



# SAĞLIK İNSANGÜCÜ MEVCUT DURUM RAPORU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü



**T C**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ**  
**BİRİNCİ SAĞLIK PROJESİ**



**BÖLÜM** İNSANGÜCÜ GELİŞTİRME (İGG)

**HAZIRLIYANLAR** Dr.Figen TÜRKAY  
Serpil ÖZCAN Yael  
TARANTO Yenigül  
KOÇ Aykut  
VEZİROĞLU  
Dr.Kemal AKBAY

**Doküman No : TSH/İGG/I-05/001**  
**1996**

ISBN 975-8088-28-9

## **ONSOZ**

Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada, sağlık alanındaki en önemli kaynağı sağlıklı insan gücü oluşturmaktadır. Bu nedenle, ülkelerin sağlık hizmetlerini planlamada, sunma ve geliştirme süreçlerinde özellikle üzerinde durmaları gereken en önemli konu sağlık insan gücüdür.

Etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmanın gereklerinden biri olan yeterli sayı ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi, kuşkusuz hedeflenen hizmet kalitesine ulaşmayı da beraberinde getirecektir.

Ülkemizde Cumhuriyetin kurulması ile birlikte yeterli ve nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem verilmiş, daha sonra bu yaklaşım, hizmetin eşit, entegre, kademeli, önceliklere önem veren, katılımı desetleyen ve bir ekip anlayışı halinde yürütülen bir halde sürdürülmesi politikalarıyla güçlendirilmiştir.

Gerçekten de; sağlık personelinin sayısal artışının yanı sıra gerek mezuniyet öncesi gerekse hizmet içi eğitimlerle daha nitelikli hizmet verir hale getirilmesi çalışmaları, özellikle son yıllarda üzerine dikkatle eğilinen konuların başında gelmekte ve insanlara ihtiyaçları doğrultusunda tatmin edici bir sağlık hizmeti verebilmenin uğraşı içine girilmiş bulunmaktadır. Bu kapsamda ele alınan sağlık insan gücü politikalarında dünyadaki gelişmeler ve uygulamalar da titizlikle izlenmekte ve bilimsel ilkeler çerçevesinde, yenilikler uygulanan ya da uygulanacak politikalara adapte edilmeye çalışılacaktır.

Bu gelişmeler ve doğrular açısından yeni sağlık insan gücü politikaları geliştirmekte ve ülkemizde de sağlık hizmetlerinin en verimli ve kaliteli olabilmesi için gerekli düzenlemelere gidilmektedir.

Son dönemlere kadar sağlık insan gücü veya diğer ilgili konularda elimizde yeterli veri olmamasına ve bu konuda bilimsel araştırmalar bulunmamasına karşın, bugün artık sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için, toplanan veriler ve yapılan araştırmalara dayanarak hazırlanan bilimsel raporlar, gerek Bakanlığımız ve sağlık sektörü gerekse diğer ilgili sektörler için vazgeçilmez kaynaklar oluşturmaktadır.

Bu tür çalışmaların gelecekte giderek artacağı gerçeğinden yola çıkarak, her bir araştırmanın birer kilometre taşı olduğu ve hedefe ulaşmak için alınacak yolun uzun olmasına rağmen bilimsel yaklaşım ve inançla bu yolun artık daha kolay aşılabacağına inanıyorum.

Alanında büyük bir boşluğu dolduran bu değerli çalışmayı gerçekleştiren Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü çalışanlarına teşekkür ediyor, bu yayının sektöre örnek ve yararlı olmasını diliyorum.

**Haziran-1997**

**Dr.Aytun ÇIRAY T.C**

**Sağlık Bakanlığı Müsteşarı**

# İÇİNDEKİLER

1. Giriş .....	1
2. Planlama .....	3
2.1. Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması .....	4
2.2. Sağlık İnsangücü Arz ve İhtiyacını Belirleyen Faktörler .....	9
2.2.1. Ekonomik ve Demografik Özellikler .....	11
2.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanımı .....	12
2.2.3. Personel Maliyeti .....	13
3. Eğitim .....	17
3.1. Temel Eğitim .....	17
3.1.1. Tıp Eğitimi .....	19
3.1.2. Diş Hekimliği Eğitimi .....	22
3.1.3. Eczacılık Eğitimi .....	23
3.1.4. Ebelik/Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Eğitimi .....	24
3.2. Hizmetçi Eğitim .....	26
4. Yönetim .....	28
4.1. Sağlık İnsangücünün İstihdam Eğilimleri .....	29
4.1.1. Sağlık İnsangücünün Coğrafi Dağılımı .....	31
4.1.2. Sağlık İnsangücünün Kurumlara Dağılımı .....	34
4.2. Personel Yönetimi .....	35
4.2.1. Ücretlendirme .....	36
5. Sonuç .....	39
Kaynakça .....	42
EKLER	
Ek 1 .....	43
Ek 2 .....	44
Ek 3 .....	48

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b>	Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planındaki Sağlık İnsangücü Hedefleri.....	7
<b>Tablo 2:</b>	Bazı Sağlık Personelinin Yıllık Net Ücretleri (1995) .....	13
<b>Tablo 3:</b>	Sağlıkla İlgili Eğitim Kurumlarında Öğrenci Cari Maliyetleri 1995) .....	14
<b>Tablo 4:</b>	Sağlıkla İlgili Eğitim Kurumlarında Reel Öğrenci Cari Maliyet Değişimi (1987-1995).....	15
<b>Tablo 5:</b>	Tıp Fakültelerinde Öğrenci Sayıları ve Maliyetleri .....	16
<b>Tablo 6:</b>	Toplam Öğrenci Sayılarına Göre Gruplandırılmış Tıp Fakültelerindeki Öğrenci Maliyetleri .....	17
<b>Tablo 7:</b>	Bölgelere Göre Sağlık Meslek Liselerinden Mezun Olanların Sayısı (1983-1995) .....	18
<b>Tablo 8:</b>	İniversitelerin Sağlıkla İlgili Fakültelerinden Mezun Olanların Sayısı (1983-1995) .....	18
<b>Tablo 9:</b>	Sağlık İnsangücünün Sayısı ve Kurumlara Dağılımı (1994) .....	29
<b>Tablo 10:</b>	Kamuya Ait Yataklı Tedavi Kurumlarında Hizmet Veren Uzman Hekimler (1995).....	32
<b>Tablo 11:</b>	Farklı Gelişme Düzeyindeki İllerde Nüfus /Sağlık Personeli Oranları (1994) .....	33
<b>Tablo 12:</b>	1980-1987 Sağlık Personeli Reel Maaş Değişimi (Ankara).....	38
<b>Tablo 13:</b>	1987-1995 Sağlık Personeli Reel Maaş Değişimi (Ankara).....	38

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b>	Finansal Kısıtlılıklar Dikkate Alınarak Sağlık İnsangücü İhtiyacının- Belirlenmesi .....	10
<b>Şekil 2:</b>	Reel Öğrenci Cari Maliyeti (1987-1995) .....	15
<b>Şekil 3:</b>	Sağlık Meslek Lisesi Mezunlarının Sayısal Gelişimi.....	20
<b>Şekil 4:</b>	Sağlıkla İlgili Fakülte Mezunlarının Sayısal Gelişimi .....	21
<b>Şekil 5:</b>	Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi .....	30
<b>Şekil 6:</b>	Hekimlerin Sayısal Gelişimi.....	30

# 1. GİRİŞ

Sağlık insan gücü sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaklardan biridir . 2000 yılında "Herkes İçin Sağlık" hedeflerine ulaşılabilmesi sağlık insan gücünün ihtiyaçlara uygun olarak sağlanmasına yönelik geniş kapsamlı, sürekli, dinamik bir insan gücü geliştirme programı ile mümkün olur.

Sağlık sektörü emek - yoğun bir sektördür. Genel olarak hemen hemen tüm ülkelerde sağlık sektörü maliyetinin % 60'ndan fazlasını insan gücü maliyetleri oluşturur. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nda bu oran % 80 civarındadır. Ayrıca sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insan gücü gerektirmektedir ve hizmetin odak noktasını bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi oluşturmaktadır. Bu özellikte bir sektörde insan gücünün nicelik ve niteliğine yönelik çalışmalar, politika belirleyici ve karar verici düzeydeki yönetim organlarında, bilimsel yöntemler kullanılarak yapılmalı, makro hedefler göz önüne alınarak sürekli izlenmelidir (Özsarı, 1994). Bu çalışmaların en önemli aşaması tutarlı bir sağlık insan gücü politikası geliştirilmesi ve bu bağlamda *planlama*, *eğitim* ve *yönetim* (istihdam) politikalarının koordinasyonunun sağlanmasıdır. "Sağlık insan gücü geliştirme" kavramı insan gücünün nitelik ve niceliğine yönelik olarak bu üç ana başlık altındaki çalışmaları içermektedir.

İnsan gücü geliştirme şöyle tanımlanmaktadır ( WHO, 1992): Sağlık insan gücü geliştirme, *insan gücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tesbiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak odunların atılmasıdır.*

İnsan gücü geliştirmenin bu üç çalışma alanının içeriği aşağıda gösterilmiştir (WHO, 1992) :

*Planlama*, makro ve mikro planlamayı içerir ve insan gücü arz ve ihtiyacını, insan gücü dağılımını, personel standartlarını, görev tanımlarını, görev ihtiyaçlarını (hizmetin sunulabilmesi için gerekli bilgi ve beceriler) belirler ve denetim yapısını kurar.

*Eğitim* komponenti, hizmeti sunacak insan gücü kategorisini (profesyonel performansı), çalışma koşullarını ve ortamını tanımlar, eğitim programları (personelin temel eğitimi ve sürekli eğitimini içeren) düzenler ve yürütür, programların kredilendirilmesini sağlar.

*Yönetim* komponenti ise işe alma ve personel seçme, denetim, izleme, performans değerlendirme, ücretlendirme, terfi, motivasyon/teşvik ve kariyer gelişimi konularını kapsamaktadır.

Yukarıda belirtildiği gibi, insan gücü geliştirme faaliyetlerinin etkin bir şekilde planlanıp uygulanabilmesi için ulusal düzeyde politikalar geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Türkiye'de

---

Bir sektörde görev yapan elemanlar için insan gücü, insan kaynakları ve işgücü, insan kaynakları ve işgücü gibi terimler kullanılmaktadır. Son zamanlarda bu terimlerden insan kaynakları ve işgücü daha sık kullanılmakla birlikte literatürde tümü kabul görmüştür. Bu dokümanda insan gücü terimi kullanılacaktır.



sağlık sorunlarının çözümüne yönelik Ulusal Sağlık Politikasının oluşturulması amacıyla 23-27 Mart 1992 tarihinde Birinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Bu kongre, sağlık ile ilgili bütün demokratik kitle örgütleri, meslek kuruluşları, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları, siyasi partiler, sendikalar, demekler ve gönüllü kuruluşlardan temsilcilerle oluşan beş yüze yakın uzman ve bilim adamının katılımı ile gerçekleşmiş, sağlık insangücü konusunu da kapsayan 34 ayrı çalışma grubu oluşturulmuştur. Sağlık insangücü konusunda oluşturulan çalışma grubunda sektördeki sağlık insangücü sorunları geniş bir bakış açısıyla incelenmiş ve sorunların çözümüne yönelik stratejiler belirlenmiştir. Kongre sonucu bu konuda belirlenen stratejiler aşağıda sıralanmıştır :

- 1994 yılından önce gerekli yasal düzenlemeler yapılacak, sağlık insangücü ana planı hazırlanacaktır.
- Türkiye'nin 20 yıllık projeksiyonlarla dinamik bir sağlık insangücü planlaması yapılacaktır. Bu planlama epidemiyolojik, demografik verilerle, sağlık hizmetleri kullanımı araştırmalarına dayanacaktır.
- Her meslek grubunun eğitim programlarının temel sağlık hizmetleri anlayışına dayanması sağlanacaktır.
- Hemşirelik/ebelik eğitimi tekrar düzenlenecek ve liseye temellendirilecektir.
- İstihdamda merkezîyetçilik bırakılacaktır. Sağlık insan gücünün dengeli dağılımı, başta ekonomik olmak üzere zorlayıcı olmayan tedbirlerle sağlanacaktır.
- Mezuniyet sonrası sürekli eğitimin sağlanması için Sağlık Bakanlığı meslek teşekkülleri ile işbirliği yapacak ve "kredilendirme sistemi" uygulanacaktır.
- Sağlık meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa hazırlanacaktır.
- Sağlık meslek gruplarının sayısal olarak yeterli olanlarının meslek birliklerini kurmaları için yasal düzenlemeler yapılacak, mevcut birliklerin de çağdaş bir yapıya kavuşmaları için çalışılacaktır.

Türkiye'de insangücü geliştirme konusundaki çalışmalar, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık sistemini yeniden yapılandırma (sağlık reformları) çalışmaları ile ilintili olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kapsamında yürütülmektedir. Reformların ana başlıkları desantralizasyon, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, aile hekimliğinin geliştirilmesi ve bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulmasıdır. Reform süreciyle birlikte hizmet sunumunda değişiklikler meydana gelmesi ve bu değişikliklerle temel sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, hekim dışı personelin öneminin artması ve il düzeyinde sağlık hizmetlerinin yatay entegrasyonu beklenmektedir. Tüm bu değişimler ve nüfusun sağlık yapısındaki değişiklikler (sosyo-ekonomik, kültürel, epidemiyolojik

---

Belirlenen bu stratejiler I. Ulusal Sağlık Kongresi sonrasında oluşturulan Ulusal Sağlık Politikası dokümanından aynen alınmıştır.

nedenlerden kaynaklanan) gelecekte ihtiyaç duyulacak insan gücü tiplerine, sayısına ve niteliğine etki edecektir. Öngörülen bu değişimler doğrultusunda sağlık hizmetlerinden beklenen iyileşmelerin gerçekleşebilmesi için bu süreçte insan gücü geliştirme'nin önemi büyüktür.

Sağlık insan gücü geliştirme çalışmalarının ilk aşamasını sağlık insan gücünün mevcut durumunun değerlendirilmesi, mevcut sağlık insan gücünün sayı ve nitelik açısından tanınması oluşturmaktadır. Bu amaçla 1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi tarafından "Türkiye'de Sağlık insan gücü: Mevcut Durum Raporu" adlı rapor hazırlanmıştır. 1996 yılında hazırlanan bu rapor ise o zamandan bu yana sağlık insan gücü geliştirme çalışmalarının gelişiminin ortaya konması ve sağlık insan gücünün durumu ile ilgili bilgilerin güncelleştirilmesi amacıyla oluşturulmuştur.

Rapor'da üç ana bölüm bulunmaktadır: Planlama, Eğitim ve Yönetim. Planlama bölümünde Türkiye'de geçmişte ve mevcut durumda Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan sağlık insan gücü planlaması değerlendirilmiş, planlamada dikkate alınması gerekli faktörler üzerinde durulmuş ve 1993 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi kapsamında yapılan çalışmalardan söz edilmiştir. Eğitim bölümünde hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerine yönelik temel ve hizmetiçi eğitim programları incelenmiş ve bu konudaki yeniden yapılanma çalışmaları anlatılmıştır. Yönetim bölümünde ise sağlık insan gücünün sayısı, coğrafi ve kurumsal dağılımı "İstihdam Eğilimleri" başlığı altında incelenmiş; personel yönetimi konuları ise ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

## 2. PLANLAMA

Sağlık insan gücü Planlaması, makro ve mikro planlamayı içeren, insan gücü arz ve ihtiyacı, 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 süreçtir. 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.

insan gücü planlamasında sıklıkla "beş doğru"dan söz edilir; insan gücü planlamasının amacı:

Doğru sayıda kişinin

Doğru yerde

Doğru zamanda

Doğru becerilerle

Doğru tutum ve davranışlarla

istihdam edilmesini sağlamaktır. Ayrıca, özellikle son yıllarda, sağlık hizmetlerinde maliyet ve maliyet-etkinlik konularının gündeme gelmesiyle birlikte bir altıncı doğrudan "doğru maliyette" (maliyet-etkin) istihdamdan söz edilmektedir. Böylece, finansal kaynak kısıtlılıklarının planlama ve istihdamın her aşamasında göz önüne alınması gerekliliği ortaya konmuştur. Bu tanımdan anlaşılacağı gibi bir idari sistemde etkin sağlık hizmeti sunumunu sağlamak üzere personel planlaması, eğitimi ve yönetimi bir arada etkin bir şekilde sağlanmalıdır. Bu da uzun vadeli, hizmet ihtiyaçlarına, işyüküne ve kurumların istihdam kapasitesine dayalı, esnek, ihtiyaçlara göre kendini yenileyen, her düzeydeki sağlık yöneticisi tarafından kullanılabilen bir sağlık insan gücü planlama sistemi ile sağlanabilir.

