

---

## Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması\*

Fatih ŞANTAŞ<sup>1</sup>

*Hacettepe Üniversitesi İİBF*

[fatih.santas@hacettepe.edu.tr](mailto:fatih.santas@hacettepe.edu.tr)

Özlem ÖZER

*Hacettepe Üniversitesi İİBF*

[ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr](mailto:ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr)

Ümit ÇIRAKLI

*Bozok Üniversitesi İİBF*

[cirakli@hacettepe.edu.tr](mailto:cirakli@hacettepe.edu.tr)

---

### Özet

Sağlık insan gücü planlaması, makro ve mikro planlamayı, insan gücü arz ve ihtiyacını, insan gücü dağılımını, personel standartlarını, görev tanımlarını, görev ihtiyaçlarının belirlenmesini ve tüm bunlarla ilgili denetim yapısını kurmayı kapsayan bir süreçtir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulduğu tarihten bugüne kadar dokuz Beş Yıllık Kalkınma Planı uygulamaya konulmuştur. 1960'lı yıllardaki planların devletçilik; 1960-1980 planları karma ekonomi; 1980-2000 planlarının liberal yönünün ağır bastığı söylenebilir. Çalışmada 1963 yılından günümüze kadar uygulamaya konulan dokuz kalkınma planında sağlık insan gücü planlamasına yönelik hedefler değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık İnsan Gücü Planlaması, Kalkınma Planları

**JEL Sınıflaması:** M12

### Health Manpower Planning in Turkish Development Plans

#### Abstract

Health manpower planning is process that includes macro and micro planning, manpower supply and requirement, manpower distribution, personnel standards, job description, job requirements and establishing control structures related all these. Since being established the State Planning Organization has been applied nine five-year development plan. Plans in the 1960s can be said to outweigh direction of statism, in 1960-1980 mixed economy and in 1980-2000 liberal. In this study since 1963 applied objectives of the planning of health manpower in the nine development planning is evaluated.

**Keywords:** Health Manpower Planning, Development Planning

**JEL Classifications:** M12

---

\* Bu çalışma 13-15 Eylül 2012 tarihinde gerçekleştirilen 6.Hastane ve Sağlık İdaresi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar

## 1. Giriş

Kamu ve özel sektörde, her çeşit sağlık hizmetini üreten insan gücünün tümü olarak tanımlanan sağlık insan gücü, literatürde çok çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yayınladığı insan gücü istatistiklerinde sağlık insan gücünü 29 başlık altında toplamış olup; hekimler, diş hekimleri, eczacılar, veterinerler, hemşireler, fizyoterapistler ve laboratuvar teknisyenleri bu sınıflama içerisinde yer almaktadır. Ayrıca sağlık insan gücü, çalışma alanları ve eğitim düzeylerine göre de sınıflanabilir. Bunlar; kişiye yönelik hizmet yapanlar (hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, fizyoterapist, diyetisyen vb.), çevreye yönelik hizmet yapanlar (sağlık mühendisi, çevre mühendisi, veteriner, çevre sağlığı teknisyeni vb.), laboratuvar personeli (mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patoloğ, sağlık fizikçisi vb.), sağlık alanında uzmanlaşmış destek personeli (hastane idarecisi, tıbbi sekreter, istatistik uzmanı, sağlık eğitimcisi vb.) genel hizmetlerdir (daktilograf, şoför vb.) (İşlek, 2005, s.12).

Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu'nda sağlık insan gücü planlaması makro ve mikro planlamayı içeren, insan gücü arz ve ihtiyacını, insan gücü dağılımını, personel standartlarını, görev tanımlarını, görev ihtiyaçlarının (hizmetin sunulabilmesi için gerekli bilgi ve beceriler) belirlenmesini ve tüm bunlarla ilgili denetim yapısını kurmayı kapsayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, birbirini izleyen, ardışık ve birbirlerine bağımlı bir dizi etkileşimler zincirinden oluşmaktadır. Mevcut durum analizi, gerekli veri tabanının oluşturulması ve projeksiyonların hazırlanması, stratejiler ve politikalar geliştirilmesi bu sürecin önemli aşamalarıdır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.3).

Bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık insan gücü planlaması kavramından ve amaçlarından, ikinci bölümünde dünyada ve Türkiye'de insan gücü planlaması ile ilgili yapılan düzenlemeler ve son bölümünde ise kalkınma planlarında sağlık insan gücüne yönelik hedefler irdelenmiştir.

## 2. Sağlık İnsan Gücü Planlaması

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.

Sağlık insan gücü planlaması, topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesidir (Sağlık Bakanlığı ve YÖK 2008, s.3). Sağlık insan gücü planlaması, doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda

insanı bulundurmaktır şeklinde ifade edilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.379).

Özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış insan gücünün sınırlı sayıda bulunması, sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit şekilde verilebilmesi için etkili bir insan gücü planlaması yapılmasını zorunlu kılmaktadır (Kılıç ve Tunç, 2004, s.24). Sağlık hizmetlerinde insan gücünün en iyi şekilde kullanılması için ve sağlık hizmetinin verimli bir şekilde kullanılmasında yaşamsal öneme sahip olan insan gücü planlamasının temel amaçları şu şekilde sıralanabilir (İşlek, 2005, s.13): Mevcut insan kaynaklarının en verimli biçimde kullanılması, gelecekteki insan gücü gereksiniminin tahmin edilmesi, mevcut insan gücü yeteneklerinin tahmin edilmesi, insan gücü yetersizliği ve fazlalığı sorunlarının giderilmesi, kararların etkililiğinin artırılmasıdır.

Sağlık kurumlarında insan gücü planlamasını zorunlu kılan nedenler ise; insan gücünün maliyeti sosyal ve politik değişim tıp bilimindeki ilerlemeler sağlık kurumlarındaki personelin nitelik ve nicelik yönünden yetersizliği bilgi üretimindeki artış hızı olarak sıralanabilir (Sönmez, 1991, s.15; Dikmetaş ve İnan, 2000, s.111).

Planlamanın esnekliği ve geçerliliği hem doğru zamanda, doğru bilgiye ulaşmayı hem de uygun analiz tekniklerini kullanmayı gerektirir. Bilgisayar tabanlı modellemeler daha önceki yıllarda görülen zorlukları kolaylaştırmaktadır. Fakat bu modellerin farklı öğelerinin tahmin edilen çıktıya olan katkısını tanımlamak için, modelin unsurlarının anlaşılması gerekmektedir. Planlayıcılar, karar vericiler politika yapıcılar, ilgili diğer taraflar ve uzmanlar arasındaki iletişim ve bilgi alış-verişinin iyi olması, planlamanın kabul edilebilirliğini ve duyarlılığını artırır (O'Brien-Pallas vd., 2001, s.6). Hall ve Mejia (1978) "Health Manpower Planning: Principles, Methods and Issues" isimli kitaplarında sağlık insan gücü planlamasına yönelik, dört tane yöntemden bahsetmektedir. Bunlar:

Sağlık İhtiyaçları Yöntemi: İhtiyaç tabanlı yaklaşım yöntemi, toplumun sağlık ihtiyaçları ve açıklarına bağlı olarak, etkili bir sağlık hizmetini gerçekleştirecek sağlık insan gücü karışımını tahmin eder (O'Brien-Pallas vd., 2001, s.6). Bu yöntemin amacı, toplumun gerçekte hangi sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğunu tespit etmektir. Tespitler, temel olarak tıbbi ve teknolojik faktörlere bağlıdır ve sağlık profesyonelleri tarafından ya da tüketicilerin yer almasıyla yapılabilir. Maliyetler, ihtiyaç hissedilen hizmetlerin dağılımı gibi konular ikincil derecede önemlidir (Hall ve Mejia, 1978, s.63). Planlamacı, topluma optimal sağlık hizmeti sunabilmek için, ne kadar ve ne tipte insan gücüne ihtiyacı olduğu şeklindeki soruyu cevaplandırmaya çalışır (Özsarı, 1994, s.25). Bu yöntem üç varsayıma dayanmaktadır: Sağlık bakım ihtiyaçlarının tümü karşılanabilir ve karşılanmalıdır, ihtiyaçları belirlemede maliyet-etkili yöntemler uygulanabilir, sağlık kaynakları ihtiyaçların düzeyiyle bağlantılı olarak kullanılmaktadır.

**Sağlık Talebi Yöntemi:** Bu yöntemde, ihtiyaç tabanlı yöntemin epidemiyolojik temelleri ile ekonomik faktörler birleştirilmektedir. Yöntem sağlık insangücünün etkin bir şekilde dağılımı ile ilgilenmektedir. Fakat tüm ihtiyaçların karşılanabileceği ve karşılanması gerektiği varsayımı altında, toplumun tüm ihtiyaçları içinde ihtiyaçların göreceli düzeyi üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu yöntemde başlangıç noktası, finanse edilebilecek sağlık insan gücü hizmetleri için ekonominin gelecekteki büyüklüğünün tahmin edilmesidir. Daha sonra bu tahmin, kaynakların sağlık insan gücüne ayrılacak kaynak tahsisini tahmin etmede kullanılır (O'Brien-Pallas vd., 2001, s.9-10). Yöntem temelde üç varsayımına dayanmaktadır. Bunlar;

- ✓ Sağlık insan gücünün toplumdaki var olan dağılımı, karışımı ve düzeyi uygun şekildedir,
- ✓ Yaşa ve cinsiyete özel gereksinimler gelecekte de sabit kalacaktır,
- ✓ Nüfus büyüklüğü ve profili, yaşa ve cinsiyete özel oranlardaki var olan eğilimlerle tahmin edilebilir şekilde değişmektedir.

