

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI: TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ

HUMAN RESOURCES PLANNING IN HEALTH SERVICES: THE CASE OF TURKEY

Doğancan Çavmak¹

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi süreçlerin aktif olarak işleyişi ve hizmetlerin sürdürülebilirliği için büyük öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık insan gücü planlaması; önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli tutum, beceri ve bilgiye sahip insan gücü sayısını tahmin etme sürecidir. Bu tahmin sürecinde hizmetin gerektirdiği nicelik ve nitelikte insan gücünü planlamak ve istihdam etmek çok önemlidir. Türkiye sağlık insan gücü bağlamında değerlendirildiğinde, 2000'li yıllar boyunca iyi bir mesafe kat ettiği görülmektedir. Ekonomik şartlardan kaynaklı olarak birtakım farklı istihdam ve planlama şekillerinin mevcudiyeti göze çarpmaktadır. Bu makalede, sağlık insan gücü planlama yaklaşımları, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu alandaki fikirleri ve Türkiye'nin mevcut durumu tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, İnsan kaynakları, Planlama, Türkiye

ABSTRACT

Human resources has a great importance in terms of the sustainability and effectiveness of health services. Health workforce planning can be defined as, estimating and determining the the number of sufficient workforce who has required skills, education level and attitude to achieve the pre-determined health objectives and goals. It is important to determine and recruit the required and sufficient quality and quantity in planning process. Turkey made a good progress in health workforce indicators through 2000's. There are currently some variety of employment styles because of the economic conditions. In this article, the approaches to health workforce planning process, the opinions and sights of World Health Organization and the current situation of Turkey will be discussed.

Keyword: Healthcare Services, Human Resources, HR Planning, Turkey

¹ Öğr. Gör., İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksekokulu. dogancancavmak@arel.edu.tr

SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI

İşgücü planlama ya da bir diğer ismiyle insan kaynakları planlaması, doğru yeteneklere sahip doğru sayıda insanın, doğru zamanda doğru yerde olmasını ve organizasyonun hedeflerine ulaşmasını sağlayacak doğru işleri yapmasını sağlamaya çalışan bir süreçtir. (Matrix Insight 2012) Daha kolay anlaşılabilir bir tanıma göre; organizasyonlarda gerekli sayı ve nitelikteki personelin gerekli zamanda istihdam edilmesini sağlamak için yapılan planlamadır. Gerekli sayı ve nitelikten kastedilen, örgütün hedeflediği işi üretmeye kapasitesi olacak kişilerin nitelik ve niceliğidir (Sur 2013).

İnsan kaynakları, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin sunulabilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri yeterli büyüklükte ve yetenekte insan gücünün mevcudiyetine bağlıdır. Bu yüzden sağlık planlayıcıları ve karar vericiler, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini sunabilecek nitelik ve nicelikte insan kaynağını katlanılabilir bir maliyetle sağlamak durumundadırlar (Dreesch ve ark. 2005; Akgün ve Assaf 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık insan gücü planlaması; önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli tutum, beceri ve bilgiye sahip insan gücü sayısını tahmin etme sürecidir. Bu süreç kimin, hangi toplum grubu için, neyi, nerede, nasıl yapacağını ve önceden belirlenmiş sağlık amaçları için insan gücünün sahip olması gereken beceri ve bilgiyi belirlemeyi içerir (Şantaş ve ark. 2012).

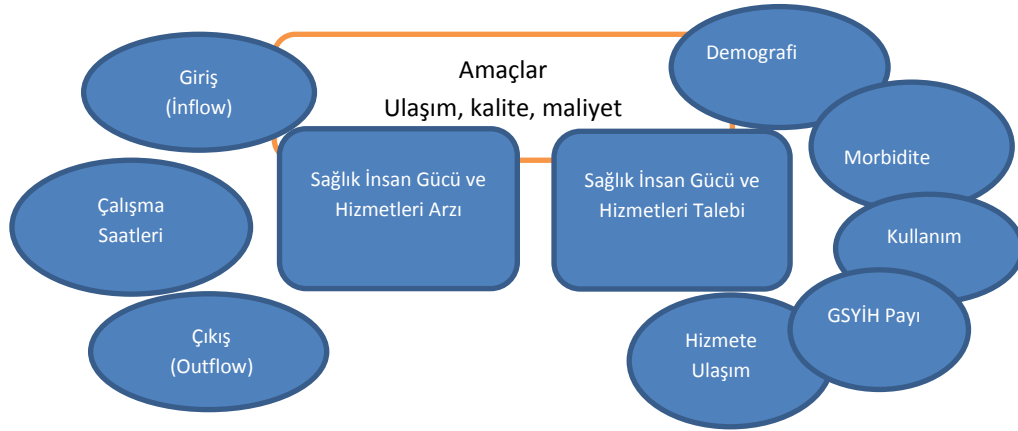
Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının, sekiz bileşeni dikkate alması gerekmektedir. Bunlar; nicelik, düzgün dağılım, nitelik, zamanlama, tam istihdam, sağlık gereksinimi, hedef ve olanaklardır (Kılıç 2007).

