that will enable the organization to achieve its goals. In this review, health workforce planning in our country and specific country examples are discussed. Different countries can also be examined in future studies. In addition, examples of countries' health workforce practices that can be integrated into our country's health system can be presented according to the needs of our country.

Keywords: Health Workforce, Workforce Planning, Foreign Workforce

&

Öz: Bu derlemenin amacı sağlık kurumlarında iş gücü planlamasının önemini vurgulamak, bu planlamanın doğru şekilde yürütüldüğünde nasıl faydalar sağlayacağına değinmek ve sağlıkta iş gücü planlamasının belirli ülkelerde ne şekilde yürütüldüğünü açıklamaktır. İşgücü planlama ya da insan kaynakları planlaması, gerekli bilgi ve beceriye sahip yeterli sayıda insanın, doğru vakitte doğru pozisyonda bulunmasını ve teşkilatlandırmanın hedeflerine varmasını sağlayacak doğru işleri yapmasını destekleyen bir süreçtir. Bu derlemede ülkemizdeki sağlık iş gücü planlaması ve belirli ülke örnekleri ele alınmıştır. Gelecekteki çalışmalarda farklı ülkeler de incelenebilir. Ayrıca ülkemizin ihtiyaçlarına göre ülkelerin sağlık iş gücü uygulamalarından ülkemiz sağlık sistemine entegre edilebilecek örnekler sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İş Gücü, İş Gücü Planlaması, Yabancı İş Gücü

Atıf/Cite as: Alramazanoğlu BO, Altay ND. Sağlık Hizmetlerinde İşgücü Planlaması ve Dünya Örnekleri. Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi, 2024;1(1):35-44.

İntihal-Plagiarism/Etik-Ethic: Bu makale, en az iki hakem tarafından incelenmiş ve intihal içermediği, araştırma ve yayın etiğine uyulduğu teyit edilmiştir. / This article has been reviewed by at least two referees and it has been confirmed that it is plagiarism-free and complies with research and publication ethics. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sabited/policy>

Telif Hakkı/Copyright © Published by Bolu Abant İzzet Baysal University, Since 2021 – Bolu

¹Öğr. Gör. Buket Oğuz Alramazanoğlu, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Mehmet Tanrıkulu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Bolu, Türkiye, buket.oguzalramazanoglu@ibu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-6761-147X>, (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

²Öğr. Gör. Nurcan Doğru Altay, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Mehmet Tanrıkulu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Bolu, Türkiye, nurcan.dogrualtay@ibu.edu.tr, <https://orcid.org/0009-0005-2123-955X>

Giriş

İnsan kaynakları, örgütlerin hizmet üretimi ve mamul olarak isimlendirilen amaçlarına varmak için kullanmak zorunda olduğu kaynaklardan biri olan insanı tanımlayan bir ifadedir (1). İnsan kaynakları sağlık sistemi için özel veya kamu olmak üzere sağlık kurumlarında görev yapan ve sağlık hizmeti sunan tüm personeli ifade etmektedir. Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi ise sağlık işletmelerinde faaliyetlerin durmaksızın devam ettirilmesi, sağlık işletmesinde görevlilerin etkili ve verimli hizmet sunmasını amaçlayan işler bütünü olarak adlandırılmaktadır (2). İnsan Kaynakları Yönetimi, firmaların belirlediği stratejik hedefler ve hedeflere varmaları için ihtiyaç duyulan fonksiyonları hayata geçirecek yetenekte nicelik ve nitelikleri bulunan kişinin işe alınarak incelenmesi, motive edilmesi, eğitilmesi ve yetkinleştirilmesi sürecidir (3). Sağlıkta iş gücü planlaması ise sağlık kurumlarında görev alması gereken çeşitli meslek gruplarının gerek istihdamında gerekse istihdamı sonrası işletmenin hedefleri doğrultusunda doğru pozisyonlarda ve uygun iş yüküne göre konumlandırmak, ayrıca bu zaman zarfını içeren bütün çalışmaları içermektedir. Literatür incelemesinde sağlık kurumlarında iş gücü planlamasının ele alındığı çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada hem Türkiye’deki iş gücü planlamasının yürütümü hem de Dünya ülkelerinden örnekler ele alınacaktır.

Bu derlemenin amacı sağlık kurumlarında iş gücü planlamasının önemini vurgulamak, bu planlamanın doğru şekilde yürütüldüğünde nasıl faydalar sağlayacağına değinmek ve sağlıkta iş gücü planlamasının belirli ülkelerde ne şekilde yürütüldüğünü açıklamaktır.