## 2.1 TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜ PLANLAMASI

Ülkemizdeki sağlık insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalar Refik Saydam döneminde başlamıştır. Bu dönemdeki çalışmalar özellikle sağlık personelinin sayısında sağlanan hızlı artışla dikkati çeker (S.S.Y.B. Yayını, 1982). 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 açılanların genişletilmesi doğrultusunda kararların alınmış olduğu görülmektedir (S.S.Y.B. Vakfi Dergisi, Temmuz 1991). 1960'larda Beş Yıllık Ulusal Kalkınma Planları dönemine geçildiğinde her dönemde planlamaya yönelik olarak farklı yöntemlerle belirlenmiş sağlık insan gücü ile ilgili hedeflere yer verilmiştir (DPT Sosyal Planlama Başkanlığı). 1965-74 yılları arasında ; yoğunluk katsayıları yöntemi, uluslararası karşılaştırma ve korelasyon analizi gibi yöntemler uygulanmıştır. III. Plan Döneminde; sosyalizasyon uygulaması hedeflerine göre planlanan birimlerin insan gücü standartları, yoğunluk katsayıları yöntemi, sosyal ve yasal standartlar kullanılırken; IV. Plan Döneminde; kurumların yatak kapasiteleri dikkate alınmıştır. V.Beş Yıllık Plan'da ise, mevcut insan gücü yetersizlikleri ve fazlalıkları dikkate alınarak değerlendirme yapılmıştır. Ancak bu planlarda sağlık insan gücüne yönelik verilen hedefler çok genel kalmış ve planlamadan çok politika belirleme niteliğinde olmuştur. Kalkınma planlarında yer alan sağlık insan gücüne yönelik hedefler aşağıda sıralanmıştır:

### *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-72)* <sup>3</sup>

- 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 tip 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.

3 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık insan gücüne yönelik hedef belirlenmemiştir.

- 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 gözönünde 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 imkanları sağlanacaktır. 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.

#### ***Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-77):***

- insan gücü 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.

#### ***Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-83) :***

- Sağlık politikası ilkelerine uygun olarak sağlık personeli yetiştiren kurumlarda, öncelikle, toplum sağlığı konularına ağırlık verilecektir. Hekim yetiştirmede hekim kullanan kurumlar ve mesleki kuruluş temsilcilerinden oluşan bir kurul oluşturularak, bu kurula gerekli yetkinin verilmesi sağlanacaktır.

- Sosyalleştirilmenin bütün yurdu kapsamı gerçekleştirildikten sonra standartların yükseltilmesi hedef alınacaktır. Dar bölgede çok amaçlı hizmet verecek olan bu birimlerin kapsadığı nüfusun azaltılmasına ve çalışan personelin nitelik ve nicelik yönünden yeterli düzeye çıkarılmasına ağırlık verilecektir.

#### ***Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-89) :***

- Hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde her kademedeki ihtiyaç duyulan insan gücünün yeterli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi ve teşvik unsurları ile yerinde istihdamı sağlanacaktır.
- Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladığı hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir.
- Tıbbi cihaz israfının önlenmesi, bakım-onanım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesi sağlanacaktır. Bu personelin çeşitli dallarda yetişmesi için, orta kademedeki teknik okullar ile YÖK, programlar başlatılacaktır.

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

- Etkin bir sağlık insan gücü eğitimi ve planlaması çalışmasına başlanacaktır. Serbest çalışanlar dahil her kademedeki sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanarak geliştirilecektir. Personelin ve hizmetlerin yurt düzeyine dengeli dağılımını sağlayacak düzenlemeler yapılacaktır.
- Açık bulunan tıp dallarında yabancı hekim ve uzman çalıştırılmasına imkan veren 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.
- Gevher Nesibe Sağlık Eğitimi Enstitüsü sağlık eğitimiyle ilgili müfredat araştırmaları yapacak bir yapıya kavuşturulacaktır.

Bunlara ek olarak altıncı beş yıllık kalkınma planında sağlık insan gücüyle ilgili bazı sayısal hedefler belirlenmiştir:

**TABLO 1: ALTINCI BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINDAKİ SAĞLIK İNSANGÜCÜ HEDEFLERİ**

	1989 Düzeyi	1994 Hedefi
Hekim Sayısı	45,200	60,604
Diş Hekimi Sayısı	9,750	11,800
Eczacı Sayısı	14,631	16,000
Sağlık Memuru Sayısı	18,589	21,200
Ebe ve Hemşire Sayısı	63,840	83,276
Bir Hekime Düşen Nüfus	1,213	1,011
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	5,626	4,845
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3,750	3,655
Bir Sağlık Memuruna Düşen Nüfus	2,951	2,838
Bir Ebe ya da Hemşireye Düşen Nüfus	859	736
	(Tahmini)	
Pratisyen Hekimlerin Oranı	45%	50%

Daha önceki plan dönemlerinde belirlenen sayısal hedeflere ulaşmadaki başarının sağlık insan gücüyle ilgili sorunlara çözüm getirip getirmeyeceği, hedeflerin gerçek sağlık insangücü ihtiyacına uygunluğuna bağlıdır. Altıncı plan döneminde başlayan ve halen sürmekte olan Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesine ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına (Sağlık Reformu) yönelik çalışmalar çerçevesinde yedinci plan dönemi için hazırlanan raporlar sayısal hedefler yerine sağlık reformu başlığı altında yer alan "mevcut durum", "amaçlar, ilkeler, politikalar" ve "hukuki ve kurumsal düzenlemeler" ile ilgili bilgileri içermektedir. Yedinci planda bu başlıklar altında yer alan sağlık insan gücü ile ilgili bölümler aşağıda özetlenmiştir:

***Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) :***

**Mevcut Durum**

Sağlık insan gücü sayısındaki önemli gelişmelere rağmen, istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bazı tıp dallarındaki uzman hekim açığı kapatılmamıştır. Hekimlerin yüzde 48,5'i üç büyük ilde bulunmaktadır. 1994 yılında hekim

başına düşen nüfus 954 kişiye inmiştir. 1995 yılı Mart ayı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet birimlerinde 3.055 pratisyen hekim, 2.636 uzman hekim ve 136 dişhekim kadrosu boş bulunmaktadır.

- 2514 Sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun'da değişiklik yapılarak pratisyen hekimler için zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılı Mart ayında kaldırılmıştır.

### ***Amaçlar, İlkeler ve Politikalar***

- Sağlıkta kaynakların 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 kır-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insan gücü planlaması yapılacaktır. İşyükü 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, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık insan gücü 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 formal 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 sektöründeki insan gücü uzun ve masraflı bir eğitimden geçerek hizmete hazırlandığından ve politika değişiklikleri ancak uzun vadede etkisini gösterebileceğinden, sağlık insan gücü planlamasında uzun vadeli projeksiyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Projeksiyon mo-

deUeri, farklı politika seçeneklerinin gelecekteki etkisini saptamak, mevcut durumun devamı halinde gelecekte ortaya çıkacak arz-ihtiyaç-finansal kaynak tablosunu ortaya koymak ve muhtemel sorunları önceden saptayarak, bunlara yönelik stratejiler geliştirmek amacıyla kullanılan bir araçtır. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, insan gücü 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. Amaç, geliştirilen modellerle değişik senaryolarla gelinecek noktanın belirlenmesini sağlamaktır.

Bu çalışmalar kapsamında ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş, planlama macılara ve politika belirleyicilere yardımcı olacak bir makro planlama aracı olan sağlık insan gücü arz ve ihtiyaç projeksiyon modelleri yazılımının sektöre tanıtımı ve kullanımı ile ilgili eğitim programları yer almıştır. Bu model kullanılarak ülkesel düzeyde, değişik senaryolarla projeksiyonlar hazırlanabilecektir. ;

Mikro düzeyde planlama araçlarının geliştirilmesine yönelik olarak da Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama yönteminin Türkiye'de uygulama çalışmaları ve buna bağlı olarak işyüküne dayalı personel standartları geliştirme çalışmaları bu kapsamda yürütülmektedir. Hastanede çalışan uzman hekimler (dahiliye, kadın doğum, pediatri ve genel cerrahi), hemşire, ebe, laboratuvar teknisyenleri ve röntgen teknisyenleri için aktivite standartları belirlenmiştir, bu standartlar yapılacak pilot çalışmalarla test edilecek ve uygulamaya konulacaktır.

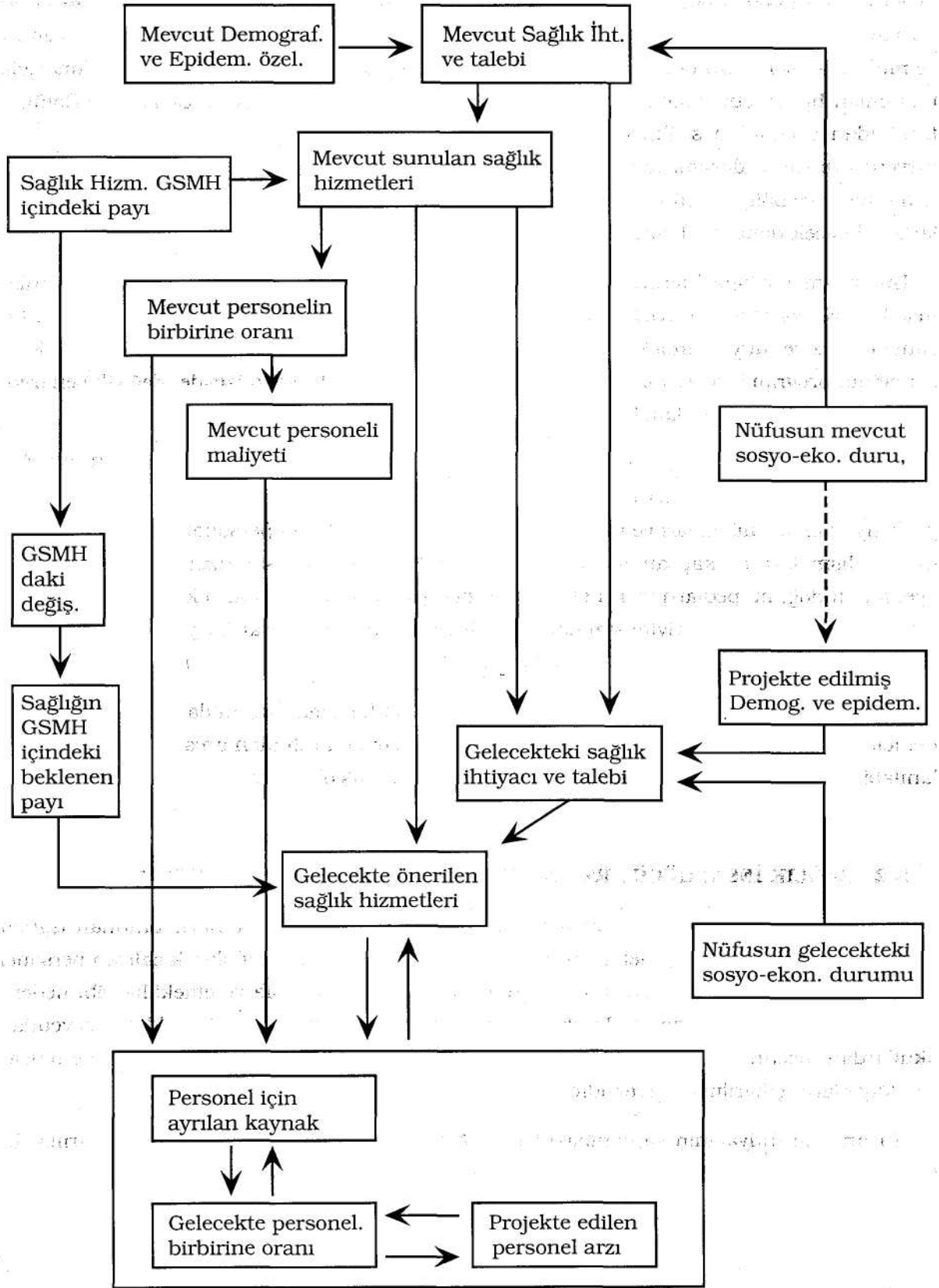
Yöntemin uygulamasına yönelik çalışmalar, birinci basamak kurumlarda çalışan personel için de tekrarlanacaktır. Böylece her düzeyde personel tarafından anlaşılabilir ve kullanılabilir bir planlama aracının geliştirilmesi sağlanmış olacaktır.

## **2.2 SAĞLIK İNSANGÜCÜ ARZ VE İHTİYACINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER**

Personel arzı, belirlenmiş bir zaman dilimi içinde hizmet vermeye hazır bulunan işgücü olarak tanımlanabilir. Personel arzını belirleyen, sektörde halen aktif olarak çalışan personel sayısı, okullardan her yıl mezun olan öğrenci sayısı ve ölüm, istifa ve emeklilik gibi nedenlerle sektörden kayıplardır. Gelecekteki personel arzını saptamak için, eldeki mevcuda okullardan mezun olacakların eklenmesi ve ölüm, emeklilik ve istifa gibi nedenlerle oluşacak kayıpların çıkarılması gereklidir.

insan gücü ihtiyacının saptanması ise aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi daha karmaşıktır.





**ŞEKİL 1: FİNANSAL KISITLILIKLAR DİKKATE ALINARAK SAĞLIK İNSANGÜCÜ İHTİYACININ BELİRLENMESİ**

Sağlık insan gücü ihtiyacının saptanmasında günümüze dek kullanılmış yöntemlerden hiçbiri tatminkar olmamıştır. Bunun nedeni, nüfusun epidemiyolojik, demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerinden kaynaklanan sağlık ihtiyaçlarını saptayabilecek ve bu ihtiyacı sağlık insan gücü ihtiyacına dönüştürebilecek bir yöntemin olmamasıdır, ihtiyaç belirlemek için bugüne dek Türkiye'de ve dünyada kullanılan başlıca yöntem nüfus personel oranlarıdır (1000 nüfusa düşen hekim, hemşire, ebe, vs. sayısı gibi). Bu yöntem sağlık personelinin sayıya az olduğu dönemlerde toplam personel ihtiyacını ve eğitim kurumlarında yetiştirilmesi gereken personel sayısını saptamak açısından yararlı olmuştur; ancak insan gücünün sayısal yetersizliği giderilip dağılım ve nitelik sorunları ön plana çıktığında yetersiz kalmıştır.

Ülke koşullarını yansıtan, gerçek sağlık insan gücü ihtiyacını belirleyebilmek için ülkenin demografik ve epidemiyolojik özelliklerini, hizmet kullanımını, işyükünü ve tüm bunlarla birlikte finansal kaynakları dikkate alan yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. Aşağıda bu yöntemlere girdi olabilecek, demografik özellikler, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bazı ekonomik verilere yönelik Türkiye'deki mevcut durum özetlenmiştir.

### 2.2.1 EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Demografik özelliklerine bakıldığında %2.17 nüfus artış hızı ve 15 yaş altı nüfus oranının yüksekliği ile Türkiye'nin genç bir nüfus yapısına sahip olduğu görülmektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki nüfus artış hızının genelde %1'in altında olduğu düşünülecek olursa ülkemizdeki nüfus artış hızı, dolayısıyla doğurganlık oldukça yüksektir. Aşırı doğurganlık ise hem kadın hem de çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, anne ve bebek ölüm hızlarının yükselmesine neden olmaktadır.

Nüfusun kır/kent dağılımına bakıldığında ise köyden kente göçlerin hızla artması nedeniyle kentsel nüfus oranının kırsal nüfus oranının önüne geçtiği görülmektedir. Hızlı kentleşme nedeniyle gelişen çarpık kentleşme bir çok sorunla birlikte çevre sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

Tüm bu özellikler sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımını dolayısı ile sağlık insan gücü ihtiyacını etkileyen faktörleri oluşturmaktadır.

Aşağıda bazı demografik özellikler özetlenmiştir:

Demografik Özellikler (1993)<sup>4</sup>:

Nüfus =60,557 (Bin)

Kentsel Nüfus Oranı=%59

Kırsal Nüfus Oranı=%41

Ortalama Yıllık nüfus artış oranı (%)=2.17

0-14 Yaş Nüfus Oranı=%34.43

---

4 Kaynak : DPT VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı.

5-64 Yaş Nüfus Oranı= %61.02

65 Yaş İstü Nüfus Oram=%4.55

Bebek Ölüm Oranı (Binde)=%51.3

Son yıllardaki gelişmeler planlamada finansal kaynakların mutlaka dikkate alınması gerekliliğini ortaya koymuştur. Özellikle sağlık insan gücü planlamasında arz edilen veya ihtiyaç duyulan personelin istihdamının mali açıdan mümkün olup olmayacağını analiz edebilmek için ülke ekonomisinin büyüme hızı, sağlığa ayrılan kamu harcamaları ve sağlık personelinin maliyeti ile ilgili verilerin dikkate alınması gerekir.

Ekonomik Özellikler (1993)<sup>5</sup>:

Gayrisafi Milli Hasıla (Milyon T.L.)=1.929.250.000

Toplam cari tüm kamu sektörü harcamaları (milyon T.L.)=245.765.000

Kamu sağlık sektörü toplam personel harcamaları (milyon T.L.)=41.108.041

Kamu sağlık sektörü personel dışı cari harcamalar (milyon T.L.)=15.689.290

Tüm kamu sektörü harcamalarının GSMH' ya oranı= % 12,7

Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamalarına oranı=%23,1

## 2.2.2 TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI

Türkiye'de ilk kez 1992 yılında gerçekleştirilen Sağlık Hizmet Kullanımı Araştırması sonucunda elde edilen bilgiler iki ana grup altında toplanır. Birincisi hizmeti kullananların özelliklerinin belirlenmesi, ikincisi ise hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır,

1992 Temmuz ayında saha araştırması yürütülmüş bu çalışmada, 7500 hane araştırma kapsamına alınmış olup bunlardan 6672 haneye ulaşılmıştır (ulaşma oranı %89). Bu hanelerde mevcut olan 30.155 kişinin %91'ni oluşturan 27.408 kişiye anketler uygulanmıştır. Toplam cevap oranı %81'dir. Benzer nitelikte araştırmalarda genelde dünya ortalaması %70'in altındadır.