Sağlık insan kaynakları planlaması işlevsel olarak şu konuların açıklığa kavuşmasına hizmet eder (Özkan ve Uydacı 2014):

1. İnsan gücü eksik ve fazlalığının belirlenmesi
2. Görev ve rollerin değerlendirilmesi
3. Eğitim gereksinimlerinin saptanması
4. İnsan gücü dinamiklerinin(personel devir hızı, devamsızlık v.b.) belirlenmesi

Sağlık insan gücü planlama, gelecekte ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerini tahmin ederek ve mevcut duruma göre oluşabilecek insan kaynağı durumunu analiz ederek yapılır. Yani sağlık insan gücünün arz ve talebi dengelenmeye çalışılır. Bu iki durum birçok farklı faktörden (sisteme yeni çalışanların girmesi ve işten ayrılmalar, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, demografi, sağlık harcamaları vb.) etkilenir (OECD 2013).

Şekil 1. Sağlık İnsan Kaynakları Planlamasının Belirleyicileri



Kaynak: OECD. *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models From 18 Countries*. Working Paper No.62, 26 Jun 2013.

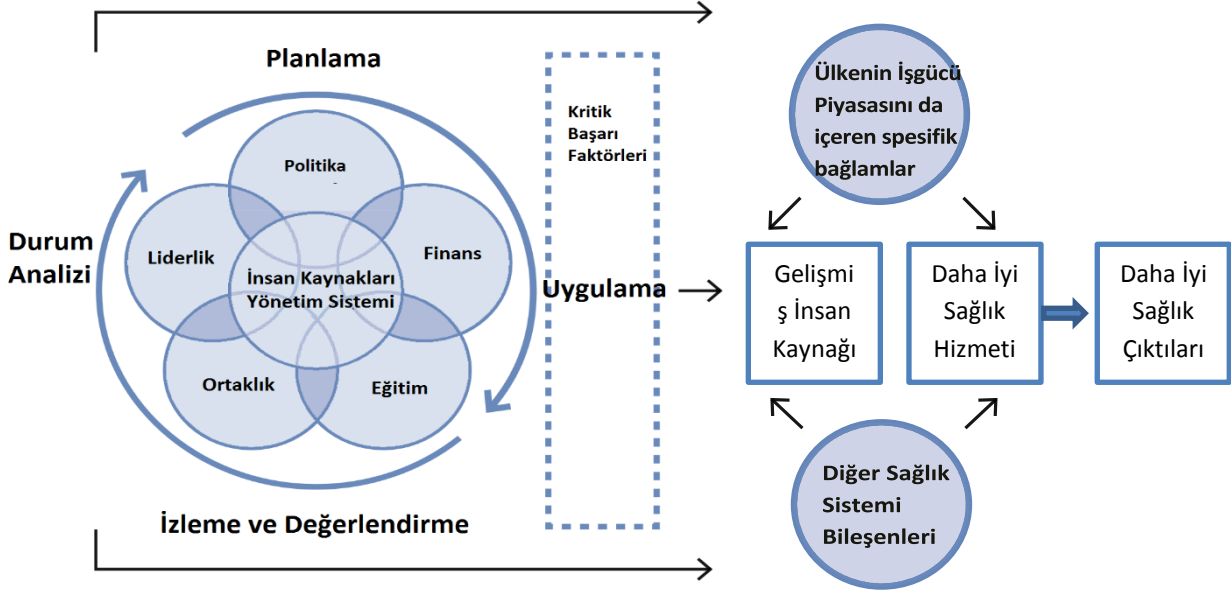
Sağlık insan gücü planlamasının aşamaları şu şekilde özetlenebilir; (Özkan ve Uydacı 2014)