İş Gücü Planlaması

İşgücü veya insan kaynakları planlaması, istenen becerileri taşıyan yeterli nicelikte insanın, doğru vakitte doğru pozisyonda bulunmasını ve işletmenin belirlenmiş hedeflerine ulaşması için doğru işlerin yapılmasını destekleyen bir süreçtir (4). İnsan kaynakları yönetiminin amacı; organizasyon bünyesindeki insan kaynaklarının en verimli şekilde kullanılması, mevcut insan gücü yetilerinin değerlendirilmesi, ilerideki insan gücü ihtiyacının ve yetilerinin öngörülmesi, insan gücü azlığı ve fazlalığı gibi meseleleri çözümlenektir. Sağlık işletmelerinde insan gücü planlamasını zorunluluk haline getiren sebepler; insan gücünün bedeli, sosyal ve siyasal geçiş, tıp alanındaki gelişmeler, sağlık işletmelerindeki personelin nicelik ve nitelik açısından desteklenmesi ihtiyacı ve bilgi üretimindeki yükseliş hızı olarak sıralanmaktadır (5). Personel planlamasının temel olarak iki hedefi vardır. Birincisi, insan kaynaklarını en işlek ve kazançlı bir şekilde kullanarak uygun değerdeki verimliliği almaktır. İkincisi de gelecekte gereksinim hissedilecek insan gücünü vasıf ve sayı açısından karşılayabilmektir (6). Tablo 1’de sağlık iş gücü planlamasının amaçları sınıflandırılmıştır.

Tablo 1. İş Gücü Planı Amaçları Sınıflandırması.

İş Gücü Planının Amaçları	
Doğru İnsanı Seçmek	* Uygun * Nitelikli * Kabiliyetli * İstekli
Doğru Vakitte Tercih Etmek	* Eğitim programına uygun vakitte * İşgücünü uygun vakitte seçmek
Doğru Pozisyon İçin	* Uygun meslekte * Gerekli yetenek * Alakalı * Son teknoloji ürünlerini takip eden
Doğru İş İçin	* Örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi için gerekli * İmalat planının ürün koşullarının yerine getirilmesi için
Doğru Sürede Yetiştirmek	* Çalışan programı * Başlangıç programı * Ürün programı

İş Gücü Planlamasının Önemi

Sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun şekilde sunulabilmesi için sağlık insan gücünün gereksinimlere uygun şekilde yetiştirilmesi, planlanması ve düzenli bir biçimde yerleştirilmesi gerekmektedir (2). Örneğin; hastanedeki hizmet ve bakım kalitesi performanslarının azalması, hemşire sayısının yetersizliği ile ilişkilendirilmektedir. Sağlık bakım kalitesi ile hemşire sayısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda; hemşire istihdamının hasta güvenliğine ve hastalık ve ölüm oranlarına etkisi olduğu tespit edilmiştir (7). Kanada Hemşireler Birliği Federasyonunca oluşturulan bir raporda; eksik hemşire istihdamı ile ilaç kullanım yanlışları, hastanın hayata döndürülememesi, yatak yaraları, düşmeler, ameliyat yarası enfeksiyonları ve tekrar hastaneye yatış gibi hasta açısından olumsuz durumların meydana gelmesi arasında ilişki olduğunu gösteren deneysel ispatların olduğu bildirilmiştir (8). Sağlık kurumlarında hemşire sayısının yeterli olduğu durumlarda ise taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış oranında düşüş ve hastanede yatış süresinin kısalması gibi parametrelerle tıbbi bakım giderlerinin büyük oranda azaldığı görülmektedir (9).

Gelecek için planlamalar yapan sağlık işletmeleri, insan gücü planlamasını da önemseme zorunluluğu taşımaktadır. İş gücü maliyeti, politik ve sosyal değişim, tıptaki gelişmeler, sağlık işletmelerindeki personelin nicelik ve nitelik açısından desteklenmesi gerekliliği, bilgi üretiminin ve teknolojiadaki gelişmelerin hızı işletmeleri insan gücü planlamasına yönlendirmektedir (10). Bilginin doğru şekilde yönetilememesi ve hatalı sağlık iş gücü planlamaları sebebiyle gelişmekte olan ülkelerde kaynakların yanlış dağıtıldığı görülmektedir (11). Sağlık iş gücü politikaları yakından izlenmeli ve ardından eksik kalınmaması amacıyla ihtiyaçlar öngörülebildiği kadarıyla yapılmalıdır (12).