**Hizmet Hedefleri Yöntemi:** Bu yöntemde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve dağıtımını için belirlenen hedefler üzerinde yoğunlaşılır. Hedefler sağlık yetkilileri tarafından belirlenir ve bu hedefler sağlık ihtiyaçları, ekonomik talepler, toplum istekleri ve işgücü oranları faktörlere bağlı olabilir. Bu yöntem genellikle, sağlık hizmetlerinin sektörel gelişimde yer alacağı rolü tahmin etmektedir. Yöntem toplumun istekleri, ihtiyaçları ve tıbbi teknolojinin üretebileceği hizmetleri arasında bir denge sağlamayı hedeflemektedir (Hall ve Mejia, 1978, s.63).

**İnsangücü Nüfus Oranı Yöntemi:** Hesaplama ve bilgi ihtiyacı açısından en basit yöntem, insan gücü nüfus oranı yöntemidir. Diğer yöntemlere göre daha temel demografik ve insan gücü verilerine ihtiyaç gösterir. Temelde elde edilebilen şu oranlar tespit edilir: Mevcut durumlar, Milletlerarası karşılaştırmalar, Önerilen oranlar, Ülkenin tercih edilen bir alanda oranlarının araştırılması, Geçmiş eğilimlere dayalı tahmin. Bu oranlar daha sonra çıkarılan gelecekteki insan gücü ihtiyaçları için gelecek nüfus tahminlerine uygulanır (Özsarı, 1994, s.24).

### 3. Dünyada ve Türkiye’de İnsan Gücü Planlaması

#### 3.1. Dünyada Sağlık İnsan Gücü Planlaması

Sağlık insan gücü planlaması ile ilgili ilk çalışmalar sosyalist bloğa ait ülkelerde başlamıştır. Bu ülkelerde 1970’li yıllarda sağlık sektörünün ihtiyaçları ile ilgili bir dizi sağlık eğitim planları düşünülmüş ve araştırılmıştır. Eski Sovyetler Birliği sağlık insan gücü planlaması konusunda oldukça tecrübelidir. Batıda ise sağlık insan gücü planlaması genel olarak, münferit olaylara karşı hazırlıklı bulunmak, krizlere yönelik olmak gibi amaçlarla ve sınırlı sıklıkta kullanılmıştır. 1970’li yıllarda sağlık insan gücü planlaması popüler olmuş, bilgisayar destekli analizler ve araştırma teknikleri hızla geliştirilmiştir. (İşlek, 2005, s.13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948 yılından bu yana üye ülkelere her türlü sağlık planları için rehberlik hizmetleri vermekte olup, bu hizmetlerin içinde sağlık insan gücü ile ilgili hizmetler büyük yer tutmuştur. 1977 yılında, DSÖ tarafından başlatılan “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hareketinin 36. hedefi sağlık insan gücü planlaması ile ilgilidir. Buna göre, 1990’dan önce, tüm üye ülkelerin sağlık personelinin planlama, eğitim ve kullanımı, temel sağlık bakımı yaklaşımına ağırlık verilerek, herkese sağlık politikalarına uygun olmalıdır (Dikmetaş ve İnan, 2000, s.113).

Sağlık insan gücü planlamasının gelişimi II. Dünya Savaşı’nın sonundan bu yana birbirini takip eden sekiz aşama geçirmiştir. Sağlık insan gücü planlaması 1940’lı yılların sonundan 1960’lı yılların sonuna kadar sağlık insan gücünün sayısını artırma üzerinde yoğunlaşmıştır. Sağlık insan gücü planlaması ile ilgili 1950’li yıllardaki bu aşama, yerini 1960’ların ortasına doğru iki yeni aşamaya bırakmıştır. Bu aşamalar ise; her çeşit sağlık personelinin eğitim düzeylerini geliştirme çabaları ve sağlık personeline ülke içinde eşitliği sağlayacak şekilde eğitim verme çabaları olmuştur. Dördüncü aşamada, 1950’li yıllardaki geleneksel sağlık personeli üzerinde ve 1960’lı ve 1970’li yıllardaki çok amaçlı yardımcı sağlık personeli üzerinde yoğunlaşmıştır. 1980’li yıllarda sağlık personelinin kullanımında ve üretimde etkinliği artırmaya yönelik tedbirler önem kazanmıştır. 1960’tan 1970’in ortalarına doğru olan süreçte sağlık insan gücünün ulusal olarak planlanması giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Ayrıca karar vericiler üzerinde bu zamana kadar çok az etkisi olan teknik planlama prosedürleri de tanınmaya başlanmıştır. “Herkes İçin Sağlık” hareketi sağlık insan gücünün ulusal ihtiyaçlara bağlı olması gerektiği sorusunu beraberinde getirmiştir. Sağlık insan gücünün gelişimi ile sağlık hizmetlerinin eşgüdümü 1950’li yıllardan beri vurgulanmış olmasına rağmen, bu konu ancak 1976 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün resmi politikası haline gelmiştir. Kavram 1989 yılında değiştirilmiş ve “Uyumlaştırılmış Sağlık ve Sağlık İnsangücü Gelişimi” kavramı getirilmiştir. Uyumlaştırılmış Sağlık ve Sağlık İnsangücü Gelişimi kavramı üç temel kurala dayanmaktadır. İlk kural, sağlık insan gücü planlaması, üretimi ve yönetimi fonksiyonları birlikte yapılmalıdır. İkincisi, sağlık insan gücü, sağlık sisteminin ihtiyaçlarını karşılama amacına hizmet etmelidir. Üçüncüsü ise, sağlık sistemi insanların ihtiyaçlarına hizmet etmelidir (Kolehmainen-Aitken, 1993 s.3).