1. İnceleme: Mevcut insan gücünün incelenerek ortaya konulmasıdır.
2. Tahmin Etme: İnsan gücü ihtiyaçları ile sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki uyumsuzlukların tespit edilmesi ve gerekli personelin nitelik ve sayısal olarak tahmin edilmesidir.
3. Taslak Plan: Fikir birliği sağlanan politikalar ve hedefler doğrultusunda taslak hazırlamaktır
4. Planlama: Ayrıntılı olarak ne türde, ne sayıda personele ihtiyaç olduğu, ve finansal kaynağın nasıl sağlanacağını belirlemesidir.
5. Uygulama: Kaynakların plan doğrultusunda dağıtıldığı aşamadır.
6. İzleme: Uygulama sürecinin nasıl ilerlediğinin izlenmesi ve yöneticilere bildirilmesidir.
7. Değerlendirme: Planın başarısının ölçüldüğü aşamadır.

Sağlık insan gücü planlama sadece teknik değil aynı zamanda politik bir süreçtir. Hangi türde sağlık çalışanı, ne düzeyde istihdam edileceği ve çalışanların dağılımının nasıl olacağı ulusal düzeyde verilen politik kararlara bağlı olarak ortaya çıkar (Dreesch ve ark. 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık insan gücü planlamasının kapsayıcı ve çoğulcu bir anlayış ile ele alınması gerektiğini, bunun da farklı sektörlerin iş birliği ile olabileceğini belirtmektedir. DSÖ'nün geliştirdiği Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework) aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi altı hareket alanını kapsamaktadır. Sağlık insan kaynaklarına kapsayıcı bir yaklaşımı sağlayabilmek için bütün bu alanların ayrı ayrı incelenmesi ve dikkate alınması gerekmektedir (WHO, 2010).

Şekil 2: Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework)



Kaynak: WHO. *Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections*. Human Resources for Health Observer, No.3, 2010.

SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA YAKLAŞIMLARI

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 yer almaktadır.

İşgücü- Nüfus Oran Yöntemi (The Workforce to Population Ratio)

Belirli bir nüfus için bir eşik değeri üzerinden insan gücü sayısının belirlendiği yöntemdir.(örneğin; 10.000 kişiye düşün hekim sayısı) Anlaşılması ve uygulanması basit ve hızlıdır. Ancak tüm insan gücünün aynı verimlilikte çalıştığını ve iş yüklerinin aynı olduğunu varsayar. Bölgeler arası ihtiyaç farklılıklarını göz önüne almaz. Bu yüzden planlamayı etkileyebilecek diğer faktörleri hesaba katmadan planlama yapar (WHO 2010; Dreesch ve ark. 2005).

Sağlık İhtiyaçları Yöntemi (The Health Needs Method)

Bu yöntem planlama sürecini daha derinlemesine inceleyen bir yöntemdir. Toplumun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarındaki değişimler, hastalıkların, sakatlıkların ve yaralanmaların görülme durumlarındaki ve sıklıklarındaki değişimlere göre incelenir ve gerekli ihtiyaca karşılık verebilecek türde hizmetler araştırılır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için yüksek düzeyde demografik, sosyokültürel ve epidemiyolojik veriye ihtiyaç duyulur (WHO 2010; Matrix Insight 2012).

Kullanıma Dayalı Yaklaşım (Utilisation Based Approach/Demand Based)

Bu yaklaşım mevcut kaynakların miktarını, çeşitliliğini ve nüfusa dağılımını geleceğe yönelik tahminler tabanında ele almaktadır. Sağlık insan gücü kullanım düzeyi, toplumun demografik profiline bağlı olarak üretilen alt gruplara özgü ortalama oranlarla ifade edilmektedir. Mevcut hizmet kullanım düzeyinin gelecekteki demografik profillerle ilişkisine dayalı olarak ortaya çıkacak ihtiyaç tahmin edilir (Görmüş 2011; Dreesch ve ark. 2005).

Hedef Hizmet Tabanlı Yaklaşım (Service Target Based Approach)

Bu yaklaşımda belirli bir sağlık hizmeti analiz kapsamındadır. İki kantitatif soruya cevap aranır ve planlama bunlara göre yapılır: bu sağlık hizmeti toplum tarafından ne sıklıkta talep edilmektedir ve bu hizmet sağlık çalışanları tarafından ne sıklıkta topluma sunulabilmektedir (Murphy ve ark. 2013).