Sağlık İş Gücü Planlamasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar ve Planlama Süreci

Sağlık insan gücü planlamasının temel hedefi uygun sayıda, uygun yerde, uygun zamanda, uygun becerilere sahip, uygun güdüleme ve tutumlar ile uygun maliyetle, işin doğru yapılmasını sağlamaktır. İş gücü planlamasında gelecekte ihtiyaç duyulacak personelin nitelik ve niceliği ile ihtiyaç duyulacak mali kaynaklar göz önünde bulundurularak öngörülerde bulunulmalıdır. Planlama yapılırken ayrıca sağlık çalışanlarının mevcutta yürüttüğü ve yeni yerine getirmeye başladığı işler de dikkate alınmalıdır (13). Planlama hem özel sektör hem de kamu için ulusal sağlık hizmetleri gereksinimlerini karşılamaya yönelik özendirici olmalıdır. Aynı zamanda sağlık personelleri çoğunlukla yerli ve ulusal olarak hareket etseler de uluslararası çalışma alanlarında farklı ülkelerde hareket olanakları artmıştır. Sağlık personellerinin kamu özel sektör arasındaki geçişleri ve bölgeler arasındaki geçişleri programlamada dikkate alınmalıdır. Programlamada en mühim nokta planlamanın kesintisiz ilerleyen bir süreç olması, hedeflerin amaçların belirlenmesi, bilgi biriktirilmesi, analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve uyarlanmasıdır (14). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık insan gücü ifadesi, 1950'li yıllardan sonra sağlık düzeninin önemli bir "köşe taşı" olarak adlandırılmış ve planlama, yetiştirme ve yönetme (istihdam) olmak üzere 3 ana bileşeni belirtilmiştir (15).

Sağlık İş Gücü Planlama Yaklaşımları

Sağlık insan gücü planlamasında bulunan birden farklı tutum vardır. Buradaki tutumlar içinde; iş yükü analizi metodu, sağlık ihtiyaçları yöntemi, hedef hizmet tabanlı yöntem, kullanıma dayalı yaklaşım ve iş gücü-nüfus oranı bulunmaktadır (4).

1- İşgücü- Nüfus Oran Yöntemi

Belirli bir nüfusta bir eşik değeri ile bağlantılı insan gücü sayısının bulunduğu metottur (örneğin; her 10.000 kişiye düşün hekim sayısı gibi). Yürütülmesi ve anlaşılması hızlı ve nettir. Ancak bu yöntem tüm iş gücünün aynı iş yükü ile çalıştığını ve aynı verimliliği sağladıklarını kabul etmektedir. Bölgeler arasındaki talep farklılıklarını hesaba katmaz. Bu sebeple planlamanın etkilenebileceği diğer faktörleri dikkate almadan planlama yapmaktadır (4).

2- Sağlık İhtiyaçları Yöntemi

Buradaki tutumda, ihtiyaç temelli yöntemin epidemiyolojik tabanları ile ekonomik etkenler birleştirilmektedir. Başlangıç noktası, maddi olarak desteklenebilecek sağlık insan gücü hizmetlerinde ekonominin ilerideki büyüklüğünün dikkate alınmasıdır. Ardından bu öngörü, kaynakların sağlık insan gücüne pay edilebilecek kaynak miktarını oranlamak için kullanılır (16).

3- Kullanıma Dayalı Yaklaşım

Bu yaklaşımdaki tutum elde bulunan kaynakların niceliğini, çeşitliliğini ve nüfusa dağılımını gelecek odaklı değerlendirmeler mantığında incelemektir. Elde bulunan hizmet kullanım seviyesinin gelecekte var olacak demografik çeşitlilik ve farklılıklarla ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkacak gereksinim öngörülmektedir (17).

4- Hedef Hizmet Tabanlı Yaklaşım

Buradaki tutumda, sağlık hizmetlerinin sunumu ve üretimi için hedeflenen amaçlara odaklanılır. Amaçlar sağlık otoritelerince belirlenir ve bu amaçlar sağlık gereksinimleri, ekonomik istekler, toplum beklentileri ve iş gücü oranları gibi etkenlerle ilişkili olabilir (18).

5- İşyükü Analizi Yöntemi

Mikro seviyede yapılacak olan planlamalar için en etkili yöntemlerden biridir. Sağlık kurumlarının iş etüdü yöntemlerini kullanarak yaptıkları değerlendirmeler sonrasında, her bir işin oluşturduğu yükün tespiti ve bu yüke göre iş gücü ihtiyacının belirlenmesine dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kurumları için önerdiği insan kaynakları planlama yöntemidir (17).