Dünyada sağlık insan gücü planlaması ile ilgili yeni yaklaşım ise “Sağlık İnsangücü Geliştirme”dir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık insan gücü geliştirme kavramını şöyle tanımlanmaktadır: Sağlık insan gücü geliştirme, insan gücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımların atılmasıdır.

### **3.2. Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Planlaması**

Ülkemizde ise 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 (İşlek, 2005, s.13).

Bu dönemdeki çalışmalar, sağlık personelinin sayısında sağlanan hızlı artışla dikkati çekmektedir. Daha sonra 1955 yılında on yıllık süre için hazırlanan Milli Sağlık Programı Etüdü’nde sağlık insan gücü planlamasına yönelik olarak; her bölge için gerekli sağlık personelinin yerinde yetiştirilmesi için okulların açılması ve açılan okulların genişletilmesi doğrultusunda kararlar alınmıştır. 1960’larda Beş Yıllık Kalkınma Planları dönemine geçildiğinde her dönemde planlamaya yönelik olarak farklı yöntemlerle belirlenmiş sağlık insan gücü ile ilgili hedeflere yer verilmiştir (Dikmetaş ve İnan, 2000, s.114).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık İnsangücü Geliştirme Bölümü tarafından sağlık insan gücü planlamasına yönelik çalışmalar 1992 yılından bu yana sürdürülmektedir. Bu çalışmaların temeli 23-27 Mart 1992’de düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi sonunda oluşturulan Ulusal Sağlık Politikası dokümanı ile atılmıştır. Sağlık sektöründe insan gücü planlaması ile ilgili formel mekanizmaların yetersizliği ve Sağlık Bakanlığı içinde bu işlevi yerine getirecek bir birimin yokluğu nedeniyle, Birinci Sağlık Projesi ikraz anlaşması çerçevesinde tanımlanan insan gücü geliştirme programına, sağlık insan gücü planlaması ile ilgili aktiviteler eklenmiş ve Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasına yönelik önemli çalışmalar bu birimde yürütülmeye başlanmıştır. Bu çalışmalar kapsamında sağlık insan gücü planlamasına yönelik olarak, sağlık personeli ile ilgili bilgileri içeren veri tabanı oluşturulmuş, mevcut durum analizi yapılmıştır. Bunu planlamanın en önemli aşamalarından biri olan sağlık insan gücü arz ve ihtiyaç projeksiyon modellerinin oluşturulması takip etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.8).

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, İnsangücü Geliştirme Bölümü tarafından geliştirilen sağlık insan gücü arz ve ihtiyaç projeksiyon modelleri ile öncelikle mevcut durumun devamı halindeki durumu ortaya koyan projeksiyonlar Sağlık Bakanlığı için ülkesel ve bölgesel düzeyde hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.9).

## **4. Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücüne Yönelik Hedefler**

### **4.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**

Birinci kalkınma planında sağlık insan gücüne yönelik şu hedef belirlenmiştir: 15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına,

yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır (DPT, 1963, s.39).