Sağlık Hizmet Kullanımı Araştırması'nda elde edilen bazı bulgular aşağıda özetlenmiştir :

- Toplumun hekime başvuru oranı batıdan doğuya ve kentsel kesimden kırsal kesime gittikçe azalmaktadır.
- Kadınlar (2.8) erkeklerden (2.1) daha çok hekime başvurmaktadır.

5 Kaynak : DPT ve Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını).

6 Bulgularda belirtilen başvuru oranları yıllık başvuru oranlarıdır.

- Doğurganlık dönemindeki kadınlar (2.7) aynı yaş grubu erkelere (1.5) göre hekime daha sık başvurumaktadırlar.
- Hekime en az başvuru okul çağı çocuklarındadır (1.1).
- Kentsel kesimde tüm yaş gruplarında (3.1) hekime başvuru; kırsal kesimde aynı yaş gruplarındaki başvurudan (1.6) daha fazladır.
- Herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan kişiler (1.6) hekimlik hizmetlerini diğerlerinden (3.3) daha az kullanmaktadırlar.
- Nüfusun %48.7'si ilk başvuru merkezi olarak hastaneleri tercih etmektedir. Bu oran kentsel kesimde %57.6'dır.
- Eğitim düzeylerine bakılmaksızın kırsal kesimde bütün gruplar kentsel kesimlere oranla sağlık ocaklarını daha çok kullanmaktadırlar.

### 2.2.3. PERSONEL MALİYETİ

Sağlık insan gücü planlamasında ve genel olarak sağlık sektöründe şimdiye dek sistematik bir şekilde incelenmemiş olan bir başka etken de maliyet ve bunun planlamaya olan etkisidir. Bugün bir çok ülkede harcamaların büyük bir miktarını personel harcamalarının oluşturduğu bir gerçektir. Sağlık insan gücünün kamuya maliyeti basit olarak eğitim maliyeti ve kamu tarafından sağlık personeline ödenen ücretler olarak ikiye ayrılabilir. Bu ikisinin toplamı sağlık personelinin kamusal maliyetini verir; eğitim ve sağlık hizmetleri için yapılan kişisel harcamalar bunun dışındadır. Sağlık insan gücünün ülke ekonomisine maliyetini saptamak içinse kamu ve özel tüm harcamaların hesaba katılması gereklidir. Sağlık Meslek Liselerinde öğrencilerin tüm masrafları devletçe karşılanmakta; üniversitelerde ise maliyete öğrenci katkısı ancak %1.5 düzeyinde kalmaktadır .

Sağlık Bakanlığı'nda personel maliyetleriyle ilgili bilgiler toplam personel giderleri şeklinde tutulmaktadır; yani sağlık personeliyle, idari ve hizmet sınıfı personel arasında bu konuda bir ayırım yapılmamıştır. Bakanlık bütçesinin ortalama %80 kadarının personel masraflarına ayrıldığı bilinmektedir. Aşağıdaki tabloda seçilmiş bazı sağlık personelinin 1995 yılı yıllık net ücretleri gösterilmektedir.

**TABLO 2: BAZI SAĞLIK PERSONELİNİN YILLIK NET ÜCRETLERİ (1995)**

MESLEK GRUPLARI	YILLIK NET ÜCRET
UZMAN HEKİM (1/4)	391 284 000
PRATİSYEN HEK. (8/3)	308 160 000
DİŞ HEKİM (8/1)	278 124 000
ECZACI (8/1)	266 928 000
HEMŞİRE (12/3)	197 679 000

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, APK Kurulu Başkanlığı**

7 Kaynak : YÖK "1995 Yılı Öğrenci Cari Maliyetleri" Raporu.

Aslında sağlık personelinin yıllık maaş maliyeti yukarıda verilen rakamlardan daha yüksektir, çünkü bu rakamlar net maaşları gösterdiğinden, Bakanlık tarafından ödenen fakat personelin doğrudan eline geçmeyen çeşitli kesintiler dahil edilmemiştir.

Üniversitelerin sağlıkla ilgili fakültelerindeki ve Sağlık Meslek Liselerindeki 1995 yılı yıllık öğrenci cari maliyetleri Tablo 3'te gösterilmiştir:

**TABLO 3: SAĞLIKLA İLGİLİ EĞİTİM KURUMLARINDA ÖĞRENCİ CARİ MALİYETLERİ (1995)**

OKULLAR	ÖĞRENCİ CARİ MALİYETİ
TIP FAKÜLTESİ	350 000 000
DİŞHEKİLİĞİ	113 000 000
ECZACILIK	113 000 000
HEMŞİRELİK YÜK. OKULU	60 000 000
SAĞLIK HZM.YÜK.OKULU	30 000 000
SAĞLIK MESLEK LİSESİ	39 254 692

***Kaynak: YÖK 1995 Yılı Öğrenci Cari Maliyetleri Raporu***

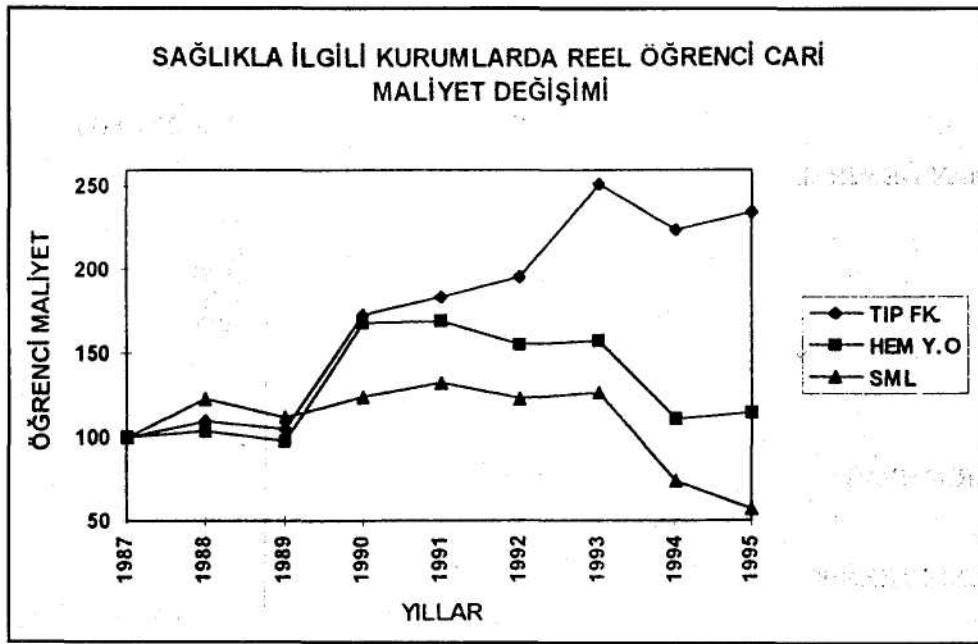
Bu maliyetlerden de görüldüğü gibi özellikle tıp fakültelerinde eğitim gören öğrencilerin kamuya maliyeti ortalama öğrenci maliyetinin çok üstündedir. Bu fakültelerdeki eğitim süresinin uzunluğu da göz önüne alınırsa, hekim yetiştirme maliyetinin ağırlığı bir kez daha ortaya çıkmış olur. Öte yandan, hemşirelik ve sağlık hizmetleri meslek yüksek okullarındaki maliyetler nispeten daha düşüktür. İlkemizdeki hemşire/ebe açığı ve muhtemel hekim fazlası düşünülecek olursa, maliyet açısından akılcı bir politika izlenmediği ortaya çıkar.

Sağlıkla ilgili fakültelerdeki ve Sağlık Meslek Liselerindeki öğrenci başına maliyetlerin reel (enflasyonun üstünde) gelişimi incelendiğinde, 1987-1993 yılları arasında reel maliyetlerde artış eğilimi gözlenmektedir. Ekonomik krizin yaşandığı 1994 yılında ise reel maliyetler tüm bölümler için düşüş göstermiş, bu düşüş trendi bölümlerin çoğu için 1995 yılında da devam etmiştir. Özellikle Sağlık Meslek Liseleri için 1994 ve 1995 yıllarında sürekli düşüş göstererek 1987 yılı düzeyinin yarısına kadar inmiştir. Sağlık Meslek Lisesi maliyetlerindeki bu reel düşüşün ekonomik krizin yansıması, maliyeti daha düşük olan gündüzlü öğrenci oranındaki artışla da ilgisi vardır. Tablo 4'te 1987-95 yılları arasında öğrenci başına düşen reel maliyetin gelişimi gösterilmiştir.

**TABLO 4: SAĞLIKLA İLGİLİ EĞİTİM KURUMLARINDA REEL ÖĞRENCİ CARİ MALİYET DEĞİŞİMİ (1987-1995)**

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
TIP FAKÜLTESİ	100	109.9	105.1	172.4	183.4	195.37	252.18	224.52	234.43
DİŞ HEKİMLİĞİ	100	101.1	125.1	152.2	171.5	171.49	186.61	152.39	138.55
ECZACILIK	100	106.6	98.8	159.2	172	182.73	193.19	140.81	190.38
HEMŞİRELİK Y.O.	100	104.1	97.5	167.9	169.6	154.82	157.27	110.67	114.19
SAĞLIK H.M.Y.O.	100	91.8	103.9	145.1	196	183.55	215.46	152.58	137.55
FİZ. TED. ve R.Y.O.	100	107.8	96.2	183	174.6	131.16	146.26	111.13	81.27
SAĞLIK İD. Y.O.	100	120.5	109.5	145.6	140.4	217.32	168.37	129.36	84.06
SAĞ. MES. LİSESİ	100	131.6	113.1	145.9	152.9	123.14	126.10	73.41	56.73

*Not: Tüketici Endeksine Göre 1987 Fıatları Esas Alınarak Deflate Edilmiştir*



**ŞEKİL 2: REEL ÖĞRENCİ CARİ MALİYETİ (1987-1995)**

/K

Maliyetlerde göz önüne alınması gereken diğer bir faktör de tıp fakülteleri arasında öğrenci maliyetlerinin büyük farklılıklar gösterdiğidir. 1995 yılı öğrenci başına maliyetler 68,309,470 (Trakya Üniversitesi) ile 541,061,800 (Selçuk Üniversitesi) arasında değişmektedir. Bu farklılıkların nedeninin araştırılması ve tıp eğitiminin maliyet ve eğitim kalitesi açısından etkin olup olmadığının belirlenmesi gereklidir. Öğrenci başına maliyeti etkileyen pek çok faktör olmakla beraber, öğrenci sayısının önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Tablo

5 ve Tablo 6'da değişik tıp fakültelerindeki öğrenci başına maliyetler ve toplam öğrenci sayıları verilmiştir. Tablo 6'da en düşük öğrenci maliyetinin öğrenci sayısı bakımından orta büyüklükteki fakültelerde olduğu görülmektedir; ancak bu konuda kesin sonuca varmak için yalnız öğrenci sayılarına bakmak yeterli değildir; fakültelerin açılış tarihleri ve ayrılan kaynaklar da göz önüne alınarak yeniden bir değerlendirme yapılmalıdır.

**TABLO : 5 TIP FAKÜLTELERİNDE ÖĞRENCİ SAYILARI VE MALİYETLERİ**

FAKÜLTE	ÖĞRENCİ SAYISI	CARİ ÖĞRENCİ MALİYETİ
AKDENİZ	1059	173.668.400
ANKARA	2463	315.882.900
ATATÜRK	1103	264.394.500
CUMHURİYET	951	203.462.600
DİCLE	641	452.472.500
DOKUZ EYLÜL	1157	255.745.200
İNÖNÜ	299	329.149.100
ÇUKUROVA	1828	202.471.900
ULUDAĞ	1823	178.072.900
EGE	2331	302.929.700
OSMANGAZİ	1346	219.274.800
SÜLEYMAN DEMİREL	156	187.979.400
ERCİYES	1586	165.788.800
FIRAT	583	206.833.900
GAZİ	1449	237.567.900
GAZİANTEP	207	366.806.300
HACETTEPE	2533	300.822.100
İST. (CERRAHPAŞA)	3190	251.375.800
İST. (ÇAPA)	2787	270.088.800
KARADENİZ TEKNİK	1124	168.637.200
MARMARA	833	219.981.700
ONDOKUZ MAYIS	1450	134.001.400
PAMUKKALE	255	179.259.200
SELÇUK	355	541.061.800
TRAKYA	667	69.308.470

*Kaynak: YÖK: 1995 Yılı Öğrenci Cari Maliyetleri Raporu ve Yükseköğretim İstatistikleri*

**TABLO 6: TOPLAM ÖĞRENCİ SAYILARINA GÖRE GRUPLANDIRILMIŞ TIP FAKÜLTELERİNDEKİ ÖĞRENCİ MALİYETLERİ**

ÖĞRENCİ SAYISI	ORT.CARÎ MALİYET ÖĞR
100-1000 (N=10)	275.631.497
1001-2000 (N= 10)	199.962.300
2001-3200 (N=5)	288.219.860

### 3. EĞİTİM

#### 3.1 TEMEL EĞİTİM

1980'lerin sonu 1990ların başından itibaren uygulamaya konan bazı politikalar sonucu Tıp Fakültelerinin ve Sağlık Meslek Liselerinin sayısı ve alman öğrenci sayıları hızla artırılmaya başlanmış ve sonuçta da eğitim kalitesinde sorunlar ortaya çıkmıştır. 1-

Tablo 7 ve 8 ile Şekil 3 ve 4, 1982 yılından bu yana Sağlık Meslek Liselerinden ve üniversitelerin sağlıkla ilgili fakültelerinden mezun olanların sayısını ve sayısal gelişimini göstermektedir. Rakamlar incelendiğinde tıp fakültesinden 1991 yılında mezun olanların sayısının 1984 yılındakinin hemen hemen iki katı kadar olduğu ve yıllar itibariyle düzenli bir artış eğilimi ile birlikte son iki yılda azda olsa bir düşüş olduğu gözlenmektedir. Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun olanların sayısının da 1991 yılında 1984 yılındakinin dört katı kadar olduğu gözlenmektedir. Ancak burada mezun sayısında kademeli bir artış değil, 1986 yılında ani bir artışla birlikte daha sonraki yıllarda çok hafif bir artış görülmektedir. Diş hekimliği fakültesi mezunlarının sayısında iniş çıkışlarla birlikte 1985-89 yıllarında bir artış olmuş ve 1989'dan sonra önemli bir değişiklik olmamıştır. Eczacılık fakültesinden mezun olanların sayısında ise 1984'ten bu yana önemli bir değişiklik olmamıştır. Sağlık Meslek Lisesi mezunları incelendiğinde ise dikkati çeken nokta özellikle hemşirelik ve sağlık memurluğu mezunlarında 1993 ve 1994 yıllarında bir önceki yıla göre 2 kat civarında artış olduğudur. Bunun nedeni 1989 ve 1990 yıllarında çok sayıda Sağlık Meslek Lisesi açılması ve alman öğrenci sayılarının arttırılmasıdır.

Artan okul ve öğrenci sayısının aynı oranda okulların alt yapıları güçlendirildiği takdirde eğitimin niteliğini olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Sağlık meslek eğitiminin niteliği konusunda yapılmış çalışmalar kısıtlı kalmış; bu konuda düzenli ve sistematik bir değerlendirme mekanizması kurulamamıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu tarafından 1991 yılında yayınlanmış "Türkiye'de Tıp Eğitimi" başlıklı üç ciltlik çalışma, oldukça ayrıntılı olmasına rağmen, tıp eğitiminin kalitesi konusunda kesin bir sonuca varılabileceği için yeterli olmamıştır. YÖK tarafından 1990 yılında hazırlanmış 'Yüksek Öğretimin Genel Durumu ve Tıp Eğitimi Hakkında Rapor' başlıklı dokümanda sayısal bilgiler ve eğitimdeki sorunlar temel hatlarıyla işlenmiştir. Sağlık Meslek Liseleri ve Sağlık Eğitimi Enstitüleri hakkında 1992 yılında Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış Mevcut Durum Raporu önemli ipuçları vermektedir. Eğitim kalitesinin araştırılması konusundaki en belirgin eksiklik, yeni mezunların bilgi ve becerilerini ve sahaya uyumlarını doğrudan ölçen araştırmaların azlığıdır. , b



**TABLO 7: BÖLÜMLERE GÖRE SAĞLIK MESLEK LİSELERİNDEN MEZUN OLANLARIN SAYISI (1983 - 1995)**

ÖĞRT. YILI	EBE	HEM.	S.M.	Ç.S.T	RD.TEK	LAB.	ORTP.	ANES.	DİŞ
1983-84	1317	1001	56	36	28	35	-	-	-
1984-85	2290	1183	107	102	48	52	-	-	-
1985-86	1609	716	91	121	52	62	20	-	-
1986-87	3619	780	175	136	50	42	10	-	-
1987-88	1906	1207	371	207	83	140	-	28	-
1988-89	2310	1300	271	126	47	90	-	28	-
1989-90	2843	1422	267	152	92	128	-	33	-
1990-91	3191	1950	237	129	49	68	-	28	-
1991-92	2544	1602	272	199	81	120	-	34	43
1992-9	2128	3642	1526	122	49	53	19	21	32
1993-94	2836	6138	3894	21	245	367	-	38	12

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü**

**TABLO 8: ÜNİVERSİTELERİN SAĞLIKLA İLGİLİ FAKÜLTELERİNDEN MEZUN OLANLARIN SAYISI (1983 - 1995)**

ÖĞRETİM YILI	TIP FAK.	DİŞ.HEK.FAK	ECZ. FAK.	HEM.YÜK.OK.
1983-84	2374	550	619	95
1984-85	2165	485	700	144
1985-86	2369	521	741	302
1986-87	2840	604	645	368
1987-88	3285	690	700	357
1988-89	4026	736	704	366
1989-90	4492	728	743	399
1990-91	4642	706	795	365
1991-92	4871	738	826	389
1992-93	4799	751	845	465
1993-94	4677	821	900	396

**Kaynak: YÖK Yüksek Öğretim İstatistikleri**

Bu nedenle, bu bölümün hazırlanmasında yukarıda adı geçen dokümanların yanısıra üniversite ve YÖK temsilcilerinden alınan görüşler ve müfredatlardaki konu ve ders saatleri kaynak alınmıştır.