Türkiye’de Sağlık İş Gücü Planlama Çalışmaları

Ülkemizde sağlık insan gücü üzerine araştırmalar 1923’lerde Refik Saydam zamanına kadar, hizmet ve iş yükü kullanımından daha çok yatak ve nüfus sayılarıyla alakalı olması sebebiyle bu planlar, politika belirleme niteliğinde olmuş ve sağlık insan gücüne yönelik hedefler çok genel kalmıştır (5). 1923-1945 döneminde sağlık insan gücünün görevlendirilmesi ve yetiştirilmesi bir devlet görevi olarak benimsenmiş ve iş gücünün yurt geneline yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (19). 2003 senesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilmiş ve bu programla beraber bir dönüşüm süreci başlamıştır. SDP’nin hedefleri içinde; “yüksek motivasyonla çalışan, beceri ve bilgi ile donanmış sağlık insan gücü” ifadesi yer almış, bu kaide ile ihtiyaç duyulan nitelikte ve sayıda personelin sağlanması için geleceğe yönelik görüşler bildirilmiştir (20).

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı’nın Temmuz 2019’da yayınlanan On Birinci Kalkınma Planı’nda (2019-2023) 2.3.3. Sağlık başlığında amaç: “Bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması temel amaçtır” şeklinde belirtilmiştir (21). Türkiye’de sağlık insan gücünün yerleştirilmesi 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre olmakla beraber, 2003 yılında yürürlüğe geçirilen 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Hakkında Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657 4/b uygulaması ile sözleşmeli bir şekilde görevlendirmeler de başlamıştır.

Sağlık insan gücü planlamasının Türkiye’de yatak sayısına veya nüfusa oranla yapıldığı görülmektedir. Personel Dağılım Cetveli (PDC) Sağlık Bakanlığı’nda görevli çalışanların tayinlerde kullanılmaktadır (19). Sağlık Bakanlığı’nca düzenlenen İl Sağlık Müdürlükleri İl İnsan Kaynakları Planlama Rehberi’nde de programlamaya yol gösteren girdilerin, nüfus ve yatak oranları olduğu görülmektedir (4). Sağlık iş gücüne yönelik olarak bazı göstergelere bakıldığında Türkiye Sağlık İstatistikleri 2022 raporuna göre her 1.000 kişiye 2.2 hekim, her 1.000 kişiye 3.5 ebe ve hemşire düştüğü görülmektedir (22). Buna göre incelenen ülkeler içerisinde Türkiye’nin hem her 1.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından hem de hemşire açısından

(Türkiye için bu sayı ebe ve hemşire toplamından oluştuğu halde) en düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde İş Gücü Planlaması: Dünya Örnekleri

DSÖ tarafından 2006 yılında yayımlanan Dünya Sağlık Raporunda 57 ülkede kritik düzeyde sağlık insan gücü eksikliğinin söz konusu olduğu ve bu ülkelerin çoğunda kaliteli sağlık bakım hizmeti verilemeyeceği açıklanmıştır. Bu yetersizliğin başlıca meslek grupları olarak hemşire, ebe ve hekimlerden kaynaklı olduğu değerlendirilmektedir (23). Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları planlamasına yönelik olarak bazı ülkelerin sağlık sistemleri ve iş gücü planlaması kapsamında yürüttüğü çalışmalar şu şekildedir:

1- Birleşik Krallık

Birleşik Krallık'ta kamu sağlık kurumlarında evrensel kapsam özelliği bulunan Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kullanılmaktadır (24). Ülkede kalıcı olarak ikamet eden tüm Birleşik Krallık vatandaşları provizyon öncesi veya sonrasında (belirli katkı payı ödemeleri hariç) herhangi bir ödeme yapmadan NHS'nin hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir (25). Sağlık hizmetlerinin tamamı kamu tarafından sunulmaktadır. NHS modelinde iş, gelir düzeyi, aile durumu gibi değişkenlere bakılmaksızın tüm vatandaşlar kapsam altındadır. Sağlık sistemi ise genel vergilerle finanse edilmektedir (26). Sağlık sisteminde görev alan sağlık personeli maaş karşılığı çalışan memur durumundadır (27). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2022 verilerine göre ülkede her 1.000 kişiye 3.1 hekim ve 8.6 hemşire düşmektedir (28).

Sağlık personeli hareketliliği noktasında göç alan ülkelerden biri olan Birleşik Krallık, 1950 yılından itibaren bu statüdedir. Günümüzde ülkede kayıtlı her on hemşireden biri ve her üç hekimden biri Birleşik Krallık dışında farklı bir ülkede eğitim almıştır. Sağlık personeli göçü aldığı başlıca ülkeler ise yaygın olarak İngilizce konuşulan, Güney Afrika, Hindistan, Yeni Zelanda, Avustralya, Pakistan ve Nijerya gibi ülkelerdir (29).

