

Derleme

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI: SOSYAL HİZMET UZMANLARINA YÖNELİK BİR DURUM ANALİZİ

Manpower Planning in Health Sector: An Analysis Concerning Social Workers

Selami YILDIRIM*
Vedat IŞIKHAN**

* Doç.Dr., Azerbaycan Devlet İktisat Üniversitesi
Öğretim Üyesi
** Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F.
Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Sağlık insan gücü planlaması; makro 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. Bu çalışmada sağlık alanında insan gücü planlaması kapsamında ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının genel durumu incelenmiş ve sağlık alanında önemli rol ve fonksiyonlar üstlenen sosyal hizmet uzmanlarının

istihdamlarına yönelik bir değerlendirme yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Sağlık insan gücü planlaması, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sosyal hizmet*

ABSTRACT

Manpower planning in health is a process which includes macro planning, manpower supply, need, range, staff standards, role definitions, specifying of mission needs and establishing of audit structure of all related above. General situation of social workers who work in institutions of Ministry of Health is assessed in the context of manpower planning in health field in this study. Also an assessment has been realized on employment of social workers who play an important role and functions in field of health.

Key Words: *Manpower planning in health, medical social work, social work, social worker.*

GİRİŞ

Sağlık kavramı göreceli bir kavramdır. Bireyden bireye, toplumdaki topluma, bölgeden bölgeye ve bulunulan sosyo-ekonomik duruma göre tanımlanması da farklılık göstermektedir. Sağlık, hasta ya da sakat olmama durumu olarak tanımlansa da en geçerli ve kapsayıcı tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı tanımdır. Buna göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" denilmektedir (WHO, 1981: 20). Sağlıklı olmanın yanısıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir.

İnsanların sağlığının elde edilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve

hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapı sağlık sektörü ve sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı, toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir topluma ulaşmaktır (Temur ve Bakırcı, 2008: 261-282).

Bir ülkenin en değerli sermayesi olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılabilmesi için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler, kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadır. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir.

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri. İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara, tütün, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetlerdir.

Rehabilitasyon hizmetleri ise, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon odağında, bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların bağımlı olmadan kendi kendilerine yeterli olarak yaşayabilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir (Orhaner, 2006: 3).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde çok önemli sorumluluğu bulunmaktadır. Sosyal hizmet; insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde problem çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir.

Tıbbi sosyal hizmet "kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür" (Duyan, 2003: 39-44).

Fiziksel hastalıkların sosyal ve duygusal bileşenlerinin tedavisi, tıp alanında büyük gelişmeler olmasına rağmen henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiştir. Sosyal hizmet sağlık alanına katkı veren bir çok hizmetten sadece birisidir. Tıbbi sosyal hizmet; fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet çalışmalarını ifade etmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı ortak amaçları sağlığı korumak ve (yeniden) düzeltmek

olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalışır. Sosyal hizmet uzmanı bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Sağlık konusu ele alındığında insan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları olduğu; dolayısıyla, hastalığın tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulanmakta ve burada tıbbi sosyal hizmet uzmanı birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamakla görevlidir.

Hastalıkları doğru teşhis ve tedavi etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tıp elemanlarının hastalığa yol açan fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik faktörler arasında ilişki üzerinde odaklaşmalarını zorunlu hale getirmiştir. Dolayısıyla sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışmaları da bu yönde yapılmıştır. Tıbbi sosyal hizmetin odağında sosyo-ekonomik koşullar, sosyal destek ve sosyal sorunlar bulunmaktadır. Yukarıda sıralanan üç faktör sosyal, fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmakta ve sosyal, fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesine engel olmaktadır. Bu da sağlığın bozulmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinin azalması sonucunda ortaya belli bir stres çıkmaktadır. Bu stresin ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hastalıklara psikososyal açıdan yaklaşmaktadır (Duyan, 2003: 39-44).

Aşağıda ülkemizde sağlık alanındaki sosyal hizmet sunumunda sosyal hizmet uzmanlarının istihdamına yönelik bir durum analizi yapılmıştır. Ancak

daha önce; sağlık insangücü planlamasının tanımı ve önemi, planlamanın aşamaları, planlama çabalarındaki başarıyı etkileyen etmenler, Türkiye'de sağlık sektörünün mevcut durumu incelenmiştir.