İşyükü Analizi Yöntemi (Workload Indicators of Staffin Need)

Bu yöntem iş etüdü tekniği olan iş yükü ölçümünden yararlanılarak personel sayısının belirlenmesini içermektedir. İş içerisinde yapılan her bir görevin tamamlanma süresi belirlenerek, tahmin edilen iş yüküne göre ne kadar personele gereksinim duyulacağı belirlenir. DSÖ'nün önerdiği bir mikro planlama modelidir (Özkan ve Uydacı 2014).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARININ ÖNEMİ

Sağlık işletmeleri mali olarak analiz edildiği zaman, insan kaynaklarının ve madde/malzemenin en büyük maliyet alanlarını oluşturduğu görülmektedir (Kaptanoğlu, 2013). Çok fazla sayıda uzmanlık alanının yer aldığı ve uzmanlık alanlarından kaynaklı olarak özellikle hekimler bazında bağımsız çalışma anlayışının varlığı sağlık kurumlarında insan kaynakları anlayışını farklılaştırmak durumundadır. Sağlık hizmetlerinin sunum şekli, diğer sektörlere nazaran daha fazla işbölümü ve karşılıklı bağımlılık anlayışı ile karakterizedir (Sur, 2013). Özellikle proje tipi çalışma gerekliliği, net iş tanımlarını ve dizaynlarını gerektirmekte, aynı zamanda her süreç için net iş akışlarına olan ihtiyacı ortaya sermektedir. Matriks yapı olarak adlandırılan bu sistemde, klasik hiyerarşik yapılar yerini çoğu zaman işlevsel ve proje yöneticisi bağlılıklarına bırakmakta, kimi zaman ikili otorite anlayışı mevcutken, kimi zamanda otokratik yönetim tarzları vuku bulabilmektedir. Bu bağlamda özellikle, mesleki amaçlar ile kurumun mali imkânlarının çatışmasını engellemek, insan kaynaklarının ve mali birimlerin en büyük uğraşı alanı olmaktadır. Tedavi sürecinde bağımsızlık isteyen hizmet sunucular ile kurumun gelir-gider dengesini sağlamak zorunda olan idari ve mali yöneticiler, sağlık hizmetlerinde işbirliğinin hayati öneme haiz olduğu bir diğer alanı oluşturmaktadır.

Satışların maliyeti kaleminde büyük yer tutan, madde ve malzemelerin efektif kullanımı da büyük oranda, yeterli sayıda ve yetkinliğe sahip insan kaynağına bağımlı durumdadır. Dolayısı ile insan kaynağı planlama noktasında, niceliğin ötesine geçme gerekliliği vardır. İş tanımlarının net olması, işin gerektirdiği malzeme ve cihaz kullanımının açık bir şekilde belirtilmiş olması ve aynı zamanda ihtiyaç duyulan uzmanlık düzeyinin açık olması, işe uygun personelin alınmasını mümkün kılacaktır. İşe uygun elemanın istihdam edilmesi, işletmeleri

hatalardan, zaman kayıplarından ve işe alıştırmaya süreçlerinden doğan maliyetlerden büyük oranda korumaktadır (Ataay ve ark., 2015).

İnsan kaynakları açısından hata ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Hizmet sırasında oluşabilecek hatalar, sağlık hizmetlerinde büyük bedellere neden olmaktadır. Tıbbi hatalar, İşletmelerin mali olarak karşılaşılabilecekleri zararların yanı sıra, beklenen sağlık statüsünü elde etmede olumsuz bir etkiye sahiptir. Hizmet kullanıcıları bazında incelendiği zaman, yaşam kalitesinden ve gelirden kayıp, tıbbi hatalar sonucunda ortaya çıkan ilk etkilerdir. İnsan kaynakları açısından ise, iş kaybı, hukuki yaptırıma maruz kalma ve aynı zamanda, bireylere zarar vermiş olmanın yarattığı ruhsal bunalım ilk etkiler arasında yer almaktadır. Tıbbi hata aynı zamanda, sağlık işletmelerinin kurumsal imajlarını da zedelemekte ve piyasada kayıplar yaşamasına sebep olmaktadır. Dolayısı ile insan kaynaklarının yapabilecekleri hataları mümkün mertebe önlemek, meydana gelen hataların tam ve doğru olarak raporlanmasını sağlamak ve böylece süreçlerin gelişimine katkı sunmasını sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı bu alanda ilerleme kaydedebilmek amacı ile “Güvenlik Raporlama Sistemini”(GRS) geliştirmiştir. GRS tıbbi süreçlerde meydana gelebilecek tıbbi hataların raporlanabilmesini sağlayan ve aynı zamanda iyileştirmeye yönelik önlemlere dair platform sunan bir sistemdir. Bu sistem anlık olarak, zaman aralıklarına, meslek gruplarına, hata yerine, hata sürecine dair raporları sunmakta ve aynı zamanda sıklıklara göre sınıflandırma da yapabilmektedir (<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>).