#### **4.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)**

İnsangücü arzının İkinci Beş Yıllık Plan devresinde, meslek grupları ile bunları yetiştiren eğitim kademeleri arasında paralellik kurulmuş ve bugünkü eğitim kapasitelerinin devam edeceği varsayılarak örgün ve yaygın eğitimin çeşitli meslek kollarına eleman yetiştirme yönünden durumunu ortaya koyacak öğrenci akış modeli, meslekte kayıp oranı, mesleğe katılma oranı, eğitim kademelerindeki verim oranları, nakil ve kayıp oranları değişkenlerine dayanılarak değişik eğitim kademeleri için hazırlanmıştır (DPT, 1968, s.148). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında belirlenen hedefler;

- ✓ Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitiminin uygulama esaslarını tespit edecek, ilgili araştırmaları yapacak ve hizmet içi eğitim sağlayacak bir "Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü" kurulacaktır.
- ✓ Mevcut tıp fakültelerinin çalışmaları arasında ilişki kurmak ve sağlık eğitimi standartlarını tespit etmek için fakülteler arasında ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının da katıldığı bir kurul kurulacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.4).
- ✓ Sağlık öğretiminde illerde ihtiyaç duyulacak hekim sayısını karşılamak için insan gücü hedeflerine göre ek kapasiteler yaratılacaktır. Bu kapasitelerin yaratılmasında büyük merkezlerdeki eğitim potansiyelinden yararlanılacak, gereken öğretici personelin eğitime önceki yıllarda başlanacak, yer seçiminde sağlık personelinin bölgeler arasında dengeli dağılımını kolaylaştıracak hususlar göz önünde bulundurulacaktır.
- ✓ Sağlık politikasının ilkelerine uygun olarak sağlık eğitimiyle ilgili bütün kurumlarda toplum sağlığı konularına önem verilmesi teşvik edilecek ve sağlanacaktır. Sağlık eğitiminde pratisyen hekim ihtiyacının karşılanmasına yardım edecek olan değişiklikler yapılacaktır. Tıp fakültelerinde "Intern" dönemi zorunlu kılınacaktır.
- ✓ Tıptaki yeni gelişmelerle ilgili olarak hekimlerin görgü ve bilgi kazanmalarını sağlamak üzere hekim istihdam eden çeşitli kuruluşlar hizmet içi eğitim sağlamakla yükümlü olacaklardır.
- ✓ Sağlık personeli yetiştiren özel okulların açılmasında bu okulların denetimi sağlanarak devlet okullarındaki standardın altına düşülmesi önlenecektir.

- ✓ Hekim istihdam eden çeşitli kurumların farklı ücret uygulamalarını önleyecek, hekimlerin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlayacak bir personel ve ücret politikası uygulanacaktır.
- ✓ Yoksunluk bölgelerinde çalışmanın maddi yönden çekiciliği korunacak, bu bölgelerde çalışanlara mesleklerinde ve diğer hizmetlerde avantajlar ve rotasyon imkânları sağlanacaktır. Üç tam gün çalışma ve sosyalleştirme programlarının uygulanmasını engelleyen hukuki güçlükler kaldırılacaktır.
- ✓ Çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesini sağlamak amacıyla sağlık mühendisi ve çevre sağlığı teknisyeni gibi teknik personelin yetiştirilmesine önem verilecektir.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde tıp fakültelerinin toplum içinde eğitim ve araştırma yapmaları hususu ele alınacak, bu çabalar desteklenecek ve tıp fakülteleri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının işbirliğine önem verilerek bu işbirliğinin her alanda gelişmesi sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.5).

#### **4.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)**

İnsangücü bölümünde yer alan, tüm yüksek öğretim yapanlara uygulanacak "yurt kalkınması hizmeti" hekimlerin yurt düzeyinde dengeli dağılımı amacına dönük bir sisteme bağlanacak ve Üçüncü Beş Yıllık Planın ilk yılı sonunda uygulamaya konulacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.5).

#### **4.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)**

Bu dönemdeki hedefler kısaca şu şekildedir; Sağlık politikası ilkelerine uygun olarak sağlık personeli yetiştiren kurumlarda, öncelikle, toplum sağlığı konularına ağırlık verilecek ve Sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsamı gerçekleştirildikten sonra standartların yükseltilmesi hedef alınacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.5-6).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın farklı bir yönü ise, üçüncü planda hedeflenen kişi başına düşen yatak sayısında indirim öngörmüş olmasıdır. Üçüncü planda, on bin kişiye düşen yatak sayısı 26 iken, dördüncü planda bu rakam 18.5 olarak belirlenmiştir. Diğer planlardaki kişi başına düşen yatak sayıları ve sağlık çalışanı sayılarına, anne-bebek ölüm verilerine planların bitiminde ulaşamadığı görüldüğünden, daha gerçekçi bir yaklaşım olacağı düşüncesi ile bu indirim öngörülmüştür denilebilir (Şener, 2005, s.45).



#### **4.5.Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**

Hedefler;

- ✓ Hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde her kademedede ihtiyaç duyulan insan gücünün yeterli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamı sağlanacaktır.
- ✓ Tıbbi cihaz israfının önlenmesi, bakım-onarım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesi sağlanacaktır. Bu personelin çeşitli dallarda yetişmesi için, orta kademedede teknik okullar ile YÖK, programlar başlatacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.6).