2- Almanya

Almanya sağlık sisteminin organizasyonel olarak en başında Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Üst sağlık bakanlığı ülkede bulunan 16 eyaletin sağlık bakanlıkları ile koordine şekilde karar alma sürecini yürütmektedir. Almanya'da ülkemizde de mevcut olan refah yönelimli sağlık sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem aynı zamanda Bismarck Modeli olarak da adlandırılmaktadır (30). Bu modelde; iş görenlerin, işverenlerin ve devletin ek prim ödemesine dayanan hastalık halini kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı mevcuttur. Sağlık sigortası programı halk sağlığı sigortası şirketleri ve federal yetkililer tarafından yönetilmektedir (31).

OECD 2022 verilerine göre ülkede her 1.000 kişiye 4.5 hekim ve 12 hemşire düşmektedir (29). Ayaktan tedavi hizmetlerinde görevli hekimlerin %88'i zorunlu sağlık sigortası sistemine dahil olup, kalan hekimler ise sadece özel hastalara hizmet vermektedir (32). Alman sağlık çalışanlarının daha iyi çalışma koşulları ve daha yüksek gelir elde etme niyetiyle ülkeden göç etmeleri, sağlık sisteminde önemli bir personel kaybı yaşanması sebebiyle sağlık sisteminin işleyişinde ciddi bir risk teşkil etmektedir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları "kalifiye iş gücü" olarak sınıflandırılmaktadır. Bu durumda farklı ülkelerden göç ile gelen sağlık çalışanları bu açığı gidermede önemli katkıda bulunmaktadır. Almanya'ya göç edecek olan sağlık çalışanlarına yönelik ikamet hakları ve çalışma iznine yönelik kurallar genel hükümler ile düzenlenmiştir (33).

3- Fransa

Fransa sağlık sistemi Ulusal Sağlık Güvencesi (National Health Insurance –NHI) ile özel sağlık sektöründeki hizmetleri kapsayan La Médecine Libérale arasında bir dengeye dayanmaktadır. Nüfusun %92'sini kapsayan ana fon ve (Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries – CNAM) nüfusun %7'sini kapsayan tarımsal fon olmak üzere Fransız sağlık sistemi nüfusun tamamını kapsayan sağlık güvencesine sahiptir (34).

OECD 2021 verilerine göre her 1.000 kişiye 3.8 hekim ve 8.5 hemşire düşmektedir (29). Hastanelerde 35 saat çalışma modeline geçilmesinden sonra hemşire sayısı giderek azalmış ve personel eksikliğinin yönetilmesi zorlaşmıştır (35). Bu sebeple Fransa sağlık sistemi, hazırlamış olduğu sağlık meslekleri ve iş gücü piyasası mevzuatları ile sağlık personeli göç politikalarından etkilenen ve faydalanan bir ülkedir. Yabancı sağlık personeli istihdamı açısından, Avrupa Birliği (AB) üyesi olmayan ve AB üyesi olan kişiler arasında farklılıklar bulunmaktadır. İş teklifinde bulunulmadığı sürece AB üyesi olmayan ülkelere sağlık personeli göçü mevzuat boyutunda desteklenmemektedir. En fazla sağlık personeli göçü alınan ülkeler ise ikili antlaşmalar bulunan ve yaygın şekilde Fransızca konuşulan Monako, Fas, Tunus ve bazı Afrika ülkeleridir (36).

4- İtalya

İtalya sağlık sistemi merkezi olmayan ve bölgesel hizmet odaklı bir yapıdadır. Sağlık sistemi finansmanı büyük oranda vergilerle sağlanmaktadır. Ayaktan tedavi ve farmasötik ürünlerde vatandaşın katkı payı alınmaktadır. OECD 2022 verilerine göre her 1.000 kişiye 4.2 hekim ve OECD 2021 verilerine göre her 1.000 kişiye 6.2 hemşire düşmektedir (28). Kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı son 10 yılda artış göstermiş olsa da hekimlerin yaklaşık yarısının 55 yaş ve üzerinde olması iş gücü noktasında endişe yaratmaktadır (37). Sağlık hizmetlerinde ve sağlık politikalarında başarı kriterlerinden bir tanesi bin kişi için düşen hekim sayısıdır. Her bin kişiye düşen hekim sayısına bakıldığında incelenen ülkeler arasında Almanya'dan sonra en fazla olan ülke İtalya'dır (38).