GRS sisteminin hasta güvenliği sınıflandırma sistemine göre, yayınlamış olduğu hata istatistikleri aşağıdaki gibidir (http://grs.saglik.gov.tr/Stat_G04.aspx).

Tablo 1. GRS’de Hata Yerleri ve İstatistikleri, 2016, Türkiye

<u>Hata Yeri</u>	<u>Hata Sayısı</u>	<u>Yüzde</u>
Klinik	2429	%65
Acil Servis	318	%8.61
Poliklinik	265	%7.18
Ameliyathane	207	%5.60
Eczane	53	%1.43
Laboratuvar	74	%2.0
Kan Alma Birimi	26	%0.74
Tıbbi Görüntüleme Birimi	88	%2.384
Otopark	9	%0.24

İstatistiklere göre en sık yapılan raporlamanın, klinik süreçler içerisinde, özellikle cerrahi süreçlere hazırlık aşamasında ortaya çıktığı görülmektedir. Bu süreçler içine göze çarpan unsurlardan bir diğeri, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişim hatalarıdır.

Hataları önlemek adına, işe alım süreçlerinin daha belirgin ilkeler ve koşullar altında yapılması, işe alınan personelin örgüt kültürüne adaptasyonun sağlanması ve aynı zaman çalışan memnuniyetinin işletmeler için

hayati olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Motivasyonu sağlamak üzere ödül ve yaptırım sistemlerinin etkin bir şekilde işlenmesi önem arz etmektedir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARININ MEVCUT DURUMU

Sağlık Bakanlığı birçok kurum ile işbirliği halinde Sağlık İstatistikleri Yıllıkları yayınlamaktadır. 2016 yılında yayınlanan çalışmaya göre Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre toplam hekim sayısı, 141.259'dur. Hekimlerin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda çalıştıkları görülmektedir. (82.589) Hemşire sayısı ise toplam 152.803'dür. Diş hekimi sayısı 24.834 olarak görülmektedir. Eczacı sayısı 27.530'dur. Sağlık hizmetlerinde yer alan toplam personel sayısı ise Sağlık Bakanlığı tarafından 787.352 olarak verilmektedir. Bu personelin 551.559'u Sağlık Bakanlığında, 149.180', özel sektörde çalışmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Personeli Sayısı, 2015, Türkiye