Sağlık İnsangücü Planlamasının Tanımı ve Önemi

Kamu ve özel sektörde, her çeşit sağlık hizmetini üreten insan gücünün tümü olarak tanımlanan sağlık insan gücü, literatürde çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yayınladığı insan gücü istatistiklerinde sağlık insan gücünü 29 başlık altında toplamıştır. 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 sınıflandırılmıştır. Bunlar; kişiye yönelik hizmet sunanlar (hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, fizyoterapist, diyetisyen vb.), çevreye yönelik hizmet sunanlar (sağlık mühendisi, çevre mühendisi, veteriner, çevre sağlığı teknisyeni vb.), laboratuvar personeli (mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patoloj, sağlık fizikçisi vb.), sağlık alanında uzmanlaşmış destek personeli (hastane idarecisi, tıbbi sekreter, istatistik uzmanı, sağlık eğitimcisi vb.) genel hizmetlerde çalışanlar (daktilograf, şoför vb.) (İşlek, 2005: 12).

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu'nda (1996: 3) 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 etkileşim zincirinden oluşmaktadır. Mevcut durum analizi, gerekli veri tabanının oluşturulması ve projeksiyonların hazırlanması, strateji ve politikaların geliştirilmesi bu sürecin önemli aşamalarıdır.

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 insangücü, "kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamı"nın ifade etmektedir. Sağlık insangücü planlaması ise *"topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzenli bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesi"* olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hareketle sağlık insangücü planlaması; toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek, coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel özellikler ile maliyet / etkin sağlık hizmeti sunumu arasındaki orana dikkate alınarak sağlık hizmeti sunacak insangücünün planlanması, istihdamı ve yönetimi olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun (herkese ve ihtiyaç duyduğu

anda) verilebilmesi için, bu hizmetleri yürütecek sağlık insangücünün, çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmış olarak sağlık sorunlarını takım anlayışı içinde çalışarak çözebilecek şekilde evrensel niteliklere ve ülke gerçeklerine göre yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında dengeli bir şekilde planlanması ve istihdam edilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı ve YÖK, 2010).

Geleceği ya da yarını planlayan sağlık kurumları, insan gücü planlamasına ayrı bir önem vermek zorundadır. İnsan gücünün maliyeti, sosyal ve politik değişim, tıp bilimindeki ilerlemeler, sağlık kurumlarındaki personelin nitelik ve nicelik yönünden yetersizliği, bilgi üretimindeki ve teknolojiye bağlı artış hızı kurumları insan gücü planlamasına yöneltmektedir. Rekabet gücünün ana unsurlarından olan insangücü, doğru bir şekilde planlanmalı ve niteliği hızla geliştirilmelidir. Bu insangücünün, iş hayatı paralelinde sürekli eğitimleri desteklenmeli ve devam ettirilmelidir.

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılar nitelikte olabilmesi için, insangücü planlamasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bugün sahip olduğumuz iş gücü, geçtiğimiz yıllarda pek çok kişi ya da kuruluşça alınan, büyük ya da küçük ölçüdeki kararlar doğrultusunda sürdürülen planlama çabaları sonucunda oluşmuştur. Ülkemizde sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının kamu kaynakları ile yetiştirilip devlet imkânları dâhilinde istihdam edilmesi nedeniyle, bu planlama çalışmaları önemli ölçüde kamu tarafından yapılmıştır.

Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların yapılması, sistemin üretkenliğini azaltmakta, işleyişini ciddi olarak bozmakta, maliyeti arttırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmaktadır. Tüm bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir. Bu gerekçeler göz önüne alındığında, gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insangücü planlarının yapılması bir zorunluluk haline gelmektedir.