Nüfusun yaşlanma eğiliminde olması ve sosyodemografik özelliklerdeki değişim yaşlı bakım hizmetlerine (badanti) olan talebi de artırmıştır. Ülkedeki badanti ihtiyacı, hemşire ihtiyacının neredeyse üç katıdır. Yaşlı bakım hizmetlerine olan ihtiyaç ülkenin sağlık personeli hareketliliğinin temelini oluşturmaktadır (39). Ülkede iş gücü göç politikası ve ilgili yasal düzenlemeler AB üyesi olmayan ve üçüncü grup ülkelere yabancılara, istihdam ile ülkeye giriş hakkı sunmakta ve gereken şartları sağladıkları durumda oturum ve çalışma izni elde etmelerine imkân tanımaktadır. İtalya'da yalnızca İtalyan ve AB vatandaşları kamu sağlık kurumlarında görev yapabilmekte, AB üyesi olmayan ve üçüncü grup ülke vatandaşları ise sadece özel sağlık hizmetleri sektöründe istihdam edilebilmektedir (36).

5- Kanada

Kanada'da sağlık hizmetlerinin fonlanması kamu tarafından yürütülmekte olup sistem ulusal kapsamlıdır. Ülkede yer alan her il ve bölgeler tarafından sağlık mevzuatına göre oluşturulan federal standartlara göre sağlık sigorta programlarını düzenlemektedir (40). Sağlık hizmetlerinin finansmanı sahip olduğu paya göre sıralandığında; %74'ü vergiler, %14'ü cepten ödemeler ve %10 oranında özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmaktadır (33).

OECD 2022 verilerine göre her 1.000 kişiye 2.7 hekim ve OECD 2021 verilerine göre her 1.000 kişiye 10.2 hemşire düşmektedir. Hekim sayısı açısından düşük olmasına karşın hemşire sayısı açısından OECD ülkeleri arasında Kanada'nın iyi durumda olduğu ifade edilebilir (28). Kanada kırsal ve kalkınmada öncelikli bölgelerde olan sağlık personeli açığını, genellikle yabancı sağlık personeli ile gidermeye çalışmaktadır (27). Her yıl Kanada'ya çok sayıda sağlık personeli göç etmektedir. Bunun örneği ise hekimlerin yaklaşık %30'unun yabancı ülkelere öğrenim görmüş olmasıdır (41). Ülkede yabancı kökenli hekim istihdam etmek hekim açığını gidermenin ve bölgeler arası adil hekim dağılımı sağlamada bir çözüm olarak kullanılmaktadır. Yabancı hekimler genellikle Birleşik Krallık, Hindistan ve Güney Afrika'dan istihdam edilmektedir (42).

6- Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sisteminde piyasa yaklaşımına sahiptir (43). ABD'de sağlık finansmanı noktasında karma bir yöntem kullanılmaktadır. Sağlık finansmanında yaşlı kesim için ulusal sağlık sigortası modeli, gazi ve gazi çocuklarına sunulan sağlık hizmeti için Beveridge modeli, iş görenlere sunulan sağlık hizmetleri için Bismark modeli ve toplumun %9,1'inin sağlık sigortası bulunmamasından dolayı da cepten ödeme modeli kullanılmaktadır. Karma modellerden oluşan sağlık sisteminde sağlık hizmetleri devlet ve özel sektör tarafından sunulmaktadır (44).

Ülkenin genel sağlık durumuna bakıldığında diğer OECD ülkelerine kıyasla sağlık harcamalarına daha fazla pay ayrıldığı görülmektedir (45). OECD 2022 verilerine göre her 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 2.6 ile OECD ülkelerine göre düşük; her 1.000 kişiye 11.7 ile de hemşire sayısının diğer OECD ülkelerine oranla yüksek olduğu ifade edilebilir (29). Ülkede sağlık personelinin büyük bölümü göçmenlerden oluşmaktadır. Göçmenler ABD sağlık personelinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. OECD 2022 verilerine göre ülkede görev yapan hekimlerin yaklaşık %30'u farklı ülkelerde eğitim almıştır (29). Yabancı meslek grupları çoğunlukla hekimler, terapistler, sağlık bakım teknisyenleri, hemşireler, diş hekimleri ve ebelerden oluşmaktadır. Yabancı sağlık çalışanları geçici ve kalıcı olmak üzere farklı vize kategorileri ile ABD'ye kabul edilmektedir (28)