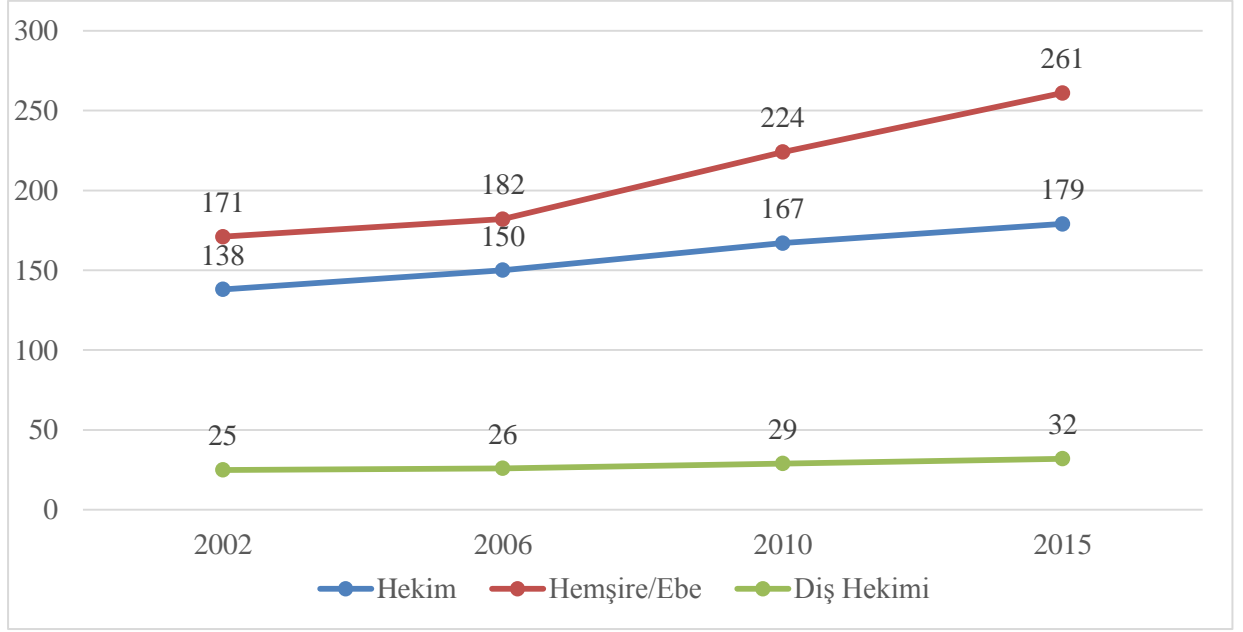
	<u>Sağlık Bakanlığı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>Özel Sektör</u>	<u>Diğer</u>	<u>Toplam</u>
<i>Uzman Hekim</i>	38.783	14.972	22.655	1.212	77.622
<i>Pratisyen Hekim</i>	35.833	216	5.729	16	41794
<i>Asistan Hekim</i>	7.973	13.622	0	248	21.843
Toplam Hekim	82.589	28.810	28.384	1476	141.259
<i>Diş Hekimi</i>	8.683	1.698	14.297	162	24.834
<i>Eczacı</i>	2.156	306	25.010	58	27.530
<i>Hemşire</i>	101.722	22.526	25.94	2.614	152.803
<i>Ebe</i>	48.078	851	4.100	57	53.086
<i>Diğer Sağlık Personeli</i>	102.243	11.492	31.845	363	145.943
<i>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</i>	206.088	13.107	19.609	3.093	241.897
Toplam Personel	551.559	78.790	149.180	7.823	787.352

Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre 100.000 nüfusa düşen hekim sayısı 179, hemşire/ebe sayısı 261 ve diş hekimi sayısı 32'dir. Hekim ve hemşire sayısının yıllar boyunca istikrarlı olarak arttığı görülmektedir. Bunun yanında kişi başı hekime müracaat oranının da 2002 yılında 3.1'den, 2011 yılında 8.3'e yükseldiği görülmektedir (SB, 2016). Bu durumun sebepleri arasında sağlık hizmetlerine erişimin daha kolaylaşması, performansa dayalı ödeme sistemi ve artan sağlık insan kaynağı sayısı yer alabilir

Ülkemizde hekime müracaat oranları incelendiği zaman, başvuruların çoğunlukla 2. ve 3. basamak hizmetlerde yoğunlaştığı görülmektedir. 1. basamak hizmetleri, bir ülkenin sağlık statüsü için çok önemli bir yere sahiptir. Hem koruma hem yatış gerektirmeyen durumlarda tedavi hizmet sunması gereken 1. Basamak hizmetlerin aktif olarak, hatta ilk başvuru noktası olarak kullanılması, sağlık sisteminin mali olarak sürdürülebilir olması ve toplumun yaşam davranışlarının şekillendirilebilmesi için oldukça etkilidir. Dolayısı ile 1. Basamak insan

kaynağının daha efektif olarak kullanılması noktasında birtakım adımların atılması gerektiği aşikardır. Sağlık sistemimizde meydana gelen birinci basamak hizmetleri (aile hekimliklerini) güçlendirme amaçları bu yönde bir değişikliğe dair istegin olduğuna işaret olarak yorumlanabilir.