Sağlık İnsangücü Planlamasının Aşamaları

Dünya Sağlık Örgütü (2000)'ne göre insangücü planlaması şu aşamalarda gerçekleştirilir:

1. Halen mevcut insangücü ve hizmetlerle ilgili sağlık insangücü durum raporu
2. Gelecekteki insangücü arzı
3. İnsangücü ihtiyaçları (sayı, nitelik ve dağılım)
4. Arzla ihtiyaçlar arasındaki uyumsuzlukların tespiti
5. Uyumsuzlukların giderilmesi
6. Örgütsel ve yönetsel problemler
7. İnsangücü stratejisi ve taslak plan
8. Ayrıntılı sağlık insangücü geliştirme planı
9. Uygulama ve izleme/denetim

Sağlık İnsangücü Planlama Çabalarındaki Başarısızlığın Nedenleri

Dünya'da ve ülkemizde bugüne kadar etkili ve gerçekçi bir insangücü planlamasının yapıldığını söyleyebilmek pek

de mümkün değildir. Ülkemizde yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, çeşitli sebeplerden dolayı net bir sonuç alınamamıştır. Dünya'da da birçok ülke, sağlık insangücü planlaması çabası içinde olmuştur. Yapılan bu çalışmalar, kimi zaman sonuçlandırılmamış ya da sonuçlandırılmasına rağmen iyi uygulanamamıştır. Bunun nedenlerini kısaca şu şekilde ifade etmek mümkündür (Sağlık Bakanlığı ve YÖK, 2010):

1. Makro planlarla, mikro planların örtüşmemesi
2. İnsangücü arzı, kayıpları, özel sektör dağılımı, hizmet çıktıları gibi bir takım verilerin sağlıklı olmaması
3. Planlamaların kısa süreli ve krizleri atlama çabasıyla yapılması, krizin geçmesiyle planlamayla ilgili destek ve kaynakların ortadan kalkması
4. Hükümetlerin kısa sürede değişimleri ve buna bağlı önceliklerin değişmesi
5. Enflasyon dalgalanmaları ve ekonomik krizlere bağlı bütçe kısıtlamaları ve bunun istihdama yansması
6. Plan dokümanı ile plan süreci arasında sağlıklı bir dengenin kurulamaması
7. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki karar organları arasındaki irtibatın ve etkileşimin zayıflığı.

Aynı raporda, sağlık insangücü planlamasının başarılı olabilmesi, planlama sürecinde ve uygulamada ortaya çıkacak sorunların üstesinden gelinebilmesi için şu önemli noktaların planlamasının her aşamasında dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır:

1. Kurum ve kuruluşlar arası işbirliğinin sağlanması
2. Planlamaya esas teşkil edecek güvenilir veri bankası oluşturulması
3. Planlamada uygulanacak yöntemin uygunluğunun tartışılması
4. İnsangücü tahmin modellerinin ulusal ve bölgesel gerçeklere uygunluğunun test edilmesi
5. Sağlık insangücü kategorilerinin birlikte birbiriyle ilişkili biçimde planlanması
6. Çok sıkı bir şekilde olmasa da planlamanın ülkenin genel sağlık politikasına uygunluğunun sağlanması
7. Planın uygun değişikliklerle sık sık güncellenmesi
8. Projeksiyonların makul ve mantıklı olup olmadığının test edilmesi
9. Projeksiyonların uzun vadeli, uygulamanın ise kısa vadeli yapılması.

Türkiye’de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu

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 düşüncesini hakim kılmıştır. 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.

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56.maddesi sağlık ile ilgili “*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir*” demektedir (T.C. Anayasası, 1982: m.56).

Ülkemizde vatandaşlar, sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilmektedir. Türkiye’de sağlık sektörü; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır.

Türk sağlık sisteminin başlıca hedefleri; sağlık statüsünü iyileştirmek, ulaşılabilirliği ve verimliliği arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bugün bir çok ülkede sağlık sektörü önemli ölçüde kaynak kıtlığı ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri yöneticileri mevcut kaynakları olabildiğince verimli ve etkili bir biçimde kullanmalıdır. Kaynakların optimal kullanılabilmesi, kaynak akışı ile

kaynakların sağlık hizmetlerinin kalite ve performansı üzerindeki etkisi hakkında açık ve doğru bilgiyi gerektirir. Örneğin; sağlığa ayrılan kaynak 2014 yılında 2013 yılına göre yüzde 11 oranında artışla 75 milyar liraya çıkmıştır. Böylece 2002'den bu yana kamu sağlık harcamaları yaklaşık 6 kat arttığı görülmektedir.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalar 1923'lerde Refik Saydam dönemine kadar 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: 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: 114).