Piyasa ekonomisinin oldukça itibar gördüğü bir dönemde hazırlanan ve uygulamaya koyulan Beşinci BYKP ile önceki planlardan uzaklaşma ve ayrılma başlamıştır. Önceki planlarda yer alan hedeflerin ve izlenen stratejilerin değerlendirilmesi bu plandan itibaren göz ardı edilmiştir. Bu yaklaşım planlama geleneğinden kopmanın ilk işaretlerinden biridir (Şener, 2005, s.45). V. Plan yeterli kalite ve nicelik kavramlarını tanıtmıştır. Bu plan aynı zamanda özel sağlık hizmeti sunumuna ve satın alma hizmetlerine yöneltme açısından ilk plan olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2002, s.165).

#### **4.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)**

Hedefler;

- ✓ Etkin bir sağlık insan gücü eğitimi ve planlaması çalışmasına başlanacaktır. Serbest çalışanlar dâhil her kademedeki sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanarak geliştirilecektir. Personelin ve hizmetlerin yurt düzeyine dengeli dağılımını sağlayacak düzenlemeler yapılacaktır.
- ✓ Yardımcı sağlık personeli açığının giderilmesi amacıyla başlatılan tamamlama programları ihtiyaç duyulan yeni dallar ilave edilerek devam ettirilecektir.
- ✓ Tıp ve sağlık eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılacak, uzman açığı bulunan tıp dallarında uzmanlaşma teşvik edilecek, aile ve halk sağlığı ihtisas programları geliştirilerek devam ettirilecek, halk sağlığı okullarının kurulması çalışmaları başlatılacaktır. Kamuya ait hastaneler Tıp Fakülteleri öğrencilerinin yetiştirilmesine açık tutulacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.6).

VI. Plan daha önceki planlarda olduğu gibi sağlık personeli sayısının artırılmasını getirmiş, ancak aynı zamanda eğitim ve sürekli gelişime de vurgu yapmıştır. İlk defa ikinci planda değinilmiş olan, Halk Sağlığı Okulu'nun kurulması sürecinin başlatılması planlanmıştır. Aile hekimlerinin yetiştirilmesini vurgulamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2002, s.165).

#### **4.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**

Hedefler;

- ✓ Sağlıkta kaynaklarının etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem, finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır.
- ✓ Sağlık insan gücünün bölgeler arası ve kırsal-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insan gücü planlaması yapılacaktır. İş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecek, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilecektir.
- ✓ Ülke şartlarına uygun sağlık insan gücü yetiştirmek amacıyla, eğitim müfredat programları gözden geçirilecek, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim kurumsallaştırılacak, sağlık insan gücünü yetiştiren ve kullanan kurumların birlikte temsil edileceği sürekli bir izleme sistemi geliştirilecektir. İhtiyaç duyulan yeni tip sağlık insan gücünün yetiştirilmesi için düzenlemeler yapılacaktır (Sağlık Bakanlığı, 1996, s.8).

VII. Plan insan kaynağının gerek kentsel gerek kırsal kesimdeki, gerek coğrafi bölgeler arasındaki dağılımının düzensiz olduğuna işaret etmiştir. Plan aynı zamanda iş yüküne dayalı planlama ve çalışanların rolleri ve sorumluluklarının tanımlanması ihtiyacına dikkati çekmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2002, s.165).

#### **4.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**

Bu dönemde sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir (DPT, 2000, s.85). Geçmiş Beş Yıllık Kalkınma Planlarında tüm fakülte ve yüksekokullarda asgari standartların sağlanması öngörülmüştü ancak uygulanamadı. Sayıların hızla artması çok yönlü sakıncalar yanında eğitimde nitelik farklılığını da yaratmıştı. Bu nedenle, VIII. BYKP'de standardizasyon sağlanmalıdır (DPT, 2001, s.163).

1994-1995 öğretim yılında 25 olan tıp fakültelerinin sayısı, 1998-1999 öğretim yılında 46'ya yükselirken, aynı dönemde yeni kayıt olan öğrenci sayısı 5.087'den 4.514'e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarını azaltmasından kaynaklanmıştır. Yeni tıp fakülteleri kurulması yerine mevcut tıp fakültelerinin eğitim, araştırma, insan gücü ve altyapı bakımından güçlendirilerek yeni kayıt olan öğrenci kontenjanlarında azalmanın önlenmesi ve etkili bir insan gücü planlaması yapılması ihtiyacı önemini korumaktadır (DPT, 2000, s.86).

Avrupa Birliği insan gücü normları, sağlık sisteminin yapılanması ve eğitim kurumlarının altyapı imkânları dikkate alınarak tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanları yeniden belirlenecektir. Sağlık ve eğitim personeli sayısı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılması ihtiyacı önemini korumaktadır. Eğitim ve sağlık personeli sayı ve nitelik olarak geliştirilecek ve dengeli dağılımı sağlanacaktır (DPT, 2000, s.88-90).