Grafik 1. 100.000 kişiye düşen hekim, hemşire/ebe ve diş hekimi sayısı, 2002,2006,2010,2015, Türkiye



2015 yılında Türkiye’de 100.000 kişiye düşen en düşük hekim sayısı Güneydoğu Anadolu’da gözlenmektedir. En yüksek sayı ise 132 ile Batı Anadolu olmaktadır. Genel olarak bakıldığı zamanda Doğu Anadolu bölgesi, personel sayısı olarak daha alt düzeylerde yer almaktadır.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMA

Türkiye’de sağlık insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalar 1923’lerde Refik Saydam dönemine dek uzanmış olmasına rağmen, konuyla ilgili çalışmaların iş yükü ve hizmet kullanımından ziyade nüfus ve yatak sayılarına dayalı olması nedeniyle bu planlarda sağlık insan gücüne yönelik hedefler çok genel kalmış ve planlamadan çok politika belirleme niteliğinde olmuştur (Şantaş ve ark. 2012).

Kurumsallaşma dönemi olarak kabul edilen 1923-1945 yılları arasında sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi bir devlet görevi olarak kabul edilmiş ve iş gücünün yurt sathına yayılması amaçlanmıştır. 1960’larda politika ve stratejiler makro düzeyde DPT’nin 5 yıllık kalkınma planlarında, sektörel olarak mikro düzeyde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen faaliyetlerde yer almıştır. 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile, sağlık iş gücünün yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda koordinatörlük görevi Sağlık Bakanlığına verilmiştir (Görmüş 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) başlatılmış ve bu programla birlikte bir değişim süreci başlamıştır. SDP'nin ilkeleri arasında; “*bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü*” ibaresi yer almış, bu ilke altında gerekli nitelikte ve sayıda çalışanın sağlanması için geleceğe yönelik bakış açıları ortaya konulmuştur. Ayrıca desantralize insan kaynakları planlaması ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlama aşamasına aktif katılımlarının sağlanacağı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2003).

2011 yılında Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonu adlı çalışma SB tarafından yapılmış ve yayınlanmıştır. Dokümanda iş gücü planlama projeksiyonu olarak DSÖ tarafından geliştirilmiş kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan esnek ve bilgisayar tabanlı bir simülasyon modelinin kullanıldığı belirtilmiştir. Doküman çok yönlü olarak 2008 yılındaki durumu ortaya koymuş, 2023 yılında olabilecek ihtiyacı ortaya çıkarmaya ve buna göre işgücü planlaması yapmaya çalışmıştır. Ayrıca bu vizyon içerisinde 2023 yılına kadar gereksinim duyulacak yeni iş tanımları açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2012).

Türkiye’de sağlık insan gücü istihdamı 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre olmakla birlikte, 2003 yılında uygulamaya konulan 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun* ve 657 4/b uygulaması ile sözleşmeli olarak istihdam da uygulanmaya başlamıştır.

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasının nüfusa ya da yatak sayısına göre yapıldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nda çalışan personel için atamalarda Personel Dağılım Cetveli(PDC) kullanılmaktadır (Görmüş 2011). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan *İl Sağlık Müdürlükleri İl İnsan Kaynakları Planlama Rehberi*’nde de planlamaya ışık tutan verilerin, yatak ve nüfus oranları olduğu görülmektedir.

Sağlık bilgi sistemlerinde meydana gelen gelişmelerle birlikte sağlık insan gücü planlamasında da bilişim sistemlerinden faydalanılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi bünyesinde Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi(ÇKYS) yer almaktadır. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi(İKYS) de bu sistemin bir modülüdür. İKYS insan kaynağına dair bir veri tabanı oluşturmakta, karar vericilere bir karar destek sistemi olarak hizmet sunmakta, SGK gibi diğer kurumlarla ortak alanlar sağlamaktadır. (<http://www.saglik.gov.tr/SBWEBUYGULAMA/belge/1-32682/ikys.html>)

Sağlık insan gücü planlamasında Sağlık Bakanlığı ile birlikte rol alan kurum ve kuruluşlar mevcuttur;(YÖK, SB, DPT 2010)

1. Devlet Planlama Teşkilatı
2. Yüksek Öğretim Kurulu
3. Türkiye İstatistik Kurumu
4. Nüfus Etütleri İdaresi
5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
6. Sivil Toplum Örgütleri ve Dernekler
7. İçişleri Bakanlığı
8. Özel Sigorta Kuruluşları
9. AB Genel Sekreterliği
10. Dünya Sağlık Örgütü