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), 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: 2). Bu plan doğrultusunda yıllar itibarıyla sağlık personelinin sayısal durumu Tablo 1'de sunulmuştur:

Tablo 1'de görüldüğü gibi, yıllar itibarıyla sağlık personelinin sayısı giderek artmaktadır. Nüfusumuz gittikçe artmaktadır. Doğal olarak sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan nüfus ve bu nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık personel sayısı da artacaktır. Artan nüfusun özellikleri belirlenerek insangücü planlamasının tasarlanması gerekmektedir. Örneğin; yaşlı nüfusumuzun gittikçe arttığı düşünüldüğünde gelecekte demans, alzheimer ve diğer kronik hastalıkların tedavisinde gerekli profesyonelin nicelik ve niteliğinin şimdiden belirlenmesi büyük önem arz etmektedir.

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: 63). Dokuzuncu planda sağlık hizmetleri ile ilgili hedefler şu şekildedir:

Tablo 2'de ülkemizde bölgelerdeki dengesiz dağılım düşünüldüğünde hekim yetiştiren fakültelerin yeni kayıt

Tablo 1. Sağlık Personelinin Sayıları, Türkiye 2009-2011

Yıllar	2009	2010	2011
Toplam personel	609.900	634.496	670.092
Toplam hekim	118.641	123.447	126.029
Uzman hekim	60.655	63.563	66.064
Pratisyen hekim	35.911	38.818	39.712
Asistan hekim	22.075	21.066	20.253
Hemşire	105.176	114.772	124.982
Ebe	49.357	50.343	51.905
Dişhekimisi	20.589	21.432	21.099
Eczacı	25.201	26.506	26.089
Diğer Sağlık Personeli	93.550	99.302	110.862
Diğer Personel ve hizmet alımı	197.386	198.694	209.126

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [MSB'ye bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışan sağlık personeli sayıları dahil değildir]. Sosyal hizmet uzmanları bu sınıflamada diğer sağlık personeli grubunda değerlendirilmiştir.

sayıları ve hekim sayısının artırılması hedeflenmiş yine yatak sayısının ülke genelinde yükseltilmesi öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından hazırlanan *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü*

Durum Raporu 2010 adlı raporda sağlık personeline yönelik bazı saptamalar yapılmıştır:

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

Yıllar	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

büyük önemi vardır. Bu nedenle sağlık alanında çalışan personelin sayısı, eğitimi, eğitim aldığı mekân ve hizmet verdiği birimler büyük önem taşır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için sağlık personelinin yeterli sayıda ve çağdaş kıstaslara göre yetiştirilmesi ve iyi bir planlama ile ülke çapında dengeli bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır.

2010 yılı içinde yeni kurulanlarla birlikte tıp fakültesi sayısı 74'e ulaşmıştır. Bunlardan 61'inde tıp doktorluğu, 53'ünde de tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı 61 eğitim ve araştırma hastanesinde de tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Ayrıca Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'na bağlı sağlıkla ilgili toplam 257 fakülte ve yüksekokul bulunmaktadır. Diğer taraftan Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı toplam 283 adet de sağlık meslek lisesi mevcuttur.

Türkiye'de halen 31.978'i pratisyen, 58.258'i uzman ve 20.975'i tıpta uzmanlık eğitimine devam eden olmak üzere toplam 111.211 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 63.622'si Sağlık Bakanlığında, 25.015'i üniversitelerde ve 22.574'ü özel sektörde çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve YÖK, 2010).

Sağlık Sektöründe Sosyal Hizmet Uzmanlarının (Sosyal Çalışmacı) Durumu

Sosyal hizmet uzmanları, uzun yıllardan bu yana Sağlık Bakanlığı'nda sosyal çalışmacı kadrolarında istihdam edilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, yine hazırlanan bu raporda, hekim, diş hekimi ve eczacı dışındaki sağlık personeli kapsamında değerlendirilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının kurumlar itibarıyla sayısal dağılımı Tablo 3' de yer almaktadır.