Bu bölümde sağlık meslek eğitiminin niteliği tıp, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu eğitimi için ayrı ayrı incelenmiştir. Her meslek grubunun eğitiminde kendine özgü sorunlar olmakla beraber, sağlık meslek eğitimindeki genel sorunlar şöyle özetlenebilir: Öğrenci ve eğitim kurumu sayısının belli bir kritere bağlı kalmadan ve gerekli altyapı sağlanmadan kısa sürede arttırılması, eğitimin sahadaki ihtiyaçlara cevap verir nitelikte olmaması, özellikle temel sağlık hizmetlerine yönelik eğitim eksikliği, uygulamalı eğitim olanaklarının kısıtlılığı ve müfredatlardaki temel sağlık hizmetleri yaklaşımının eksikliğidir.

### 3.1.1 TIP EĞİTİMİ Mevcut

#### Durum ve Sorunlar :

Eğitim süresi altı yıldır.

Ülkemizde 1994-1995 öğretim yılı itibariyle açılmış bulunan 38 adet tıp fakültesinden 25'inde eğitim ve öğretim yapılmaktadır ve bu 25 tıp fakültesinde 32,823 öğrenci bulunmaktadır. Tıp fakültelerinde öğrenci sayısının fazla olması, öğretim üyesi kısıtlılığı ve fakültelerdeki fiziksel kapasite yetersizliği niteliği olumsuz yönde etkilemekte ve mezunlar hizmetin ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte yetişmemektedirler.

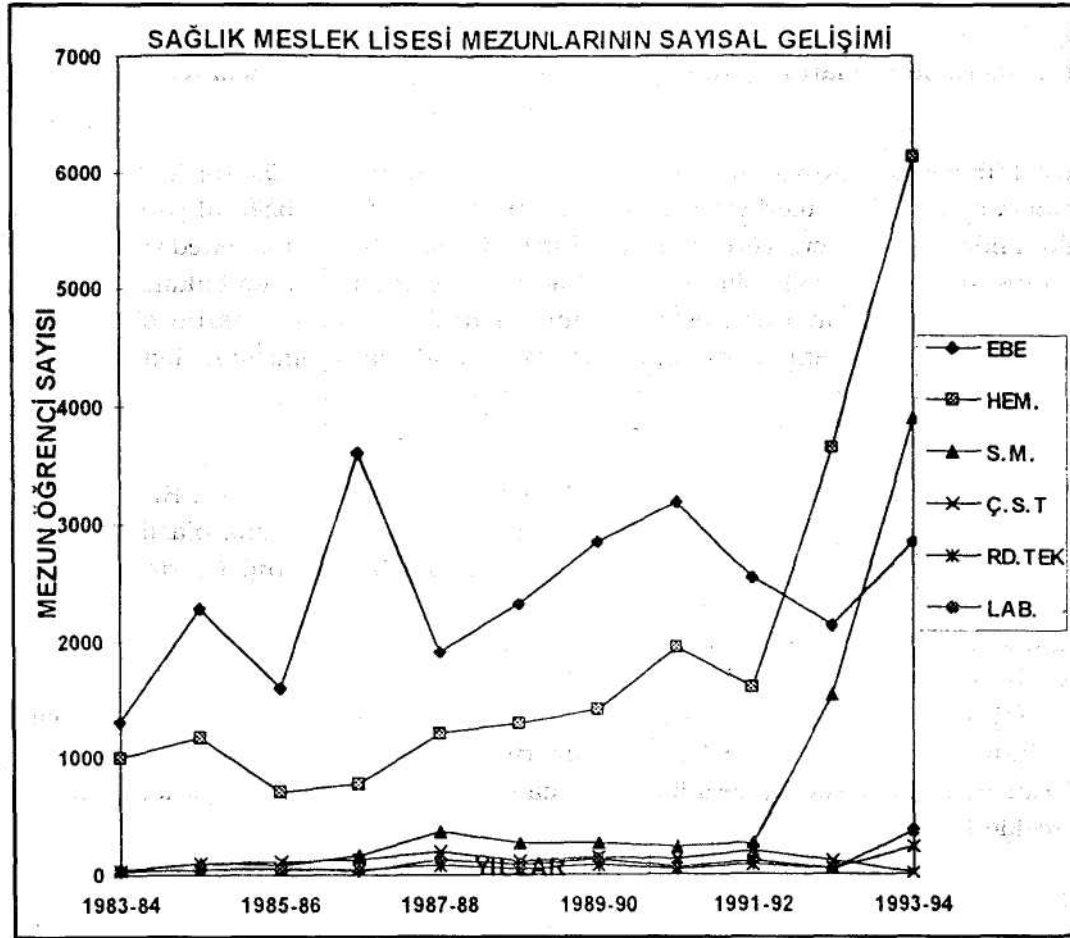
- Tıp fakültelerinde okuyan öğrencilerin hemen hemen yansı (15,848) üç büyük ilde bulunmaktadır. Büyük merkezlerde bulunan tıp fakültelerinin fiziki altyapı ve araç gereç bakımından diğer illere göre daha iyi durumda oldukları bilinmektedir. Bu fakülteler, kuruluşlarının daha eski olması nedeni ile fiziki ve beşeri birikim bakımından daha gelişmiş durumdadırlar. Daha eski kuruluşu olan fakültelerden mezun olan hekimlerin kalitesi de iyi bir öğretim kadrosunun ve teknik imkanların olması nedeniyle daha yüksek olmaktadır.

Öğretim üyesi sayısı 1994-95 ders yılı için 3608 olarak bulunmuştur. Bu sayıya araştırma görevlileri dahil edilecek olursa 8862 öğretim elemanı sayısına ulaşılmaktadır. Türkiye'deki tüm tıp fakülteleri göz önüne alındığında, bir öğretim üyesine 9.01 öğrenci düşmektedir. Tıp eğitiminin niteliğini etkileyen önemli bir unsur öğrencilerin teke tek ve uygulamalı eğitim görebilmeleridir. Mevcut öğrenci/öğretim üyesi oranlarının yüksek olması bu tür eğitimin niteliğini düşürmektedir. Bu oran öğretim üyesi sayısı arttırılarak yükseltilese bile, öğrencilerin uygulama yapabileceği yatak, malzeme ve hasta sayıları sabit olduğundan öğretim üyesi sayısını arttırmak yeterli olmayacaktır. Ders saatlerinin arttırılması ise, öğretim üyelerinin araştırma ve hasta bakımı gibi diğer faaliyetlere ayıracabilecekleri zamanı azaltmaktadır.

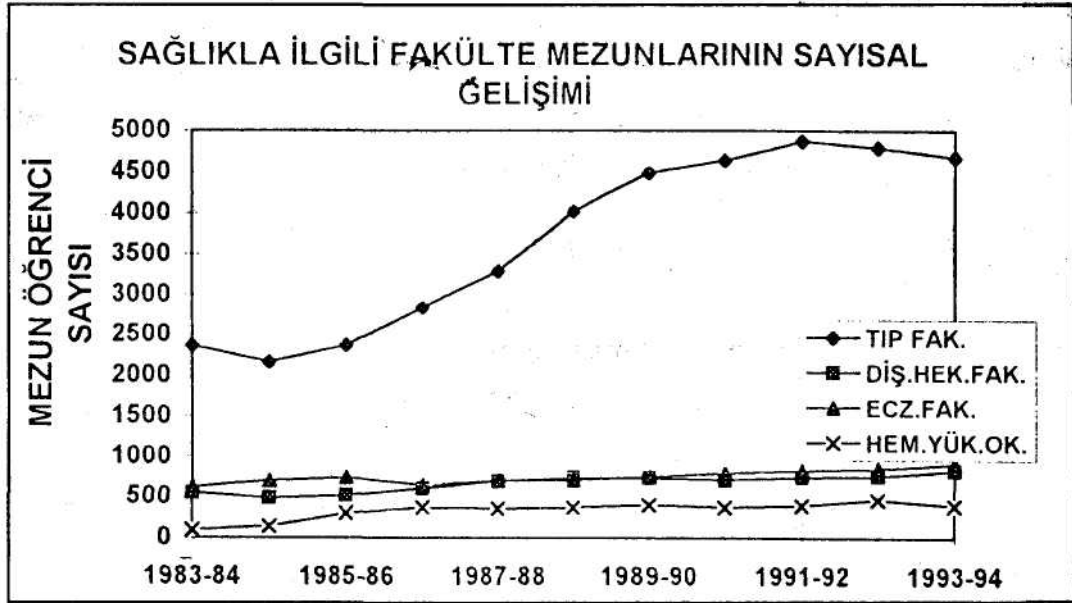
Mevcut tıp eğitimi, hekimleri temel sağlık hizmetleri anlayışına uygun olarak yetiştirmemektedir. 1981 Yüksek Öğrenim Yasası ile tıp eğitimi yeniden düzenlenerek ilk üç yıl temel ve klinik bilimlere ayrılmıştır. Dördüncü ve beşinci yıllar klinik stajlara ve altıncı yıl da intörlüğe ayrılmıştır. Bu düzenleme ile temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimliğin vurgulandığı eğitim olan halk sağlığına verilen önem azalmıştır. Tıp fakültelerinde halk sağlığı teorik olarak genellikle 80 saat okutulmakta, bazı fakültelerde bu teorik eğitim üçüncü yılda

verilirken, bazı fakültelerde ise dördüncü yılda klinik stajlar sırasında verilmekte ve yoğun klinik uygulamalar arasında önemini kaybetmekte, öğrenciler tarafından gerekli ilgiyi görememektedir. Ayrıca intörnlükte iki ay kırsal alanda uygulamalı olarak halk sağlığı eğitimi verilmekte, ancak eğitim bölgelerinin kendi sorumlulukları altında olmaması ve zaman zaman intörnlerin eğitime gönderildikleri sağlık kurumları ile yeterli işbirliği sağlanamadığından bu pratik eğitim de istenen verimlilikte yapılamamaktadır.

Tıpta uzmanlık için aday seçimi yalnızca yazılı bir sınavdan oluşan Tıpta Uzmanlık Sınavı ile yapılmaktadır. Bu sistem, nispeten objektif ve adil olmasına rağmen, öğrencilerin kişisel özelliklerini, pratik becerilerini ve genel olarak seçtikleri uzmanlık dalına uygunluklarını değerlendirecek nitelikte değildir. Tıpta uzmanlık sınavının öğrencilerin kişisel özelliklerini ve yeteneklerini de değerlendirecek şekilde iki aşamalı yapılması amacıyla Üniversitelerarası Kurulda çalışmalar yapılmış ve YÖK'e öneride bulunulmuştur. Uzmanlık kadroları da tıp fakültelerine alman öğrenci sayısı gibi, insan gücü planlama çalışmaları yapılmadan belirlenmektedir.



ŞEKİL 3 : SAĞLIK MESLEK LİSESİ MEZUNLARININ SAYISAL GELİŞİMİ



**ŞEKİL 4: SAĞLIKLA İLGİLİ FAKÜLTE MEZUNLARININ SAYISAL GELİŞİMİ**

***Aile Hekimliği :***

- Aile hekimliği eğitimi, 1985 yılında üç yıl süren bir uzmanlık dalı olarak Tıpta Uzmanlık ve Tababet Tüzüğüne girmiştir. Ankara, İstanbul ve İzmir'de bulunan dokuz devlet hastanesi Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi vermektedir. Mart 1996 tarihi itibarıyla 17 Üniversitede Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı kurulmuş ve bunlardan dördünün başkanlığına Aile Hekimliği uzmanları atanmıştır. Aile hekimi uzmanlık programına Tıpta Uzmanlık Smavı'nın yalnızca yabancı dil puanı ile girilmektedir. Aile hekimliği alanında 226 uzman ve 475 asistan mevcuttur.
- Tümüyle hastanede süren üç yıllık eğitim, şu rotasyonları kapsamaktadır:

İç hastalıkları	: 9 ay
Çocuk hastalıkları	: 9 ay
Kadın hastalıkları ve doğum	: 8 ay
Acil servis (genel cerrahi)	: 6 ay
Psikiyatri	: 4 ay
- Bu eğitim programı başlatıldığında çalışma alanları tanımlanmadığından, aile hekimliği eğitimi alan doktorlar, kendilerini genel pratisyenden çok uzman olarak görmektedirler.

Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yapılacak değişikliklerle aile hekimliği asistanlarının hem klinik hem de yabancı dil puanı ile alınması öngörülmektedir. Aynı tüzük tasarısındaki madde 13'de Aile hekimliği rotasyon süreleri değiştirilmiş ancak bu tasarı henüz geçerlilik kazanmamıştır.

## **Tababet Uzmanlık Tüzük Tasarısı**

Madde 13

<b><u>Ana Dal</u></b>	<b><u>Süresi</u></b>	<b><u>Rotasyonlar</u></b>	<b><u>Yan dallar</u></b>	<b><u>Süre</u></b>
Aile Hekimliği	3 yıl	-4 ay İç Hastalıkları -3 ay Ruh Sağ. ve Hastalıkları	Geriatri	2 yıl

<b><u>Ana Dal</u></b>	<b><u>Süresi</u></b>	<b><u>Rotasyonlar</u></b>	<b><u>Yan dallar</u></b>	<b><u>Süre</u></b>
		-4 ay Çocuk Sağ. ve Hastalıkları -4 ay Kadın Hast. ve Doğum -2 ay G.Cerrahi. -3 ay Halk Sağlığı -12 ay 1.Basamak sağ.kur. -4 ay elektif		

### **3.1.2 DİŞ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ**

#### **Mevcut Durum ve Sorunlar:**

- Diş hekimliği eğitimi veren fakülte sayısı toplam 10'dur. Eğitim süresi ise beş yıldır.
- Diş hekimliği teknik personelinden teknisyenlerin eğitimi, dört fakülteye bağlı diş teknisyenliği yüksekokulu ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki sağlık meslek lisesinde sürdürülmektedir.
- Ankara, İstanbul, İzmir dışındaki diş hekimliği fakülteleri nispeten daha yeni olduklarından, hem kadro hem fiziksel olanaklar açısından henüz oturmamışlardır. İç büyük ilin dışındaki fakültelerde verilen eğitimin kalitesi yetersiz kalmaktadır. Daha eski fakültelerde de, alınan öğrenci sayısında çok büyük artışlar olduğu için eğitim kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Örneğin, Hacettepe diş hekimliği fakültesi ilk açıldığında 30 öğrenci olarak eğitime başlamışken, bugün yılda alınan öğrenci sayısı 100-120 civarına çıkmıştır. 1994-1995 öğretim yılında diş hekimliği fakültelerindeki toplam öğrenci sayısı 5387 iken, aynı öğrenim yılında öğretim üyesi sayısı ise 359'dur ve bir öğretim üyesine 15 öğrenci düşmektedir. Diş hekimliği eğitiminde uygulamanın ne denli önemli olduğu düşünülecek olursa, bir öğretim üyesine düşen öğrenci sayısının fazlalığı ve fiziksel kapasite yetersizliği nedenleri ile eğitimin kalite ve verimi düşmektedir.
- Üniversitelerde araştırma, master ve doktora kadrolarına alınan öğrenciler altı ana bilim dalında uzmanlık eğitimi görmektedirler. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nı Tababet Uzmanlık Tüzüğünde, ortodonti ve protez olmak üzere, yalnız iki uzmanlık dalına yer verilmiştir. Bu nedenle, diğer dallarda uzmanlaşmış diş hekimlerine Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uzman kadrosu verilmemektedir.

### 3.1.3 ECZACILIK EĞİTİMİ :

#### Mevcut Durum ve Sorunlar :

Eğitim süresi dört yıldır. 1994-1995 öğretim yılında 7 eczacılık fakültesinde toplam öğrenci sayısı 4739 iken aynı yıl öğretim üyesi sayısı 252'dir ve öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 18.8'dir.