SONUÇ

İnsan kaynakları tüm işletmelerin en önde gelen fonksiyonlarından biridir. İşletmelerdeki süreçlerin etki işleyebilmesi, işe uygun personelin memnun edilerek çalıştırılabilmesine bağlıdır. Emeğin ve teknolojinin yoğun olarak yer aldığı sağlık hizmetlerinde bu durum daha büyük bir öneme haizdir. Çünkü sağlık hizmetlerinde etkin işlemeyen sistemlerin bedeli yalnızca mali kayıplar ve hukuki yaptırımlar olmamaktadır. İnsan hayatına dair kayıplar da hizmet süreçlerindeki eksikliklerden dolayı olarak meydana gelebilmektedir. Dolayısı ile insan kaynakları planlaması süreçlerinin, özellikle iş yükü ve ihtiyaca göre objektif olarak belirlenmesi işletmelerin mali olarak ayakta kalabilmelerinin en büyük şartlarından biridir. Bunun yanında, iş tanımlarının net olması ve iş dizaynlarının efektif bir şekilde yapılması, tıbbi hataları ve diğer kayıpları önleme adına gerekli adımlardan biridir.

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri de büyük değişimler geçirmektedir. Artık işletmecilik bakış açısı sağlık hizmetleri içinde ağırlığını edinmiş bir alan olarak karşımızda durmaktadır. Sürdürülebilirlik adına, sağlık politikaları alternatif çözümler arayışı içerisine girmiştir. Sağlık personelinin sunduğu hizmetin bedelini ödeyen en büyük sigorta olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun güçlü ve sürdürülebilir olması için sağlıkta insan kaynaklarının da akılcı bir şekilde dizayn edilmesi ve performans kriterlerinin belirlenmesi ve kontrol edilmesi gerekmektedir. Personel istihdamı noktasında aranan farklı çözüm yolları, özellikle ülkemizin mali baskını hafifletme amacı güttüğünü göstermektedir.

Hizmet sunumunda çatışan mesleki amaçlar ve mali amaçların bir potaya getirilmesi, özellikle insan kaynaklarının ve yöneticilerin sorumluluğu altındadır. İyi organize olmuş bir insan kaynakları sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde işlenmesini ve asgari düzeyde hata oluşumunu sağlayacaktır. İnsan kaynağının gelişimi, farklı sorumluluklar alma bilincine sahip olması ve gelişime açık olması, doğrudan çıktılara yansiyacak ve sağlık statüsünün yükselmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Akgün, S, Al-Assaf, A.F. (2014). Building Sustainable Healthcare Systems: Health Human Resources Planning. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1, 1-10.

Ataay, İ., Tüzüner, L., Dündar, G., Uyargil, C. ve diğerleri (2015) İnsan Kaynakları Yönetimi. Beta, İstanbul

Dreesch, N., Dolea, C., Poz, M., Goubarev, A., Adams, O., Aregawı, M., Bergstrom ve diğerleri.(2005). An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millenium Development Goals. The London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oxford University.

Görmüş, A.(2011). Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı Doktora Tezi.

<http://www.saglik.gov.tr/SBWEBUYGULAMA/belge/1-32682/ikys.html>: Erişim Tarihi: 20.09.2017

Kaptanoğlu, A. (2013). Sağlık İşletmelerinde Depo, Maliyet ve Envanter Yönetimi. Beşir Kitapevi, İstanbul

Matrix Study(2012). EU Level Colloboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Worforce Trends- A Feasibility Study. European Comission Revised Final Report.

Murphy, G., Mackeinze, A, Rigby, J. ve diğerleri.(2013). Service Based Human Reosurces Planning for Older Adults. Janda, 14, 611-615.

OECD(2013). Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee. OECD Health Working Paper No.62.

Özkan, Ş., Uydacı, M.(2014). İşyüküne Dayalı Sağlık İnsan Kaynakları İhtiyacı Belirlenmesi: Kocaeli İli Radyoloji Teknisyenleri Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi, Cilt XXXVI, Sayı. II, 237-250.

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi. (<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>; Erişim Tarihi: 23.10.2017)

SB(2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

SB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2011). Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. SB Yayın No. 851.

SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.(2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No.1010, Ankara.

SB, YÖK, DPT (2010) Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu, Yök Yayın No:2010/1 ISBN 978- 975-7912-37-8, Ankara.

Sur, H.(2012). İnsan Kaynakları Yönetimi İçinde. Sur. H., Palteki, T.(Editör). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitapevi.

Şantaş, F., Özer, Ö., Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt.2, Sayı.2, 45-49.

WHO (2010). Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections. Human Resources for Health Observer, Issue No.3.