#### **4.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı(2007-2013)**

Dokuzuncu Kalkınma Planı, AB'ye üyelik sürecine katkı sağlayacak temel strateji dokümanı olarak tasarlanmıştır. Bu nedenle Plan dönemi AB mali takvimi dikkate alınarak 2007-2013 yıllarını kapsayacak şekilde 7 yıllık olarak belirlenmiştir. Plan, Bakanlar Kurulu'nca benimsenen strateji esas alınarak Devlet Planlama Teşkilatı'nın koordinasyonunda tüm kamu kurum ve kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanmıştır. Planın hazırlanmasında çok geniş bir alan yelpazesine sahip 57 adet Özel İhtisas komisyonu (ÖİK) oluşturulmuş, söz konusu komisyonlara kamu kesimi, özel ve üniversite kesiminden 2252 kişi katılmıştır (DPT, 2006, s.2).

Dokuzuncu Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin önemli göstergeleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarında iyileşmeler öngörülmektedir. Bununla birlikte, bu dönemde yapılacak kontenjan artışının etkisinin ancak bir sonraki plan döneminde görülebilecek olması nedeniyle, hekim başına nüfus konusundaki iyileşme sınırlı kalacaktır (DPT, 2006, s.63). Dokuzuncu planda sağlık hizmetleri ile ilgili hedefler şu şekildedir:

**Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Hedefler**

	2006	2013
Hekim Sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültesine Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Nüfus	372	335

**Kaynak:** DPT, 2006, s.63

## 5. Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirttiği gibi, sağlık insan gücü planlaması önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli insan sayısını ve bu insanların gereksinim duyacağı bilgi, beceri ve niteliklerini tahmin etme sürecidir. Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması genellikle makro düzeyde DPT tarafından yapılmaktadır. Burada bina, derslik vb. fiziki altyapı ihtiyacı ve öncelikle hekim ve hemşire olmak üzere diğer sağlık insan gücü ile ilgili projeksiyonlar yapılmaktadır. Daha sonra Batıyla ve nüfus tahminleri ile kıyaslamalar yapılmakta ve genellikle doktora ve en çok da yatağa endeksli makro düzeyde, sayısal olarak sağlık insan gücü planlaması yapılmaktadır. Sağlık insan gücü için gerekli bilgi, beceri ve niteliklere yönelik planlama yapılmamaktadır.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yapılırken sağlık sistemi içerisinde yer alan “tarafklar” dikkate alınmamaktadır. Genellikle doktor, hemşire, eczacı dış hekim ve sağlık memuru olmak üzere beş mesleği öngören planlar yapılmaktadır. Günümüzde ise sağlık hizmetleri bir sistem içerisinde yürütülmektedir. Bu sistem içerisinde ise birbiri ile devamlı bir etkileşim içinde bulunan “Taraflar” (hizmeti sunanlar, alanlar, hizmeti planlayanlar, finanse edenler, sağlık insan gücü, araçlar, eğitim vb.) yer almaktadır. Bu yüzden planlama yapılırken bu tarafların da dikkate alınması gerekmektedir.

Ülkemizde DPT ve Sağlık Bakanlığı arasında ise gerekli ve yeterli işbirliği bulunmamaktadır. DPT makro düzeyde plan yaparken, Sağlık Bakanlığı sadece hizmet sunumu ile ilgilenmektedir. Fakat burada önemli bir soru mikroya inmeden makro planlamanın nasıl yapılacağıdır. Makro düzeyde yapılan planların gerçekçi olması için mikro düzeyde de planlar yapılmalı ve bunu da Sağlık Bakanlığı yapmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve DPT işbirliği içinde olmalıdır. Gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı mikro planlama yapmak için düzenlemeler yapmakta ve bu kapsamda işyüküne dayalı bir planlama yapmayı öngörmektedir. İşyüküne dayalı planlama yöntemi, talebi dikkate alır, işgücünün ne yaptığını ortaya koyar ve şimdiki durumu görmesi iyi tarafıdır. Fakat bu yöntemde hedefe göre ve kapasitenin tam kullanılıp kullanılmadığını hesaba katmadan projeksiyonların yapıldığı durumlar bulunmaktadır. Bu yöntemi uygularken bu durumlar göz önüne alınmalıdır.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması büyük ölçüde nüfusa dayalı olarak yapılmakta, fakat ihtisas alanlarına yönelik planlama yapılmamaktadır. Oysaki tıpta teknolojinin de katkısı ile büyük ilerlemeler kaydedilmiş ve tıpla ilgili hemen hemen her alanda uzmanlaşma sağlanmıştır. Örneğin branş hemşireliği ülkemizde gerçekleşmesi gereken önemli bir ihtiyaçtır. Bu nedenle her branş ayrı ayrı planlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı bu anlamda mikro planlar yapmalı ve ihtisas alanlarını planlarken eğitim kurumları ile işbirliği yapmalıdır.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yapılırken dünyada uygulanan diğer yöntemler dikkate alınmamaktadır. Bildiğimiz gibi dünyada ihtiyaç, talep, hedef ve nüfus-insan gücü oranı olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır. Yalnızca bir yöntemin iyi olduğunu söylemek mümkün değildir. Her birinin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu yüzden planlama yaparken bütün yöntemler bir arada düşünülmelidir.