Müfredat ilk üç yarıyılıda temel fen bilimleri ağırlıklı, daha sonraki yıllarda, farmakoloji, farmasötik kimya, farmasötik teknoloji ve farmakognozi ağırlıklıdır; klinik eczacılık dersi verilmemektedir. Doğrudan insan sağlığı ve halk sağlığına yönelik dersler toplam ders saatlerinin %15 kadarını oluşturur. Eczacı istihdamı ağırlıklı olarak serbest eczanelerde olduğu halde eczacıların eğitiminde eczacılık mevzuatı ve işletme dersleri toplam ders saatlerinin %0.1'i oranındadır. Bazı üniversitelerde son yıllarda farklı bir yaklaşımla zorunlu ders programına klinik eczacılık dersi eklenmiş ve klasik eczacılık derslerinin saati azaltılarak son yıllarda seçmeli dersler getirilmiştir.

Fakültelerde verilen eczacılık eğitimi çok genel olduğundan, öğrenciyi ileride çalışacağı alana hazırlamamaktadır. Mezuniyet sonrasında eczacılar, hastane eczacılığı, serbest eczacılık ve endüstri eczacılığı gibi birbirinden oldukça farklı istihdam alanlarına yönelirler; fakat aldıkları eğitim bu alanların ihtiyaçlarına yönelik değil; ancak çok küçük bir grubun yönelebileceği akademik kariyere yöneliktir. Bu sorunu çözebilmek için eczacılık eğitiminde ilgi duyulan alana göre bir-iki yıllık bir branşlaşma önerilmektedir.

Uygulamalı eğitimin sağlanabilmesi amacıyla hemen tüm fakültelerde uygulama eczaneleri ve ders programlarına dahil edilmiş zorunlu yaz dönemi stajları vardır. Ancak genel olarak uygulamalı eğitim düzeyi yetersizdir.

### 3.1.4 EBELİK/HEMŞİRELİK VE SAĞLIK MEMURLUĞU EĞİTİMİ

#### Mevcut Durum ve Sorunlar:

Çağdaş sağlık anlayışı hizmetlerin bir ekip tarafından verilmesini öngörür. Sağlık hizmetlerinin ekip kavramı içinde verilmesinde ebelik, hemşirelik ve sağlık memurluğu hizmetlerinin önemli bir yeri vardır. Buna bağlı olarak bu meslek gruplarının mesleki eğitimleri de özel önem kazanmaktadır.

Ebelik ve hemşirelik mesleki eğitim programlarında koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesine paralel olarak, bu meslek gruplarının görev tanımları ve istihdamları da güncellik kazanmaya başlamıştır. Ebe ve hemşirelerin bir yandan akademik kariyer yaparak uzmanlaşmaları hedeflenirken, öte yandan koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapmayı özendiren unsurlar üzerinde durulmaktadır.

Günümüze kadar gelen Ebelik, Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu eğitimlerinde farklı düzeylerde eğitim öğretim yapılmıştır. Aşağıda bu eğitim düzeylerinin dökümü verilmiştir:

**Sağlık Okulları:** 1979 yılına değin ilkokula dayalı eğitim veren bu okullar ebelik ve hemşirelik bölümlerinden oluşmaktaydı. Okullann ebelik bölümlerinden mezun olanlara "köy ebesi", hemşirelik bölümünden mezun olanlara "hemşire yardımcısı" unvanı verilmiştir. 1979 yılında Sağlık Meslek Lisesi'ne dönüştürüldükleri için bu okullann eğitim politikalan açısından bir önemi kalmamıştır. Ancak, Sağlık Okulu mezunları arasında halen sahada görev yapanlar mevcuttur. Son yıllarda yapılan bir mevzuat değişikliğiyle Sağlık Okulu mezunların dışarıdan sınavla Sağlık Meslek Lisesi diploması verilmiştir.

**Sağlık Meslek Liseleri:** Ebelik ve hemşirelik başta olmak üzere; Sağlık Memurluğu, Çevre Sağlığı, Laboratuvar, Anestezi, Radyoloji, Diş Protez ve Ortez-Protez Teknisyenliği bölümlerinde eğitim veren okullardır. Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde olan bu okullar orta okuldan sonra dört yıl süreli, yatılı veya gündüzlü eğitim verirler. Bu alanlarda çalışan personelin çoğunluğu Sağlık Meslek Lisesi çıkışıdır. Eğitim süresince hem kültür dersleri, hem de mesleki dersler verilmektedir. Meslek derslerinin önemli bir bölümü uygulamalı olarak verilmektedir. Sağlık Meslek Liselerinde yatılı burslu okuyanlar, 1995 yılına kadar mezuniyet sonrasında öğrenim süreleri kadar zorunlu hizmetle yükümlüydüler. 1996 Ocak ayından geçerli olmak üzere bu yükümlülük kaldırılmıştır. 1994-95 öğretim yılı Sağlık Meslek Lisesi mezunu toplam 7911 Sağlık Memuru ve 6315 Hemşire atamalarının yapılmasını beklemektedirler

1995-96 ders yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı 323 Sağlık Meslek Lisesi bulunmaktadır. Bu Sağlık Meslek Liselerinde 50040 gündüzlü 7873 yatılı olmak üzere toplam 57913 öğrenci eğitim görmektedir. Bakanlığa bağlı Sağlık Meslek Liselerinin yanısıra, SSK, Milli Eğitim Bakanlığı gibi kuruluşlara bağlı özel ve resmi Sağlık Meslek Liseleri de vardır.

Hemşirelik, Ebelik, Sağlık Memurluğu eğitiminin liseye temellendirilmesi kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı 323 Sağlık Meslek Lisesinin 91'inin ebelik, hemşirelik ve sağlık teknisyenliği eğitimi veren "Yüksek Okullara", 140 tanesinin genel sağlık eğitimi veren "Sağlık Liseleri"ne dönüştürülmesi, alt yapısı yetersiz 94'ünün ise tasfiyesi planlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi için verinin güvenilir ve zamanında akışının sağlanması gerekmektedir. Bu alandaki insan gücü ihtiyacının karşılanması amacıyla 1994 yılında Sağlık Meslek Liselerinde Tıbbi Sekreterlik bölümleri açılmıştır. Bu insan gücünün sağlık hizmeti sunan bütün birimlerde kayıt ve istatistik alanlarında çalışmalarını hedeflenmiştir.

Toplam 323 Sağlık Meslek Lisesinden 168'inin kendisine ait binası bulunmaktadır. Okullardan 126'sı yeterli uygulama alanına sahip değildir. 63 okulda ise meslek dersi öğretmen sayısı 5'in altındadır. Ebelik, hemşirelik, sağlık memuru eğitimi geliştirilmesi yönünde yürütülen çalışmalar sonucu sağlık meslek lisesinde meslek dersi öğretmeni eksikliği giderilerek 1992 yılında 1167'den 1995-96 öğretim yılında 2645'e yükseltilmiştir. Küçük yerleşim birimlerinde bulunan okullara düşen meslek dersi öğretmen sayısı 1992 yılında okul başına 1.3 iken 1995 yılında 5.7'ye ulaşmıştır.

Sağlık Meslek Liselerinin Ebelik, Hemşirelik, Sağlık Memurluğu, Laboratuvar ve Çevre Sağlığı bölümleri müfredat programları yüksekokula geçiş de göz önüne alınarak günün koşullarına cevap verecek şekilde esnek olarak revize edilmiştir. Müfredat çalışmalarında koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş, sağlık memurluğu ve hemşirelik programları yaklaştırılmıştır. 1995-96 öğretim yılında yeni müfredat programları uygulamaya konmuştur.

**Tamamlama Programları:** Lise mezunlarına verilen 18 aylık bir eğitim programıdır. Bu eğitim programı 1986-1990 yılları arasında verilmiştir. Kısa sürede sağlık personeli yetiştirmeyi amaçlayan bu uygulamada; ebelik, hemşirelik ve teknisyenlik bölümlerinden toplam 20752 mezun verilmiştir. Bu mezunlara Sağlık Meslek Lisesi diploması verilerek atamaları buna göre yapılmıştır. Halen atanmayı bekleyen 3131 mezun bulunmaktadır.

**Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Personeli Eğitim Programları:** Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ile başlatılan bir programdır. Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının katıldığı, ön lisans düzeyinde, uzaktan eğitim metodolojisi ile yürütülen programlardır. İlk kez 1990-91 öğretim yılında Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu bölümlerinde başlatılan program, Ebelik ve Sağlık Teknisyenliği bölümleri de eklenerek sürdürülmektedir.

**Ön Lisans Eğitim Programları:** Üniversitelerde yürütülen iki yıllık programlardır. Ebelik, hemşirelik, laboratuvar, radyoloji, anestezi, diş protez, protez ve ortez, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümlerinde eğitim verilmektedir. Bu bölümlerden mezun olanlara tekniker unvanı verilmektedir. Bu unvan karşılığında Sağlık Bakanlığında kadro olmadığı için mezunların atamaları yapılamamaktadır. 1994-1995 öğretim yılı itibarıyla hemşirelik programında 6214, ebelik programında 2860 öğrenci eğitim görmektedir.

**Hemşirelik Yüksek Okulları:** üniversitelerde yürütülen dört yıllık lisans düzeyindeki programlardır. Mezunlarının akademik kariyer yapabildiği tek program özelliğini taşımaktadırlar. 10 yüksek okulda yürütülmekte olan bu programda 2662 öğrenci eğitim görmektedir. Toplam mezun sayısı 10.000 civarındadır. Halen Hemşirelik Yüksek Okullarında Hemşirelik, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Hemşirelikte Yönetim konularında toplam 383 öğrenci lisans üstü eğitim almaktadır. Akademik kariyer yapmış olan mezunlar hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu eğitiminin liseye temellendirilmesinde gerekli öğretim elemanı ihtiyacını büyük ölçüde gidereceklerdir. Türkiye'deki Hemşire ve ebe ihtiyacını karşılamaya yetmeyen lisans mezunları ağırlıklı olarak yataklı tedavi kurumlarında yöneticilik ve sağlık meslek lisesinde öğretmenlik yapmaktadırlar.

**Sağlık Eğitim Enstitüleri:** Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının bir üst eğitim yaptığı ön lisans düzeyindeki üç yıllık programlardır. Sahada en az üç yıl hizmet vermiş Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının giriş sınavı ile alındıkları bu programın temel amacı, Sağlık Meslek Liseleri için meslek dersi öğretmeni yetiştirmektir. Ayrıca, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde eğitimci, yönetici ve denetleyici olarak çalışan insan gücü yetiştirmek de bu programın amaçları arasındadır. İlki 1961 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan (Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü) Enstitülerin sayısı son yıllarda altıya çıkarılmıştır. Bu okullarda toplam 1150 öğrenci eğitim görmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliğinde yürütülen Sağlık Eğitim Enstitülerinin Sağlık Eğitim Fakültesine dönüştürülme çalışmaları sonucu hazırlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile 3 Kasım 1994 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak biri Ankara Üniversitesine, diğeri İstanbul Marmara Üniversitesine bağlı iki Sağlık Eğitim Fakültesi kurulmuştur. ....

Sağlık Eğitim Fakültesi, sağlık hizmetlerinin daha verimli olarak yürütülmesinde ihtiyaç duyulan yeni tip insan gücünü (Sağlık işletmecisi, Sağlık istatistikçisi, Çevre Sağlığı denetçisi, Sağlık ekonomisti, Sağlık mühendisi, Sağlık hukukçusu, Sağlık eğitimcisi v.b.) lisans ve lisans üstü programlarla yetiştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık Eğitim Fakültesinde Sağlık Eğitim Enstitücüsü mezunlarına lisans tamamlama programları açılarak 1983 yılından bu yana lisans tamamlama olanağı bulamayan mezunların akademik ilerleme yapmaları ve özlük haklarındaki kayıplarının giderilmesi sağlanacaktır.

Sağlık Meslek Liselerine öğretmen yetiştiren Sağlık Eğitimi Enstitüsü müfredatlarının bütün bölümleri (Medikal, AnaÇocuk Sağlığı, Toplum Sağlığı, Çevre Sağlığı, İstatistik ve Bilgisayar) Sağlık Meslek Lisesi Mezunlarından beklenen bilgi ve becerinin geliştirilmesini sağlayacak ve meslek derslerinin uygulamalı eğitim yöntemleri ile verilmesine imkan verecek şekilde, yeni gelişmeler ve sağlık politikaları doğrultusunda, güncelleştirilmiştir.

Sağlık Eğitimi Enstitüsü yenilenmiş müfredat programlarıyla iki dönem mezun vereceklerdir. 1996-97 öğretim yılından itibaren bu okulların Sağlık Eğitim Fakültesine dönüştürülmesi planlanmaktadır.



Çok çeşitli düzeylerde verilen hemşirelik eğitiminin standardizasyonunun sağlanması oldukça güçtür. Uluslararası Hemşirelik Konseyi farklı eğitim düzeyleri için farklı görev unvanları ve görev tanımları yapmaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne üye ülkelerde lise dengi ve ön lisans düzeyinde eğitim görmüş hemşirelere İkinci Düzey Hemşire ya da Tekniker Hemşire unvanı verilmektedir. Bu gruptaki hemşirelerin teknik konularda beceri sahibi olması ve en az lisans düzeyinde eğitim almış Birinci Düzey Hemşire'nin gözetimi ve yönetiminde çalışması öngörülmüştür. Türkiye'de ise, orta okuldan sonra dört yıl eğitim alanlarla lise sonrası dört yıl süreli lisans eğitimi alanlara hemşire, liseden sonra iki yıl eğitim alanlara ise tekniker hemşire unvanı verilmektedir. Uygulamada ise bildirilen okul tiplerinden mezun olanların arasında görev, yetki ve sorumlulukları açısından bir ayırım yapılmamaktadır.

Bu çeşitliliğin giderilmesi yönünde yürütülen çalışmalar sonucu 185. Yüksek Sağlık Şurası'nca Ebelik, Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu eğitiminin Avrupa Birliği normları paralelinde liseye temellendirilerek lisans düzeyindeki yüksek okullarda yürütülmesi, Sağlık Teknisyenliği, Diş, Laboratuvar, Radyoloji, Ortez-Protez vb. eğitiminin liseye temellendirilerek ön lisans düzeyindeki okullarda yürütülmesi (Anestezi Teknisyenliği bilahare değerlendirilecektir) kararı alınmıştır.

Hemşirelik, Ebelik, Sağlık Memurluğu eğitimi için ihtiyaç duyulan eğitim materyali eksikliğinin giderilmesi amacıyla yapılan çalışmalar sonucu 1991 yılına kadar 3 olan mevcut ders kitabı sayısı 46'ya yükseltilmiştir. Sekiz temel bilim dalında 172 çeşit afiş poster geliştirilmiştir. Bu afişlerden toplam 152000 adet basılacaktır. Anadolu Sağlık Meslek Liselerine İngilizce mesleki ders kitapları kazandırılmıştır.

Sağlık Meslek Liselerinde öğretmenlik yapan ve yüksek okula geçmesi planlanan meslek dersi öğretmenleri mesleki gelişimlerini sağlamak amacıyla yoğun hizmet içi eğitim programlarına alınmışlardır.

Hemşirelik, ebelik ve sağlık memuru eğitiminin lise sonrası eğitime geçişi yönünde, okulların yüksek okullara dönüştürülmesinin yanı sıra mevzuatın da buna uygun hale getirilmesi çalışmaları paralel olarak sürdürülmüştür. Bu amaçla hemşirelik ve ebelik eğitim düzeyini, yönetimini, çalışma şartlarını, görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen ve bu personel gruplarının yasal olarak örgütlenmesini de içeren Hemşirelik ve Türk Hemşireler Birliği ile Ebelik ve Türk Ebeler Birliği yasa tasarı taslakları Bakanlık ve Üniversiteler işbirliği ile *hazırlanmıştır*. Yasa tasarı taslaklarının Bakanlar Kuruluna sunulması beklenmektedir.

### 3.2 HİZMETİÇİ EĞİTİM

Personelin mesleki temel eğitimlerini tamamladıktan sonra yaptıkları işe yönelik bilgi ve becerilerini tazelemek; yeni gelişmeleri izlemek ve yeni beceriler kazanmak amacıyla aldıkları eğitimlerin tümü "hizmet içi eğitim" kapsamındadır. Son altı yılda Türk Tabipleri Birliği'nin öncülüğüyle ülkemizde yeni gelişen diğer bir kavram da "sürekli eğitimidir". Sürekli Eğitim mezuniyet sonrasında alınan mesleki eğitimlerin tümünü kapsar; amacı belli bir işle sınırlı olmadığından hizmet içi eğitimden daha genel bir kavramdır.

Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık personeline (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru) yönelik olarak yürüttüğü hizmet içi eğitimler, Bakanlık bünyesinde yürütülen İkinci Sağlık Projesinin hazırlık dönemine kadar yeterli koordinasyon olmadan değişik amaçlarla değişik birimler tarafından yürütülmüştür. Sağlık personelinin eğitimi ve program geliştirme ile ilgili ihtiyaçları çok iyi bilindiği halde kaynak yetersizliği, planlama ve koordinasyon ek-

sikliği nedeniyle kurumsallaşmaktan uzak, birimlerin ve kişilerin özel çabaları doğrultusunda yürütülen eğitim programlarının devamlılığı sağlanamamış ve hizmet kalitesini ne derecede etkilediği belirlenememiştir. Mevcut sağlık programları merkez tarafından, bölgesel koşullara uyarlanmaya çok az olanak bırakacak şekilde yönlendirilmiştir. Programlar arasında yeterli koordinasyonun sağlanamaması duplikasyonlara yol açmış, zaten kısıtlı olan kaynakların etkin olmayan biçimde harcanmasına neden olmuş ve uygulamanın genellikle aynı personel tarafından yapılması bazı noktaların ihmal edilmesine yol açmıştır. Bunların sonucu olarak temel sağlık hizmetlerinin il düzeyindeki uygulamaları tam ve yeterince olamamış, bu da söz konusu uygulamaların hizmetler üzerine beklenen etkisini azaltmıştır. Ayrıca, izleme ve değerlendirme ile ilgili hizmetler de yeterli düzeyde oluşturulamamış ve bu eğitim programlarının özlük haklarına bir katkısı olmadığından meslek mensupları açısından ilgi çekici ve özendirici nitelikte bulunmamıştır. 1995 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından gerçekleştirilen uyum eğitimlerinin mali portresi incelendiğinde bir kişinin bir günlük eğitiminin ortalama olarak yaklaşık 500.000 TL.'na mal olduğu düşünülecek olursa, hizmet içi eğitimlerde mümkün olduğu kadar duplikasyonlardan kaçınılması, maliyet-etkin eğitimlerin yapılması, izleme ve değerlendirmelerinin sağlanması ve koordinasyonun sağlanarak kurumsallaştırılması gereği ortaya çıkar.

İkinci Sağlık Projesinin hazırlık döneminde eğitim faaliyetlerinde entegre yaklaşım sağlamak ve bu yaklaşımı uygulamaya koyabilmek amacıyla, belirlenen amaç, hedef ve faaliyetler Bakanlık merkez teşkilatı ve Proje illerinden temsilcilerle birlikte tartışılmış ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili ilkeler ve düzenlemeler kararlaştırılmıştır. Bunun sonucu olarak; Bakanlık düzeyinde eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesinde teknik işbirliğini sağlamak, politikaların yerine getirilmesinde yönetsel önerilerde bulunmak ve bağımsız birimler arasındaki ilişkiyi sağlamak üzere bir "Eğitim Yönlendirme Komitesi" ile eğitim programları ve eğitimin izleme-değerlendirme faaliyetleri için, eğitim programlarının oluşturulmasından, yürütülmesinden ve eğitim materyali geliştirilmesinden bunların program bütünlüğü içinde ele alınması ve izlenip değerlendirilmesinden sorumlu olacak bir "Temel Sağlık Hizmetleri Teknik Komitesi" kurulmuş ve işletilmeye başlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Teknik Komitesi, halihazırda Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından koordinasyonu sürdürülen hizmet içi eğitimlerin kurumsallaşması amacıyla çalışmalara başlamıştır.

İllerde uygulanacak hizmet içi eğitimlerin program başlıklarının ve bu doğrultuda gerçekleştirilecek müfredatın oluşturulması için Bakanlık birimleri, üniversiteler, meslek kuruluşları ve il temsilcilerinin katılımıyla çalışılmıştır. Bu çalışmalar sonucu hizmet içi eğitimlerin; uyum ve geliştirme eğitimleri olarak iki başlık altında uygulanmasına karar verilmiştir. Aynı zamanda bu iki başlık altında uygulanacak eğitim programlarının alt başlıkları ve müfredatı da belirlenmiştir.

Daha sonra aynı çalışmalar kapsamında illerdeki eğitimlerin yürütülüş tarzı ile ilgili kararlar da alınmıştır. Bu kararlar uzantısında, Bakanlık birimlerinin eğitimlerini yürütmek üzere merkezde her birimin temsilcilerinden oluşan merkez eğitim ekibinin yanısıra, her ilde multidisipliner ve asgari yedişer kişiden oluşan il eğitim ekipleri kurulmuştur. Bu il eğitim ekiplerinin eğiticilik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla temsilcilerine eğitim formasyonu eğitimi verilmiştir.

Bu çalışmalar sonucu, ilk kez 1996 yılında uygulanmak üzere Bakanlık birimlerinin Proje illerine yönelik her türlü eğitim faaliyetini ve bu eğitimlerin yürütülmesi için gerekli sağlık personeline ve halka yönelik eğitim materyalini kapsayan "Bakanlık 1996 Yılı hizmet içi Eğitim Planı" oluşturulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte illerin kendi ihtiyaç ve öncelikleri doğrultusunda ve Bakanlık hizmet içi Eğitim Planını da dikkate alarak oluştur-

duklan il eğitim planları hazırlanmıştır. Bu planların hayata geçirilebilmesi amacıyla il eğitim ekiplerinin, merkez eğitim ekibi tarafından eğitimleri planlanmıştır, il eğitimcileri de bu eğitimlerden edindikleri bilgi ve becerilerle sahada görev yapan birinci basamak sağlık personelinin uyum ve geliştirme eğitimleri başlıkları altında illerinin ihtiyaç ve öncelikleri doğrultusunda eğitmektedirler,

s

Tüm bunların yanı sıra eğitimlerin hizmet ve toplumun sağlık düzeyi üzerindeki etkilerinin izlenmesi amacıyla izleme ve değerlendirme çalışmaları ile ilgili düzenlemeler yapılmış ve 1995 yılından itibaren illerde sağlık ocaklarından elde edilen verilerle izleme çalışmalarına başlanmıştır.

Sürekli eğitimi ve hizmet içi eğitimi almaya motive etmek ve varolan sürekli eğitimin standartlarını koymak amacıyla TTB'de "kredilendirme" çalışmaları başlatılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde de hizmet içi eğitimlerin kurumsallaştırılması çalışmaları içerisinde sağlık personelinin almış olduğu eğitimlerin özlük haklarına yansımaları amacıyla çalışmalar planlanmaktadır.

Diş hekimlerinin hizmet içi eğitimlerine yönelik olarak fakülteler her yıl sırayla kongre düzenlemektedirler. Bu kongrelerin içeriği, üniversitelerde yapılan araştırmaların tanıtımı, tipik vakaların tanıtımı ve teknolojik gelişmelerin izlenmesi gibi konular olmaktadır. Kongrelerin yanı sıra fakültelerin kış ayları boyunca sürekli olarak düzenledikleri seminerler vardır. Ayrıca çeşitli illerdeki odalar, uzmanlık dernekleri ve Türk Diş Hekimleri Birliği de seminerler düzenlemektedir.

Eczacıların hizmet içi eğitimleri ise fakülteler tarafından açılan kurslar ve Eczacı Odaları tarafından düzenlenen çeşitli seminerler yoluyla yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve meslek kuruluşlarının yanı sıra özel sektörde de bu konuda bazı çabalar vardır. Özel hastaneler çalıştırdıkları personele yönelik olarak hizmet içi eğitim programları düzenlemektedirler. Örneğin Ankara'daki Bayındır Hastanesi'nin hemşirelere yönelik sürekli bir programı, eğitim merkezi ve kütüphanesi vardır. Yurtdışından gelmiş uzmanlar tarafından hemşirelere yönelik bir sürekli eğitim sisteminin kurulup yerleştirilmesi ve hizmet içi eğitim verecek eğitimcilerin eğitimleri tamamlanmış olup halen 3 eğitim hemşiresi tarafından tüm hemşireler görev özelliklerine göre belirli aralıklarla eğitime alınmakta ve zaman zaman yeterlilik sınavları uygulanmaktadır.

#### 4. YÖNETİM

i

Çağdaş sağlık insan gücü geliştirme anlayışı planlama ve eğitim fonksiyonları ile birlikte yönetim konusunu da ön plana çıkarmıştır. Günümüze değin dünya genelinde, sağlık insan gücünün sayısal ve niteliksel planlaması, eğitimi ve istihdamı ile ilgili pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen; personelin işe alınmasından sonra mesleki ve kişisel gelişimi, iş tatmini, performansının değerlendirilmesi gibi konularda, kısacası personel yönetimi konularında yeterince çalışma yapılmamıştır. Bu konu gelişmiş ülkeler dahil, hemen tüm dünyada, özellikle kamu sektöründe yeterli ilgi görmemiştir. Oysa, bu faktörler personelin işe bağlılığı ve personel hareketliliğiyle, dolayısıyla verilen hizmetin kalitesi ile yakından ilgilidir.

Sağlık sistemlerinde insan gücü yönetimini makro (ülkesel veya bölgesel) ve mikro (hizmetin verildiği birimler) olmak üzere iki düzeyde incelemek mümkündür. Makro düzeyde, istihdam, diğer bir deyişle, global olarak sağlık personelinin işe alınması, ataması ve dağılımı yer

almaktadır. Türkiye'de, kamu sektörü açısından bakıldığında, sağlık insan gücü yönetiminin, büyük ölçüde istihdam yönetimini kapsadığı görülmektedir. Mikro düzeyde ise ücretlendirme, motivasyon, teşvik, terfi ve iş organizasyonu gibi konular yer almaktadır. Türkiye'de gerek 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu nedeniyle esnekliğin olmayışı ve gerekse sağlık sektöründe profesyonel yöneticilik anlayışının yerleşmemiş olmasından dolayı mikro konulara yeterince önem verilmemiştir.

Rapor'un bu bölümünde sağlık insan gücü yönetimi konusu ağırlıklı olarak makro yönüyle incelenecek, iş doyumunu, motivasyon ve teşvik gibi mikro konularla ilgili olarak yapılan bazı araştırmaların genel sonuçlarına yer verilecektir.

#### 4.1 SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN İSTİHDAM EĞİLİMLERİ

Aşağıdaki tabloda sağlık personelinin toplam sayılan ve sağlık kurumlarına dağılımı gösterilmiştir.

**TABLO 9: SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN SAYISI VE KURUMLARA DAĞILIMI (1994)**

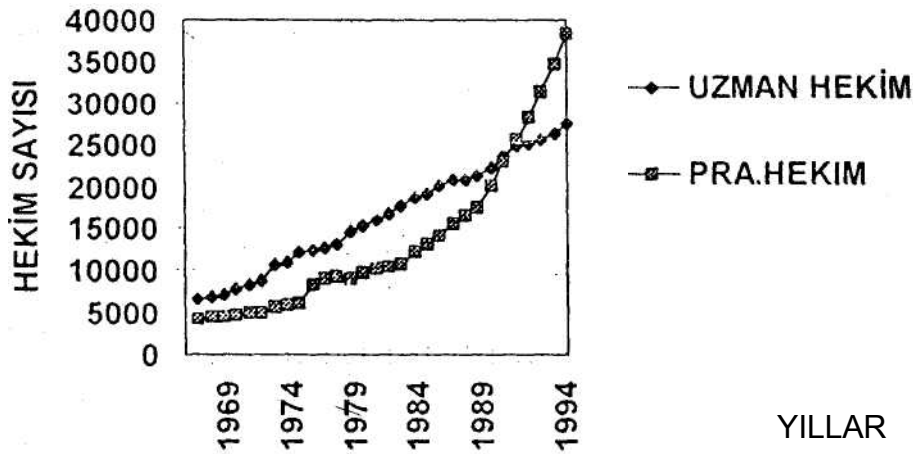
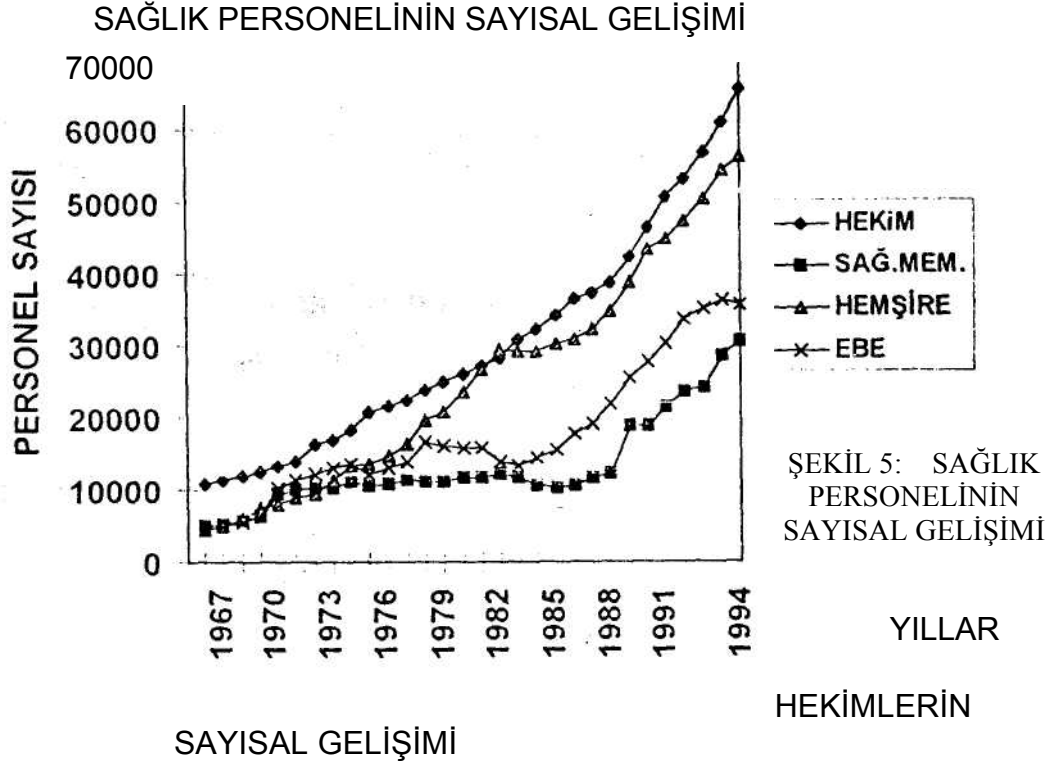
KURUMLAR	UZMAN PRATİS.			DİŞ		SAĞLIK		HEM	EBE
	HEKİM	HEKİM	HEKİM	HEKİM	ECZACI	MEM.	ŞİRE		
TOPLAM	65 832	27 564	38 268	11457	18 366	30 811	56 280	35 604	
Sağlık Bakanlığı	34 405	9 737	24 668	2 171	1193	22 678	35 348	33 038	
S.S.K.	6 869	4 001	2 868	465	944	2 193	6 826	1 227	
Üniversite	10 871	5 029	5 842	469	358	2 205	7 829	39	
Diğer Kamu	4 562	1 655	2 907	602	560	1 730	4 038	107	
Özel	9 125	7 142	1 983	7 750	15311	2 005	2 239	1 193	

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, APK Kurulu Başkanlığı**

Bu dağılım kamu ve özel sektör olarak gruplandırılırsa eczacıların ve dış hekimlerinin büyük ölçüde özel sektörde, diğer meslek gruplarının ise, ağırlıklı olarak kamu sektöründe hizmet verdiği görülür.

Türkiye'de sağlık insan gücü arzının mevcut durumundan bahsederken sağlık insan gücünün sayısal gelişimini de incelemek gerekir. Şekil 5'te 1965 yılından başlayarak hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sayısal gelişimi gösterilmiştir. Şekilde de görüldüğü gibi tüm meslek grupları için bir sayısal artış söz konusudur; ancak artış hızlan meslekten mesleğe büyük farklılık göstermektedir. 1980'den bu yana hekim, hemşire ve ebe sayılarında hızlı bir artış görülmüştür. Ancak yine de hemşire ve ebelerin hekimlere oranı birden azdır ve artış her meslek grubunda aynı hızda devam ederse bu oranlarda bir değişme olmayacaktır. Oysa, çağdaş sağlık hizmetinde bir hizmet piramidinin tabanını sırasıyla sağlık memuru, ebe ve hemşirelerin, tepe noktasını ise hekimlerin oluşturması gerekir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık memurlarının sayısı ise diğer meslek gruplarındaki artışın çok gerisinde kalmıştır. 1980'li yılların sonunda meydana gelen hızlı artış, diğer meslek gruplarıyla aradaki farkı kapatmaya yeterli olmamıştır,

Ülkemizde yakın zamana dek gözlemlenen sağlık insan gücü piramidindeki diğer bir denge-sizlik de uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısından fazla olduğudur. Şekil 6'da 1985 yılına değin uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısının iki katı kadar olduğu görülmektedir.



ŞEKİL 6: HEKİMLERİN SAYISAL GELİŞİMİ

Daha sonraki yıllarda bu farkın hızla kapandığı ve son beş yılda pratisyen hekim sayısının uzman hekim sayısını geçtiği görülmektedir. Uzmanlaşmanın ekonomik ve sosyal kazanç ve mesleki gelişme açısından hekimler tarafından tercih edilen bir yol olduğu bilinmektedir. Ancak, son yıllarda tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının hızla artırılmasıyla birlikte uzmanlık için alınan öğrenci sayısında benzer bir artış olmaması nedeniyle pratisyen hekim oranında artış görülmüştür.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından temel sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Ancak, Türkiye'de bu hizmetler istenilen ölçüde gelişmemiş ve ilk başvuru yeri olması gereken sağlık ocaklarının kullanımı finansman sorunları, araç-gereç yetersizliği ve yönetim sorunları nedeniyle düşük kalmıştır. Bu nedenle sağlık sistemimizde günümüze değin pratisyen hekimden gerektiği gibi yararlanılamamıştır. Birinci basamakta pratisyen hekimler tarafından verilmesi gereken hizmetler çoğu zaman özel muayenehanelerde ve hastanelerin polikliniklerinde uzman hekimler tarafından verilmektedir. Bu eğilim devam ettiği sürece, sayısı artan pratisyen hekimler arasında gizli ve açık işsizliğin ortaya çıkması muhtemel görünmektedir. Birinci basamak hekimliğin uygulama alanı olarak kabul edilmesi, Aile hekimliği sisteminin yerleştirilmesi ve sağlık ocaklarının desteklenip geliştirilmesi ile birlikte birinci basamak hekimliği önem kazanacak ve temel sağlık hizmetlerinin uygun yerde, uygun zamanda ve uygun maliyette sunumu gerçekleşecektir.