Tablo 3'de görüldüğü gibi; 2010 yılı itibarıyla sağlık sektöründe çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı toplam 582'dir. Bunun büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığında (507); 66'sı üniversitelerde ve 9'u özel sektörde (hastaneler vb sağlık kuruluşları) çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği'nden alınan son verilere göre ülkemizde bulunan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı, görev yaptıkları iller ve sosyal hizmet uzmanı başına düşen nüfus oranları Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4'de görüldüğü gibi ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının üç büyük ilimizde

Tablo 3. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Kurumlar İtibarıyla Sayısal Dağılımı (2010: 106)

UNVAN	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	100.000 Kişiye Düşen *
Sosyal Çalışmacı	507	66	9	582	0,80

* Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) göre Türkiye nüfusu 31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla 75.627.384 kişidir.

yoğunlaştığı görülmektedir. Ankara'da 112, İstanbul'da 80 ve İzmir'de 35 sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. Bunu diğer büyük iller izlemektedir. Nüfus artış hızının yüksek olduğu bölgelerde sosyal hizmet uzmanlarına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle göç ve gecekondulaşma süreçlerinin hala hızlı bir şekilde yaşandığı illerde, sosyal hizmet uzmanlarının arabuluculuk, eğitim, danışmanlık rollerini ön plana çıkararak gelen müracaatçıların ihtiyaçlarını çözmesi gerekir. Ülkemizde 47'ye

yakın sosyal hizmet uzmanı yetiştiren bölüm bulunmaktadır. Bu bölümlerden de her yıl ortalama 300'e yakın sosyal hizmet uzmanı mezun olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı başına düşen nüfus incelendiğine ise, Ankara'da 44.335 kişiye bir sosyal hizmet uzmanı düşerken Yozgat ilinde 453.211 kişiye bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir. Bu rakamlar incelendiğinde ya da AB ülkeleriyle karşılaştırıldığında sayının yetersizliği kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Tablo 4. Sağlık Bakanlığında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının İllere Göre Dağılımı ve Sosyal Hizmet Uzmanı Başına Düşen Nüfus

İller	Sosyal Çalışmacı Sayısı	Yüzde	İl Nüfusu	Sosyal Hizmet Uzmanı Başına Düşen Nüfus (2012)
Ankara	112	16,89	4.965.542	44.335
İstanbul	80	12,07	13.854.740	173.184
İzmir	35	5,28	4.005.459	114.442
Konya	21	3,17	2.052.281	97.728
Adana	19	2,87	2.125.635	111.876
Bursa	18	2,71	2.688.171	149.343
Antalya	17	2,56	2.092.537	123.090
Diyarbakır	15	2,26	1.592.167	106.144
Hatay	15	2,26	1.483.674	98.912
Gaziantep	13	1,96	1.799.558	138.428
Manisa	13	1,96	1.346.162	103.551
Mersin	12	1,81	1.682.848	140.237
Samsun	12	1,81	1.251.722	104.310

Van	12	1,81	1.051.975	87.665
Aydın	11	1,66	1.006.541	91.504
Kocaeli	11	1,66	1.634.691	148.608
Balıkesir	10	1,51	1.160.731	116.073
Muğla	9	1,36	851.145	94.572
Trabzon	9	1,36	757.898	84.211
Elazığ	8	1,21	562.703	70.338
Eskişehir	8	1,21	789.750	98.719
Malatya	8	1,21	762.366	95.296
Kahramanmaraş	8	1,21	1.063.174	132.897
Sakarya	8	1,21	902.267	112.783
Çorum	7	1,06	529.975	75.711
Isparta	7	1,06	416.663	59.523
Kayseri	7	1,06	1.274.968	182.138
Kütahya	7	1,06	573.421	81.917
Şanlıurfa	7	1,06	1.762.075	251.725
Adıyaman	6	0,90	595.261	99.210
Mardin	6	0,90	773.026	128.838
Bolu	5	0,75	281.080	56.216
Çanakkale	5	0,75	493.691	98.738
Afyonkarahisar	4	0,60	703.948	175.987
Burdur	4	0,60	254.341	63.585
Denizli	4	0,60	950.557	237.639
Edirne	4	0,60	399.708	99.927
Erzurum	4	0,60	778.195	194.549
Giresun	4	0,60	419.555	104.889
Kastamonu	4	0,60	359.808	89.952
Niğde	4	0,60	340.270	85.068