Sonuç ve Öneriler

Bu derlemede sağlıkta iş gücü planlamasının amacına, planlama yapılırken hangi yöntemlerin kullanılabileceğine, önemine ve sonuçları açıklanmıştır. Ayrıca Dünya genelinde başlıca ülkelerde sağlık iş gücü planlamasında ne gibi politikaların yürütüldüğüne değinilmiştir. Sağlıkta iş gücü planlaması işe alım ile başlayıp işletmenin hedeflerinin tamamlanması veya kurumdaki iş ömrünün sonlanmasını sürecine kadar süren bir yolculuğun ilk aşamasıdır. İş gücü planlamasının amacı; kurumun misyon ve vizyonuna uygun şekilde ve finansal, fiziksel veya beşerî kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını hedeflemektedir. Dolayısıyla hizmet sunan kurumun kendine özgü şartları göz önünde bulundurularak en uygun iş gücü planlamasının yapılması; hasta/çalışan memnuniyetinin sağlanması, sınırlı kaynaklardan en fazla verimin alınması, hastalara uygun sağlık bakım hizmetinin sunulması ve en nihayetinde de sağlık düzeyinde iyileşme sağlanması gibi olumlu sonuçlar alınmasını sağlamaktadır. Bu derlemede ülkemizdeki sağlık iş gücü planlaması ve belirli ülke örnekleri ele alınmıştır. İncelenen ülkeler arasında Türkiye'nin her 1.000 kişiye düşen hekim ve hemşire noktasında en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Buna göre Türkiye sağlık sisteminde görev yapan sağlık personelinin iş yükünün fazla olduğu çıkarımında bulunabilir. Gelecekteki çalışmalarda farklı ülkeler de incelenebilir. Ayrıca ülkemizin ihtiyaçlarına göre ülkelerin sağlık iş gücü uygulamalarından ülkemiz sağlık sistemine entegre edilebilecek örnekler sunulabilir.

Etik Beyan: Bu çalışma derleme makale olduğu için ve herhangi bir etik kurul izni gerektirecek veri içermediği için etik kurula başvurulmamıştır. Bu makale, iTenticate yazılımınca taranmıştır.

Yazarların Katkıları: Çalışma konsepti/tasarımı: BOA, NDA - Veri toplama: BOA - Veri analizi/yorumlama: BOA, NDA - Makalenin yazımı: BOA, NDA - İçeriğin eleştirel incelemesi: BOA, NDA - Son onay ve sorumluluk: BOA, NDA - Süpervizyon: BOA.

Akran Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması yoktur.

Finansman: Finansal destek yoktur.

Diğer Beyanlar: Yok.

Kaynaklar

1. Orhan K. "Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi", Ankara, 2016. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/69019/mod_resource/content/0/pdf%20C4%B0KY%20Hastene%20Performans%C4%B1na%20Etkisi%20%2528Kaan%20Orhan%2529.pdf Erişim: 10.08.2023
2. Özkan Ş, Uydacı M. İş yüküne dayalı sağlık insan kaynakları ihtiyacı belirlenmesi: Kocaeli ili radyoloji teknisyenleri üzerine bir araştırma. Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2014; 36(2):237-50.
3. Sünter M. Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin önemi. Verimlilik Dergisi. 2019; 3:143-60.
4. Çavmak D. Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları planlaması: Türkiye değerlendirmesi. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017; 1(1):1-14.
5. Şantaş F, Özer Ö, Çıraklı Ü. Türk kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012; 2: 45-59.
6. Küçüksille E, Güngör İ. İş yoğunluğu tahmini ve işgücü planlama: Süpermarket uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009; 14(3): 91-109.
7. Türkmen E. Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılarına etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 69-80.
8. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet. 2004;364(9449): 1984-90.
9. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. Journal of Advanced Nursing. 2009; 65(11): 299-310.
10. Yıldırım S, Işıkhani V. Sağlık insan gücü planlaması: Sosyal hizmet uzmanlarına yönelik bir durum analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2014; 25(1): 133-48.
11. Tandi TE, Cho Y, Akam AJ, et al. Cameroon public health sector: Shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel. Int J Equity Health. 2015; 14: 43.
12. Brunner JO. Flexible Shift Planning in the Service Industry: The Case of Physicians in Hospitals. Berlin, 2010.
13. Saygılı M, Aba G, Özkan Ş. Doğumhanede çalışan ebeler için iş yükü analizine dayalı insan gücü planlaması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 3: 413 - 21.
14. Baumann A. Positive Practice Environments: Quality Workplaces, Quality Patient Care: Information and Action Tool Kit. Geneva, International Council of Nurses, 2007.
15. Mahon A, Young R. Health care managers as a critical component of the health care workforce. In Human Resources for Health in Europe, ed. Dubois CA, Nolte E, McKee M, 1st ed., London, European Observatory of Healthcare Systems, 2006, 116-39.
16. O'Brien-Pallas L, Birch S, Baumann A, Murphy G T. Integrating workforce planning, human resources, and service planning. Human Resources for Health Development Journal. 2001; 5(1-3): 1-15.
17. Atalay E, Çavmak D. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: Temel Kavramlar ve Bileşenler. Ankara, İksad Yayınevi, 2020.
18. World Health Organization. "Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues", Geneva, 1978. Erişim Adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40341/924154130X_%28ch1-ch6%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 23.08.2023.