Ülkemizin bugünkü ve gelecekteki sağlık ihtiyaçları belirlenmeli, talep araştırması yapılmalı ve hedefler ortaya konarak birbiriyle bütünleşik değerlendirilmelidir. Ayrıca tüm bunları yapacak sağlık planlayıcıları ve yöneticileri yetiştirilmelidir. İhtiyaçlar belirlenirken nüfusun özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Toplumun sağlık ihtiyaçları epidemiyolojik hızlar, yapılmış hastalık yükü çalışmalar ve üniversitelerin yaptıkları araştırmalar vb. kullanılarak ortaya konulabilir. Belirlenen ihtiyaçlarla talep edilen ihtiyaçlar uyuşmayabilir. Çünkü talep yöntemi mevcut duruma göre plan yapmayı öngörür. Bu yüzden ihtiyaçlar belli bir süreye bölünmeli ve kısa vadede talepler karşılanmaya çalışılmalıdır. Uzun vadede ise toplumu bilinçlendirmeli ve ihtiyaçları hissettirecek çalışmalar yapılmalı ve buna uygun planlar yapılmalıdır. Hedefler ortaya konmalıdır. Hedef yöntemi bir vizyon oluşturmak açısından önemlidir.

Sonuç olarak Türkiye’de etkili bir sağlık insan gücü planlaması yapıldığını söylemek mümkün değildir. Sadece nüfusa kısmen de hedefe yönelik sağlık insan gücü planlaması yapılmakta ve diğer yöntemler birlikte kullanılmamaktadır. Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yaparken ne (amaç ve hedef), nasıl (yöntem), niçin (gerekçe), neyle (kaynak=para, fiziki altyapı, insan gücü, bilgi, zaman vb.), ne sürede ve ne zaman (uygulama) ve kim tarafından sorularına cevap aranmalıdır. Bu soruları dikkate alan ve bunlara cevap verebilecek şekilde yapılan bir planlama daha gerçekçi ve başarılı olacaktır.

## Kaynakça

- Dikmetaş, Elif; İnan, Nesrin (2000), “Sağlık İnsangücü Planlaması”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) (1963), Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim Tarihi: 20.03.2012
- DPT (1968), İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>, Erişim Tarihi: 20.03.2012
- DPT (2000), Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara
- DPT (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT: 2561 - ÖİK: 577 DPT, Ankara [http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik\\_577.pdf](http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik_577.pdf) , Erişim Tarihi: 20.03.2012
- DPT (2006), Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), Resmi Gazete: 26215, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf>, Erişim Tarihi: 20.03.2012
- Hall, Thomas; Mejia, Alfonso (1978), *Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues*, World Health Organization, Geneva, [http://whqlibdoc.who.int/publications/924154130X\\_%28ch1-ch6%29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/924154130X_%28ch1-ch6%29.pdf), Erişim Tarihi: 12.02.2012
- İşlek, Nuray (2005), Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İşyükü Analizine Dayalı İnsangücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
- Kavuncubaşı, Şahin; Yıldırım, Selami (2010), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara.
- Kılıç, Mustafa; Tunç, Şebnem (2004), “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, *Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:1, Ankara
- Kolehmainen-Aitken, Riitta-Liisa (1993), *Human Resources Planning: Issues and Methods*, Department of Population and International Health Harvard School of Public Health Boston, Massachusetts,

<http://sphweb.sph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-1.PDF>, Erişim Tarihi: 12.02.2012

O'Brien-Pallas, Linda; Birch, Stephen; Baumann, Andrea; Murphy, Gail Tomblin (2001), *Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning*, Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) Vol. 5 No. 1 – 3, [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_5\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_5_02.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2012

Özsarı, Salih Haluk (1994), Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması: Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

Sağlık Bakanlığı (1996), Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı (2002), Mevcut Durum Raporu Sağlık Reformu Projesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı; Yüksek Öğretim Kurulu (2008), Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Yayın No:739, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sönmez, Azize (1991), Hastanelerde İnsangücü Planlaması ve Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Servisindeki Uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

Şener, Olgun (2005), Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu, Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.