Tablo 4. Sağlık Bakanlığında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının İllere Göre Dağılımı ve Sosyal Hizmet Uzmanı Başına Düşen Nüfus (Devam)

İller	Sosyal Hizmet Uzmanı Sayısı	Yüzde	İl Nüfusu	Sosyal Hizmet Uzmanı Başına Düşen Nüfus (2012)
Ordu	4	0,60	741.371	185.343
Tokat	4	0,60	613.990	153.498
Zonguldak	4	0,60	606.527	151.632
Kırıkkale	4	0,60	274.727	68.682
Batman	4	0,60	534.205	133.551
Ağrı	3	0,45	552.404	184.135
Kırşehir	3	0,45	221.209	73.736
Muş	3	0,45	413.260	137.753
Rize	3	0,45	324.152	108.051
Siirt	3	0,45	310.879	103.626
Sivas	3	0,45	623.535	207.845
Uşak	3	0,45	342.269	114.090
Aksaray	3	0,45	379.915	126.638
Karaman	3	0,45	235.424	78.475
Bartın	3	0,45	188.436	62.812
Karabük	3	0,45	225.145	75.048
Osmaniye	3	0,45	492.135	164.045
Amasya	2	0,30	322.283	161.142
Artvin	2	0,30	167.082	83.541
Bingöl	2	0,30	262.507	131.254
Erzincan	2	0,30	217.886	108.943

Hakkâri	2	0,30	279.982	139.991
Sinop	2	0,30	201.311	100.656
Tekirdağ	2	0,30	852.321	426.161
Tunceli	2	0,30	86.276	43.138
Şırnak	2	0,30	466.982	233.491
Yalova	2	0,30	211.799	105.900
Düzce	2	0,30	346.493	173.247
Bilecik	1	0,15	204.116	204.116
Bitlis	1	0,15	337.253	337.253
Çankırı	1	0,15	184.406	184.406
Gümüşhane	1	0,15	135.216	135.216
Kars	1	0,15	304.821	304.821
Kırklareli	1	0,15	341.218	341.218
Nevşehir	1	0,15	285.190	285.190
Yozgat	1	0,15	453.211	453.211
Bayburt	1	0,15	75.797	75.797
Ardahan	1	0,15	106.643	106.643
Iğdır	1	0,15	190.409	190.409
Kilis	1	0,15	124.320	124.320
Toplam	663			

- Sosyal hizmet uzmanları ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nda özellikle sosyal servis, klinik ve hasta hakları birimlerinde görevlendirilmektedir. Bilindiği gibi Türkiye'de hasta haklarına ilişkin ilk yapılan yasal düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Bu yönetmelik, 1998 yılında

yürürlüğe girmiş ve hastanelerde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarına önemli sorumluluklar vermiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği, günümüzde geçerliliğini korumakta olup, hasta haklarına ilişkin kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan çalışmalar bu

yönetmelik hükümlerine göre yürütülmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, ülkemizde 2010 yılında 820 hastane bulunmakta ve bunların 740'ında hasta hakları birimi kurulmuştur (Aydemir, 2010). Bu 740 hastanenin hasta hakları birim sorumlularına bakıldığında büyük bir kısmının hemşire olduğu, (n: 281; %50,9) %14,3'nün ise (n: 79) sosyal hizmet uzmanı olduğu saptanmıştır. Çok önemli hizmetlerin sunulduğu hasta hakları biriminde görevlendirilen sosyal hizmet uzmanı sayısının yetersiz olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı ve psikolog sayısının yetersiz olması nedeniyle bu personel yerine hemşire ve diğer meslek elemanları birim sorumlusu olarak atanmaktadır. Esas olan yönergede de belirtildiği gibi sosyal hizmet uzmanı ve psikolog gibi meslek elemanlarının birim sorumlusu olarak çalışmasıdır. Ancak her hastanede bu meslek elemanlarının bulunmaması veya sayılarının yetersiz olması nedeniyle diğer meslek elemanlarından birim sorumlularının atanması da kaçınılmaz olmaktadır. Hasta hakları birim sorumlularının yönergede ifade edilen nitelikleri taşıyan kişilerden oluşmadıkları ve başka diğer mesleklerden de görevlendirildiklerini araştırma sonuçları ile ortaya çıkmıştır. Bu durumun uygulamanın etkinliğini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle yönergede ifade edilen nitelikleri taşımayan birim sorumluları atanmamalıdır.