#### 4.1.1 SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN COĞRAFİ DAĞILIMI

Türkiye'de sağlık insan gücünün bölgeler arası dağılımının dengesiz olduğu bilinmektedir. Farklılıklar sadece kırsal kent arasında değil aynı zamanda doğu batı arasında mevcuttur. İlke genelinde nüfus/sağlık personeli oranları incelendiğinde, 1991 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1059 kişiye bir hekim, 1219 kişiye bir hemşire, 1694 kişiye bir ebe düştüğü görülmektedir. Fakat aynı rakamları bölgesel düzeyde incelediğimizde bu ortalamadan büyük sapmalar görmekteyiz. Örneğin, İstanbul'da 1563 kişiye bir pratisyen hekim düşerken Hakkari'de 3254 kişiye bir pratisyen hekim düşmektedir. İnsangücünde özellikle üç büyük metropolde yığılma vardır.

Ayrıca, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog gibi sağlık personelinin dağılımında da dengesizlik vardır. Coğrafi dağılımdaki dengesizliğin nedenleri arasında sağlık kurum ve kuruluşlarının dağılımındaki dengesizliğin yanı sıra ekonomik, sosyo-ekonomik ve bölgesel koşullar sayılabilir. Diş hekimi, fizyoterapist, diyetisyen ve psikologların da üç büyük kentte yoğunlaştığı görülmektedir. Örneğin, hastane yönetmeliklerinde hastane başına bir diyetisyen öngörüldüğü halde Ankara'da bazı hastanelerde ondan fazla diyetisyen bulunurken, diğer illerdeki çoğu hastanelerde ise hiç diyetisyen bulunmamaktadır.

Sağlık insan gücünün coğrafi dağılımındaki dengesizlikleri doğu/batı, kırsal/kent gibi ayrımlarla değerlendirmekten ziyade sağlık altyapısının dağılımı ve bölgelerin gelişmişlik düzeyi ile ilintilendirmek gerekir. Sağlık altyapısının tanımlanmasında bölgedeki sağlık ocaklarının ve hastanelerin sayısının yanı sıra, hastanelerin kapasiteleri ve özel dal/eğitim hastanelerinin ve sağlıkla ilgili fakültelerin bulunup bulunmadığı da dikkate alınmalıdır. Bu şekilde bir tanımlama yapıldığında doğal olarak sağlık altyapısının dağılımı ile sağlık insan gücünün dağılımı arasında bir paralellik görülür. Diğer bir deyişle, sağlık insan gücünü istihdam eden kuruluşlarda belirli bölgelerde bir yığılma olduğu için, sağlık insangücünde de benzeri bir yığılma olmaktadır. Ancak, dağılım sorunlarının kaynağında yatan asıl etken yerleşim yerlerinin gelişmişlik düzeyidir. Gelişmişlik düzeyinin ölçütü olarak 1990 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilmiş olan "Human Development Index (İnsani Gelişmişlik Endeksi (İGE))" kullanılabilir. Gelir düzeyi, sağlık ve eğitim endikatörlerinden oluşan bu endeks 1992 yılında Halis Akder tarafından Türkiye için iller bazında uyarlanmıştır<sup>32</sup>. İller yüksek, orta ve düşük gelişme düzeyi olarak gruplandırıldığında, her gruptaki ortalama nüfus/sağlık personeli oranlarına bakılırsa, illerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık insan gücünün dağılımının ilintili olduğu görülür. (Tablo 11).

**TABLO 10: KAMUYA AİT YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA HİZMET VEREN UZMAN HEKİMLER (1995) UZMANLIK ALANI**

UZMANLIK ALANI	TOP.	SAG.BK.	SSK	ÜNİV.	DİĞER
TOPLAM	19798	9019	3715	4865	2199
Allerji	1	1	-		-
Aile Hekimliği	64	63	-		1
Anestezi ve Reanimasyon	904	310	157	250	187
Bakteriyoloji	339	127	59	104	49
Biyokimya	538	223	105	127	83
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1665	790	309	408	158
Çocuk Cerrahi	95	43	7	38	7
Çene Cerrahi	2	-	2		-
Deri ve Zührevi Hastalıklar	501	227	91	115	68
Endokrinoloji ve Metabolizma	4	2	2	-	-
Enfek. Hast. ve Kln.Mikrobiyoloji	364	206	56	87	
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	499	242	91	118	48
Gastro Entroloji	42	33	6	-	3
Gastro Entroloji Cerrahi	15	15	-	-	-
Genel Cerrahi	2118	1079	440	378	221
Göğüs Hastalıkları	579	311	113	118	37
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi	370	169	25	148	28
Göz Hastalıkları	1024	492	214	175	143
Hematoloji	14	11	2	-	1
İç Hastalıkları	1947	890	397	456	204
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1881	1011	425	221	224
Kardiyoloji	336	97	27	161	51
Kulak, Burun ve Boğaz Hast.	941	443	207	172	119
Mikrobiyoloji	53	17	2	34	
Nöroloji	665	300	134	162	69
Beyin Gerrahi	456	194	82	131	49
Ortopedi ve Tramatoloji	916	409	188	186	133
Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi	104	34	16	48	6
Röntgen Teşhis	758	337	111	187	123
Röntgen Tedavi	88	52	2	31	
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	520	237	71	176	36
Üroloji	866	416	205	149	96
Nükleer Tıp	56	11	18	25	2
Nefroloji	10	1	5	4	
Ortodonti	9	8	-	-	1
Patolojik Anatomi	409	151	69	166	23
Diğer	645	67	77	490	11

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

Tablo 11'e bakıldığında genel olarak, gelişmişlik düzeyi azaldıkça, nüfus/sağlık personeli oranlarında artış görülmektedir. Dağılımı en dengesiz olan personel grubu hemşireler, en dengeli olan ise ebelerdir. Ebelerin dağılımında dikkati çeken diğer bir nokta da yüksek ve düşük gelişme düzeylerinde nüfus/ebe oranının orta gelişme düzeyine oranla daha fazla olmasıdır. Bunun nedeni ebelerin ağırlıkla istihdam edildiği sağlık ocağı ve sağlık evlerinin gelişmişlik düzeyi yüksek olan metropollerde nüfusa oranla daha az olması; gelişmişlik düzeyi düşük olan yerlerde ise çalışma koşullarının elverişsizliği nedeniyle tüm sağlık personelinde olduğu gibi ebelerin istihdamında da sıkıntı çekilmesi olabilir.

**TABLO 11: FARKLI GELİŞME DÜZEYİNDEKİ İLLERDE NÜFUS/SAĞLIK PERSONELİ ORANLARI (1994)**

	NÜFUS/ HEKİM	NÜFUS/ D.HEKİMİ	NÜFUS/ ECZACI	NÜFUS/ HEMŞİRE	NÜFUS/ SA.MEM.	NÜFUS/ EBE
YÜKSEK GELİŞME (n = 7)	879	4966	2843	968	1858	1634
ORTA GELİŞME (n = 43)	1294	9473	4188	1204	2010	1438
DÜŞÜK GELİŞME (n = 17)	2299	18798	14002	2120	2988	2739

**Not: n = İl Sayısı**

Bu endeksin tanımladığı gelişmişlik düzeyi ile sağlık personeli sayısı ve sağlık altyapısı arasındaki ilişki dağılım sorunlarıyla ilgili önemli bir noktayı vurgulamaktadır: Endeksin sağlık ve eğitim konusunda gelişmişlik ölçütleri de içerdiği göz önüne alınırsa, sağlık altyapısının ve sağlık insan gücünün nispeten eksik olduğu bölgelerin aynı zamanda sağlık ve eğitim konusunda az gelişmiş bölgeler olduğu ortaya çıkar. Yani, sağlık hizmetlerine en çok gereksinim olan bölgelerde bu hizmetleri sağlayacak insan gücü ve altyapı bulunmamaktadır. Eğer istihdam politikaları sosyo-ekonomik yapıdaki farklılıkları değerlendirip az gelişmiş bölgelerdeki eksiklikleri giderici önlemler alacak şekilde geliştirilmezse, sağlık altyapısı ve insan gücünün dağılımındaki dengesizlikler devam edecektir.

Coğrafi dağılımı dengelemek açısından son on yılda iki ana politika izlenmiştir:

**1. Sağlık personeli sayısını arttırmak:** Bu uygulama sağlık personelinin işlevleri, iş yükleri ve kalitesi göz önüne alınmadan yapıldığından, istenilen sonucu vermemiştir.

**2. Zorunlu hizmet :** Bu politika bir dereceye kadar başarılı olmuş, fakat sorunu tümüyle çözememiştir. Yatılı Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri için daha önceki yıllarda mevcut olan



zorunlu hizmet uygulaması, gelişmişlik düzeyi düşük olan bölgelerdeki açığı kapatmak amacıyla 1980'li yılların başında hekimler için de getirilmiştir. Bu politika hizmet kalitesi ve sağlık personelinin iş doyumu ile ilgili sorunlar yaratmıştır. Yeni mezun personel genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde istihdam edilmekte ancak, çoğunlukla yabancı oldukları bir bölgede, yetersiz denetim ve yetersiz destek görerek çalışmaktadır.

Öğrenci sayısındaki hızlı artışla birlikte zorunlu hizmet uygulaması arza dayalı bir istihdam stratejisine yol açmıştır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam, özellikle hekim istihdamı hızla artarak finansman üzerinde bir baskı oluşturmuştur. Zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılında tümüyle kaldırılmıştır. Yeni mezun ebe, hemşire ve sağlık memurlarının Sağlık Bakanlığı'nda istihdamı için sınav sistemi getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında yaptırılan "Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Mesleki Tutumları" araştırmasında sağlık personeline düşük gelişme düzeyindeki bölgelerde çalışmayla ilgili tercihleri sorulmuştur. Bu bölgelerde çalışmayı teşvik etmek amacıyla "daha yüksek ücret, lojman, ileri eğitim olanakları ve çalışma ortamının iyileştirilmesi (sağlık ekibi kavramının korunması, tıbbi malzeme ve taşıt aracı sağlanması)" gibi önlemler alındığı takdirde; hekim, dişhekim, ebe ve hemşirelerin yaklaşık %40'ı ile sağlık memuru ve sağlık teknisyenlerinin %58'i düşük gelişme düzeyindeki illerde çalışmayı istediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, düşük gelişme düzeyindeki bölgelerde çalışmaya en olumlu yaklaşanların halen bu bölgelerde çalışmakta oldukları ve en olumsuz yaklaşanların halen orta gelişme düzeyindeki illerde olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bekar, çocuksuz ve çalışma süresi 0-5 yıl arasında olanlarda düşük gelişmişlik düzeyindeki yerlerde çalışmayı tercih etme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, çalışma koşulları iyileştirdiği takdirde halen düşük gelişme düzeyindeki illerde çalışan personelin buralarda tutulması ve yeni mezun, evli olmayan personelin zorunlu hizmet olmaksızın bu bölgelere çekilmesi mümkün görülmektedir.

Yine aynı araştırma sonuçlarına göre sağlık personeli yaşayacağı bölgeyi seçerken sırasıyla en fazla eğitim olanakları, sosyal çevre, yüksek gelir elde etme olanağı ve kültürel etkinlikler önem kazanmaktadır. Bu sıralamadan, ücretlendirme politikalarında yapılacak değişikliklerin sağlık insan gücü dağılımını olumlu etkileyebilmesi mümkün olmakla birlikte bunun başlıbaşına yeterli olmadığı görülmektedir. Bu bölgelerde gelişme düzeyi yükselene dek, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve daha yüksek ücret gibi politikalarla yeni mezun personelin, geçici bir süre için bu bölgelerde çalışmasını temin etmek mümkün olacaktır. Bu konudaki önemli bir araştırma sonucu da düşük gelişme düzeyindeki illerde bulunan meslek okullarından ve fakültelerden mezun olanlarda bu illerde kalma eğiliminin daha fazla olmasıdır.

#### **4.1.2. SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN KURUMLARA DAĞILIMI**

Sağlık insan gücünün coğrafi dağılımı kadar, fonksiyonel dağılımı, yani sağlık hizmetleri veren kurumlara nasıl dağıldığı da önemlidir. Burada, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ve kurumlara yapılan başvuru sayıları ile personelin işyükünün dengelenmesi özellikle önem taşır.

Kamu sektörü ağırlıklı ve merkezden yönetilen sistemlerde genellikle nüfusa ve hastanelerdeki yatak sayılarına dayalı kadro normları kullanılarak istihdam yapılmaktadır. Öte yandan özel sektörün ağırlıklı olduğu sistemlerde sektördeki arz-talep dengeleri kurumlarda çalışacak personel sayısını belirlemektedir. Çoğu ülkenin sistemi ise bu iki ucun arasında yer almakta, kamu sektörünün hizmetin tamamını merkezden kontrol etmediği sistemlerde bile sağlık bakanlıklarının hizmete ve personel istihdamına yönelik standartları belirlemesine dayanmaktadır. Nüfus ve yatak sayılarına dayalı istihdam kriterlerinin bir adım ötesi işyüküne dayalı istihdam kriterlerinin kullanılması; desantrilizasyonun daha yaygın olduğu sistemlerde ise performans indikatörlerini kullanarak personel sayısının daha esnek bir şekilde kontrol edilmesidir. Performans indikatörleri sağlık kurumlarının performansı ile ilgili ipuçları veren seçilmiş istatistiklerden oluşmaktadır. Bu indikatörlerle ülke düzeyinde kurumları karşılaştırmak ve ortalamadan farklılık gösteren kurumlarda sorunları araştırarak gerekli önlemleri almak mümkün olmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığında 1979 yılından beri nüfus oranları ve yatak sayılarına dayalı kadro normları kullanılmaktadır. 1993 yılından bu yana bu normların güncelleştirilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda nüfus ve yatak sayılarına dayalı normların sistemin ihtiyaçlarını karşılayamadığı anlaşılmış ve desantrilizasyon yönünde planlanan reformlar da göz önüne alınarak, işyüküne dayalı normların geliştirilmesi için çalışmalara başlanmıştır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği yapılarak, geliştirmiş oldukları "İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi" Türkiye'ye uyarlanmaya çalışılmaktadır.

Kadrolamada işyüküne dayalı yöntemler kullanılması sağlık personelinin yaptığı işlerin ve yerine getirdiği fonksiyonların analiz edilmesini gerektirmektedir. Yapılan bu analizler genellikle kağıt üzerindeki görev tanımlarının sorgulanması ve gereken durumlarda görevlerde değişiklikler yapılması sonucunu doğurmaktadır. Türkiye'de de gerek birinci basamak kurumlarda gerekse yataklı tedavi kurumlarında çalışan insan gücünün görev tanımlarının güncelleştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sağlık ocaklarında çalışan hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurunun taslak görev tanımları 1988 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışma sonucu belirlenmiştir (Bkz Ek-2). Bu tanımlarda dikkati çeken nokta bazı görevlerin hemen hemen hiç uygulanmadığı (örneğin, hemşirelerin işçi sağlığı hizmetlerini yürütmeleri) ya da aldıkları eğitimle uyumsuz olduğudur (örneğin, koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerini yürütme görevinin hekime değil hemşireye verilmiş olması). Ayrıca görevlerde işbölümünden çok duplikasyon görülmektedir. Sağlık ocaklarında yapılacak kapsamlı bir işyükü araştırması sonucunda, hangi işlevlerin sıklıkla yerine getirildiğini izlemek mümkün olacaktır. Yataklı tedavi kurumlarında çalışan personelin görevlerinin yer aldığı "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nin revizyonu çalışmaları da sürmektedir.

## 4.2. PERSONEL YÖNETİMİ

Türkiye'de kamu sektöründe işe alma, performans değerlendirmesi, terfi, disiplin ve ücretlendirme gibi personel yönetimi fonksiyonları büyük ölçüde 657 sayılı Devlet Memurları

Kanunu çerçevesinde yürütülmektedir. Bu yönetim tarzı genellikle objektif olmakla birlikte yöneticiye az esneklik tanımaktadır. Kamu sektöründe atamalar personelin nitelikleri ve kurumların kendilerine has ihtiyaçlarını göz önüne alınmaksızın yapıldığından ve ücret 657 sayılı kanun çerçevesinde performansa değil kıdeme göre belirlendiğinden ve bu konuda bir teşvik ve denetleme mekanizması olmadığından, yerel ve kurumsal düzeydeki yöneticinin personel yönetimindeki fonksiyonu önemsiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe profesyonel yöneticilik kavramı gelişmemiştir.