19. Görmüş A. Sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün sağlık insan gücü üzerinde etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, 2011.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. "Sağlıkta Dönüşüm Programı", Ankara, 2003. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> Erişim: 1.8.2023
21. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "Türkiye Cumhuriyeti 11. Kalkınma Planı (2019-2023)", Ankara, 2019. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf Erişim: 4.9.2023
22. T.C. Sağlık Bakanlığı. "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni", Ankara, 2022. https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF Erişim: 11.9.2023
23. Avcı K, Ağaoğlu S. Türkiye’de sağlık insan kaynakları planlaması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2014; 7: 83–94.
24. Kovacheva V, Grewe M. "Migrant Workers in the German Health Sector", Germany, 2015. <https://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2014/09/Background-report-Germany.pdf> Erişim: 3.8.2023
25. Gülay A, Kabataş Y, Atilla İ. Türkiye ve İngiltere’de sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının karşılaştırılması. Alanya Akademik Bakış. 2023; 7(3): 1425-46.
26. Chaloff, J. Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: Immigration of health professionals to Italy. OECD Health Working Papers No.34, OECD Publishing, Paris, 2008.
27. Bourgeault IL, Baumann A. Ethical recruitment and integration of internationally educated health professionals in Canada. 13th International Health Workforce Collaborative, 2011; 3-16.
28. McCabe K. "Foreign Born Health Care Workers in the United States", USA, 2012. <https://www.migrationpolicy.org/article/foreign-born-health-care-workers-united-states-2011> Erişim: 28.9.2023
29. Okumuş N, Eğin E, Kosdak M, Çipil Z. "Sağlık Çalışanlarının Uluslararası Göçü/İstihdamı", Ankara, 2016. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4456/0/saglik-personeli-uluslararasi-isitihdami-bulten-10052016-pdfpdf.pdf> Erişim: 15.9.2023
30. Hüsmenoğlu M, Yılmaz Kuşaklı B. Almanya sağlık sistemi COVID-19 pandemisi durum analizi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2021; 8(2): 156-62.
31. Kırıcı Çevik N, Yüksel O. Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2019; 8(16): 209–18.
32. Ataç Ö, Sur H. Sağlık sistemleri-1: Almanya ve Birleşik Krallık. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2016; 40: 60-5.
33. Georgieva L. "National Profile of Migration of Health Professionals-Russian Federation", Russia, 2011. <https://migrationhealthresearch.iom.int/national-profile-migration-health-professionals-russian-federation> Erişim: 2.10.2023.
34. Sarıyıldız AY, Paşaoğlu MT, Yılmaz ME. Türkiye, Çin, ABD, Fransa sağlık sistemleri ve COVID-19 politikaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 10(2): 314 – 27.
35. Uğurlu H, Arslan H. ABD Sağlık sistemi ve Türkiye sağlık sistemi ile karşılaştırılması. Ahi Evran Akademi. 2020; 1(2): 15-31.
36. Türk M. Fransa sağlık sistemi ve pandemi yanıtı. Toplum ve Hekim Dergisi. 2022; (37)3: 231-40.
37. Alpar A. Kanada sağlık sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi. 2006; (21) 5-6: 394-8.
38. Altınkaya Z. 2020 Koronavirüs Pandemisinde Avrupa Birliği sağlık politikaları ve neoliberalizm: İtalya örneği. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 10 (20): 1-31.

39. Eke E, Kişi M. Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2019; 9: 2689-707.
40. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye'deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*. 2020; 2(4): 715-30.
41. Çöl M. İtalya'da sağlık sistemi ve COVID-19 pandemisi yanıtı. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2021; 36(5): 388-400.
42. Kırılmaz H, Amarat M, Ünal Ö. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. *Strategic Public Management Journal*. 2017; 3(6): 78-104.
43. Delamare ML, Schweyer F-X. Nationally Moderate, Locally Significant: France and Health Professional Mobility from Far and Near. In *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries*, ed Matthias W, Claudia BM, Irene AG, 1st ed., United Kingdom, World Health Organization, 2011, 181-211.
44. Sezer MS, Yıldız M. Türkiye'de bir kamu politikası sorunu olarak yabancı doktor istihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009; 11(3): 43 – 78.
45. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). "Sağlık İstatistikleri", Fransa, 2022. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC Erişim: 1.10.2023