- Sosyal hizmet uzmanları Sağlık Bakanlığı'nda genel merkez ve

taşra teşkilatında, yönetici, planlayıcı, araştırmacı ve uygulayıcı rollerini yerine getirmektedir. Bu doğrultuda; Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, AÇSAP'larda görev yapmaktadır. Ancak bu birimlerde görevlendirilen sosyal hizmet uzmanı sayılarının da yetersiz olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Hedefler

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları; hastaların psiko-sosyal ve fiziksel iyilik halinin yükseltilmesi; hastaların bakım hizmetlerinden uzun veya kısa vadede maksimum oranda yardım almalarının sağlanması ve temel koşullarının iyileştirilmesi; hastaların zihinsel veya fiziksel hastalıklardan korunması; hastaların psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının artırılması, özür veya hastalığın duygusal sosyal etkilerinin azaltılması ve etik sorumluluğun geliştirilmesi ve yerleştirmesini amaçlamaktadır.

Ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının büyük ölçüde hastane ortamında gerçekleştiriliyor olması önemli bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmetin kapsamı içinde yer alan koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla yapılacak çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları özellikle müracaatçı gruplarıyla etkin çalışmalarını Aile Sağlığı Merkezleri, Klinikler, Sosyal Servisler ve Toplum Odaklı Ruh Sağlığı Merkezlerinde yerine getirmektedir.

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.

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması genellikle makro düzeyde Kalkınma Bakanlığı 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 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 sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki planlaması yapılırken sosyal hizmet mesleğinin en önemli tarafları olan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ve Sosyal Hizmette Birlik Derneği ile mutlaka işbirliği içine girilmeli,

Derneklerin görüş ve önerileri il ve bölge planlaması yapılırken mutlaka dikkate alınmalıdır.

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.

Özetle, 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. Özellikle Sağlık Bakanlığının en küçük

birimi olsa dahi planlama yapılırken sosyal hizmet uzmanlarının ayrı bir başlık altında amaç, hedef, gerekçe vb kıstasları dikkate alınarak görevlendirilmelerin yapılması gerekir.

Sonuç olarak ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının ayrı bir başlık altında değerlendirilerek nicelik ve nitelik açısından nüfus artış hızımız ve niteliği dikkate alınarak planlamanın yapılması gerekmektedir. Ülkemizde il, ilçe, köylerde mevcut durum analizinin yapılarak personel arz ve talep koşullarının belirlenmesi, mevcut çalışanların özlük haklarının geliştirilmesi, meslek örgütleriyle etkili bir iletişim ve işbirliğinin sağlanması, kurumlararası geçişlerin kolaylaştırılması, nicelik ve nitelik olarak sosyal hizmet uzmanlarının her kuruluşta artırılması gelecek yıllarda sağlık insan gücünde sosyal hizmet uzmanlarının istihdamında önemli stratejiler olacaktır.

KAYNAKLAR

Aydemir, İ. (2010). Türkiye'de Hasta Hakları Uygulamaları Üzerine Bir Değerlendirme Araştırması, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

Dikmetaş, E, ve İnan, N. (2000). *Sağlık İnsan gücü Planlaması. I. Ulusal Sağlık İdareci Kongresi*, 20-21 Mayıs, Ankara

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: 20.09.2013

Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 39-44.

İşlek, N. (2005). Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İşyükü Analizine Dayalı İnsan gücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1: 3.

Sağlık Bakanlığı (1996). *Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu*, Ankara

Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu (2010). *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu*, Haziran, Ankara: YÖK Yayın No: 2010/1.

Stratejik Plan 2013-2017, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplan-turk.pdf>.

Temur, Y. ve Bakırcı, F. (2008). Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2): 261-282.

WHO (1981) *Global Strategy for Health for All By The Year 2000*, Geneva, s.20