Yönetimle ilgili aksaklıklar, araç-gereç yetersizlikleri ve genel olarak çalışma koşulları kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin iş doyumunu olumsuz etkilemiştir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinde görev yapan personel, eğitici denetim (supervision) eksikliği nedeniyle kendini yalnız hissetmekte ve hizmeti istenen kalitede sunamamaktadır. Kamu sektöründe çalışan sağlık insan gücünün iş doyumunu ve motivasyonu eksikliği sorunu "Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Mesleki Tutumları Araştırması" bulgularınca da desteklenmektedir. Araştırma bulgularına göre işinden en az memnun olanlar sağlık evi, sağlık ocaklarında görev yapan sağlık personeli, en fazla memnun olanlar ise serbest çalışanlardır. Meslek grupları açısından incelendiğinde, işinden en az memnun olan grubun pratisyen hekimler, en memnun olan grubun ise diş hekimleri olduğu görülmektedir. İş doyumunu açısından bakıldığında, pratisyen hekim ve hemşirelerde düşük, diş hekimi, eczacı ve uzman hekimlerde yüksek olduğu görülmektedir. Motivasyon eksikliğinin bir göstergesi kabul edilebilecek ve araştırmada yer alan diğer bir konu da "tükenmişlik" (burnout) konusudur. Araştırma, duygusal tükenmenin pratisyen hekimlerde ve hemşirelerde diğer sağlık meslek gruplarına oranla anlamlı olarak fazla olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde sağlık personelinin çalışma koşulları hemen her yerde, fakat özellikle az gelişmiş yörelerde ağırdır. Mesleki risklerin en aza indirgenmesi; meslekle ilgili hastalık ve sakatlanma durumlarında tazminat ve güvence konularındaki düzenlemeler yetersizdir. Çalışılan fiziki ortam ve lojmanlar zaman zaman asgari şartlardan yoksundur. Mesleki gelişme ve sürekli eğitim olanakları kısıtlıdır. Görev tanımlanmadaki belirsizlikler yüzünden personel kimi zaman aldığı eğitimin çok üstünde, kimi zaman da eğitiminin ve yeteneklerinin çok altında rutin görevlerle yüklenmiştir. Sağlık personelinin mesleki örgütlenmesinde ve sendikal haklarında eksiklikler vardır; hemşire ve ebeler başta olmak üzere çoğu meslek grubunun birliği yoktur ve kamu sektöründe toplu sözleşme ve grev konularında hukuki engeller vardır. Tüm bu faktörler, sağlık sektöründe normal durumda bile stresli olan çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır. Bu durumda sağlık personelinin moralini yüksek tutmak ve verilen hizmetlerin kalitesini korumak önemli bir yönetim sorunudur. ■••■

#### 4.2.1. ÜCRETLENDİRME

Kamu sektöründeki ücret sistemi oldukça karmaşıktır. En önemlisi ücreti performansa ve arz-talep dengesine bağlayacak bir mekanizmadan yoksun olunmasıdır. Sağlık personelinin özlük hakları açısından kamu sektöründe sağlanan ücret çoğu meslek grubu tarafından yetersiz bulunmaktadır. Bu konuda dikkat çeken diğer bir nokta da 1980'li yılların ilk yarısı-

sında, sağlık personeli dahil, kamu sektöründe çalışan tüm personelin reel olarak bir ücret kaybına uğradığıdır. 1980'li yılların sonlarında maaşlara yapılan zamlar bu kaybı büyük ölçüde telafi etmiş gibi görünse de 1970'li yıllara dair benzer veriler olmadan bu konuda bir sonuca varılması mümkün değildir. Tablo 13 ve Tablo 14'te görüldüğü gibi hemen tüm meslek grupları için 1988 yılına dek bir gelir kaybı söz konusudur; 1987'den bu yana ise 1989 yılında yapılan artışla sağlık personelinin alım gücünde bir miktar iyileşme olmuş; 1993 yılına dek ücret artışları genelde fiyat artışlarının üzerinde gerçekleşmiştir. 1994 yılındaki ekonomik krizin etkileri tüm sağlık personeli açısından maaşlara yansımıştır; tablolarda görüldüğü gibi maaşlarda 1994 yılında önemli reel düşüşler olmuş; uzman hekim maaşları 1987 düzeyinin gerisinde kalmıştır. 1995 yılında ise reel ücretler 1994 yılı düzeyinde kalmıştır.

Dr. Ata Soyer tarafından yapılmış "Dünyada ve Türkiye'de Hekimlerin ve Sağlık Personelinin Temel Sorunları" adlı çalışmada 1990 yılındaki gelir düzeyinin 1978 yılına oranla gerilediği saptanmıştır. 1978 yılı verileri elimizde olmadığı için 1987-92 arası ücret artışlarının bu farkı kapatıp kapatmadığı belirlenememiştir. Ayrıca 1978 yılı verileri bu bakımdan aldatıcı olabilir çünkü 1978 yılı tam gün yasasının uygulandığı kısa döneme rastlamaktadır. Bu yasa sonucunda hemen tüm sağlık personeline çok yüksek ücret artışları verilmişti. Bu nedenle sağlıklı bir karşılaştırma yapabilmek için 1970-90 arası ücretlerin dikkate alınması gereklidir.

Ücret politikalarının sağlık insan gücünün ülke sathına dengeli dağılımı açısından da önemi vardır. Örneğin, Ankara ve Siirt illerinde ödenen ücretler karşılaştırılırsa, ücretlerin 1980 yılında Siirt lehine oldukça önemli bir fark gösterdiği görülür. 1980 yılında Siirt'teki ücretlerin Ankara'dakilere oranı uzman hekimler için 1.52, pratisyen hekimler için 2.54 ve hemşire/ebeler için 1.50 idi. Bu farkın 80'li ve 90'lı yıllarda gitgide kapandığı görülmektedir. 1995 yılında ise aynı oranlar, uzman hekimler için 1.48, pratisyen hekimler için 1.36 ve hemşire/ebeler için 1.21'dir. Özellikle Doğu bölgelerindeki hemşire açığı göz önüne alındığında, doğu ile batı arasındaki ücret farklarının dengeli dağılımı sağlama açısından yeterli olmadığı görülür. Ankara ve Siirt'teki 1980-1992 arası ücretler Ek 3'te verilmiştir. Ücretleri belirlerken çalışılacak yerin gelişmişliğini ve sağlık personeli açısından çekiciliğini objektif olarak saptayıp, buna uygun olarak ücret farklılıkları oluşturulabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında "İlçe Merkezlerinde Yaşam Kalitesi" adlı bir çalışma yaptırılmıştır. Bu çalışma sonucunda Türkiye'deki tüm ilçeler çekicilikleri açısından endekslenerek sıralanmıştır.

**TABLO 12 : 1980 - 1987 SAĞLIK PERSONELİ REEL MAAŞ DEĞİŞİMİ (ANKARA)**

	UZMAN	PRATİSYEN	ECZACI	EBE-HEM
YILLAR	1/4	8/3	8/1	12/3
1980	100	100	100	100
1981	88.5	101.8	84.4	93.1
1982	77.8	98.7	79.7	94.4
1983	78.8	88.2	91.7	100.8
1984	76.8	90.6	87.3	101
1985	78.1	100.2	90.1	99.2
1986	89.7	96.3	96.6	101.4

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı, APK Kurulu Başkanlığı*

*Not: Kentsel alanlar tüketici endeksine göre 1978 fiyatları esas alınarak deflate edilmiştir.*

**TABLO 13: 1987 - 1995 SAĞLIK PERSONELİ REEL MAAŞ DEĞİŞİMİ (ANKARA)**

	UZMAN	PRATİSYEN	ECZACI	EBE-HEM
YILLAR	1/4	8/3	8/1	12/3
1987	100	100	100	100
1988	89.91	92.87	92.09	92.59
1989	152.91	155.52	146.04	145.20
1990	140.16	151.02	150.10	141.42
1991	149.24	163.65	165.70	
1992	151.70	166.76	176.28	178.18
1993	136.63	170.91	179.86	177.03
1994	98.80	122.22	140.06	130.27
1995 <sup>9</sup>	90.25	111.23	129.96	126.45

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı, APK Kurulu Başkanlığı*

*Not: Kentsel alanlar tüketici endeksine göre 1987 fiyatları esas alınarak deflate edilmiştir.*

## 5. SONUÇ

Türkiye'de 1960'lardan bu yana sağlık sektöründe bazı gelişmeler sağlanmış ancak bu gelişmeler istenilen düzeye ulaşamamıştır. Uygulanan politikalar, yürütülen çalışmalar mevcut sorunların giderilmesini sağlayamamıştır. Bu sorunların en önemli bölümünü de sağlık insan gücüne yönelik sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık insan gücü alanındaki mevcut durum

ve sorunlar şöyle özetlenebilir:

- Sağlık personelinin coğrafi ve kıır/kent dağılımında dengesizlikler,
- Sağlık personelinin birbirlerine oranındaki dengesizlik; hekim sayısına oranla ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni sayısının yetersizliği,
- Sağlık personelinin temel eğitiminin, mezunları sahadaki, özellikle birinci basamaktaki uygulamalara hazırlamaktaki yetersizliği,
- Sağlık personelinin eğitim kalitesinin fiziksel kapasite, öğretim elemanı ve eğitim materyali yetersizlikleri nedeniyle düşüklüğü,
- Ebelik/hemşirelik personelinin profesyonel statüsünün, eğitim düzeyinin ve mesleki örgütlenmesinin yetersiz olması nedeniyle, istenilen düzeyde olmaması,
- Tüm sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği; sağlık personelinin motivasyonunun düşüklüğü, ücret ve terfinin performansla ilişkilendirilmemiş olması; gelişme düzeyi düşük bölgelerde çalışmayı özendirici önlemlerin olmaması,
- Personel istihdamı ve yönetiminin çok merkezîyetçi ve esneklikten yoksun olması; uygun kadro standartlarının eskiliği, mevcut standartların işyükü ve hizmet kullanımından ziyade nüfus ve yatak sayılarına dayalı olması,
- Sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuatın yetersizliği; görev analizlerinin olmaması,
- Sağlık personelinin sürekli eğitimi konusunda koordinasyon eksikliklerinin olması; bu eğitimlerin izlenmesi, personel istihdamına ve özlük haklarına yansıtılmasıyla ilgili bir düzenlemenin olmaması.

Ayrıca 1980'li yıllarda ve 1990'lann başında uygulamaya konan bazı politikalar, sağlık sektöründe insan gücü ile ilgili sorunları ön plana çıkararak, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, YÖK, üniversiteler ve meslek kuruluşları arasında önemli bir tartışma gündemi oluşmasına yol açmıştır. Bu politikalar ve sorunlar aşağıda özetlenmiştir:

- Tıp fakültelerinin ve Sağlık Meslek Liseleri'nin sayısının ve alman öğrenci sayılarının 1980'lerin sonunda ve 1990'lann başında hızla artırılması nedeniyle eğitim kalitesinde ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır.
- Yatılı Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri için daha önceki yıllarda da mevcut olan zorunlu hizmet uygulaması, gelişme düzeyi düşük olan bölgelerdeki açığı kapatmak amacıyla 1980'li yılların başında hekimler için de getirilmiştir. Bu politika hizmet kalitesi ve sağlık personelinin iş doyumu ile ilgili sorunlar yaratmış, genellikle temel sağlık hizmetlerinde istihdam edilen yeni mezun personelin, çoğunlukla yabancı oldukları bir bölgede, yetersiz denetim ve yetersiz destek görerek çalışmasına neden olmuştur.
- Öğrenci sayısındaki hızlı artışla birlikte zorunlu hizmet uygulaması arza dayalı bir istihdam stratejisine yol açmıştır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam, özellikle hekim istihdamı hızla artarak finansman üzerinde bir baskı oluşturmuştur.

Bu sorunlar sağlık insan gücünün eğitimi ve yönetimi alanlarında ve o güne dek yeterince önem verilmemiş olan insangücü planlaması alanında değişimin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Sözü edilen sorunların pek çoğunun kökeninde planlama, koordinasyon, politika üretme ve üretilen politikaların uygulanması konusundaki yetersizlikler yatmaktadır. Türkiye'de sağlık insangücü politikalarını saptayan, uygulayan, Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğrenim Kurumu ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere üç ana kuruluş bulunmaktadır. Fakat bu üç kuruluş arasındaki koordinasyon eksikliği, yetki ve sorumluluk dağılımındaki dengesizlik nedeniyle tutarlı bir politika izlenememektedir. Örneğin, sağlık insan gücünün istihdamının büyük bir bölümünden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı bunun planlamasını yapmamaktadır. DPT tarafından yapılan planlamalar ise çok genel hedefler belirleme tarzında olup, yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerdeki hekim başına düşen nüfus kriterleri esas alınmaktadır. Yine sağlık insan gücünün yetiştirilmesi yani eğitimleri de birden çok kuruluş tarafından, farklı düzeylerde yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Birinci Sağlık Projesi kapsamında Türkiye'de hakkaniyet ilkesi doğrultusunda herkese eşit sağlık hizmetinin sağlanmasını ve genel sağlık düzeyinin geliştirilmesini amaçlayan ve buna bağlı olarak Temel Sağlık Hizmetleri'nin ve mevcut altyapının güçlendirilmesi ve sistemin yeniden yapılandırılmasına yönelik çalışmaların yürütülmesine başlamıştır. Bu proje kapsamında yürütülen çalışmalar, yukarıda bahsedilen sağlık insangücü sorunlarına yönelik çalışmaları da kapsamaktadır.

Sağlık personelinin dağılımındaki dengesizlikler (coğrafi dağılımdaki dengesizlikler, kurumlar arası dağılımdaki dengesizlikler gibi) personel istihdamının esneklikten yoksun oluşu ve ihtiyaç yada maliyetten ziyade arza dayalı bir istihdam stratejisi gibi sistem özellikleri, Birinci Sağlık Projesinde şu politika ve ilkeleri ön plana çıkarmıştır: eğitimde ve istihdamda niteliğin niceliğe oranla önem kazanması; istihdam ve ücretlendirmede rekabetçi yaklaşım; kariyer gelişimi ve sürekli eğitimin kredilendirilmesi sisteminin kurulması; az gelişmiş ve kırsal yörelerde çalışmanın özendirilmesi. Aşağıda Birinci Sağlık Projesi süresince bu ilke ve politikalar doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonunda gelinen nokta özetlenmiştir:

- Rekabetçi istihdamın ilk adımı olarak hekimlerin zorunlu hizmetinin kaldırılması;
- Yeni mezun hemşire, ebe ve sağlık memurlarının istihdamı için sınav sistemi getirilmesi;
- Eğitim kalitesinin değerlendirilebilmesi amacıyla, Sağlık Meslek Liseleri için fiziksel kapasite, öğretim elemanı durumu, uygulama alanlarına yakınlık gibi kriterleri dikkate alan bir puanlama sistemi geliştirilmesi;
- Hemşirelik, ebelik eğitiminin kalitesinin artırılması amacıyla SML'ri hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu, laboratuvar teknisyenliği, çevre sağlığı teknisyenliği müfredatlarının temel sağlık hizmetleri doğrultusunda revize edilmesi,
- SML öğretmen yetiştiren Sağlık Eğitim Enstitüleri müfredatlarının ebelik, hemşirelik eğitimlerini güçlendirecek şekilde geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetinin ihtiyaç duyduğu insangücü tipi olan Tıbbi Sekreterlik görev analizi yapılması ve müfredatının geliştirilerek uygulamaya geçilmesi,
- Hemşirelik ve sağlık memurluğu müfredatının yakınlaştırılması,
- Hemşirelik, sağlık memurluğu, ebelik ve sağlık teknisyenliği eğitiminde eksik olan eğitim materyali (sekiz bilim dalında afiş-poster, altı bilim dalında video kaset, beş adet ders kitabı) üretimi ve çoğaltılması,

- Ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu ve sağlık teknisyenliğinin eğitim düzeyinin lisans düzeyine çıkarılması yoluyla iyileştirilmesi,
- Hemşirelik ve ebeliğin profesyonel gelişiminin sağlanması amacıyla "Hemşirelik ve Hemşireler Birliği" ile "Ebelik ve Ebeler Birliği" kanun tasarı taslaklarının hazırlanması (AT uyum çalışmaları),
- İnsan gücü planlaması araçlarının geliştirilmesi ve ilgili kurum ve kuruluşla işbirliği ve deneyim aktarımı,
- İşyüküne dayalı kadro standartlarının geliştirilmesi amacıyla aktivite standartlarının belirlenmesi,
- Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü bünyesinde bir insan gücü Geliştirme Biriminin kurulması.

Sağlık insan gücü planlaması, eğitimi ve yönetimi konularında önemli gelişmeleri sağlamadan, sağlık ve sağlık hizmetlerinde değişimi sağlamak mümkün olmayacaktır. Bu bağlamda sağlık insan gücü gelişimini sağlamak üzere aşağıdaki öneriler doğrultusunda faaliyetlerin sürdürülmesi gerekmektedir.

#### **Öneriler:**

1. İnsan gücü yönetimi konusunda merkezde ve periferde bir kapasite yaratılması ve atama (veya işe alma), istihdam, ücretlendirme ve kariyer gelişimini kapsayacak daha etkin bir yönetim uygulamasına geçiş için gerekli hukuki altyapı hazırlanmalıdır.
2. Sağlık personelinin temel eğitiminin standardizasyonunun sağlanması ve hizmet içi eğitimlerin kurumsallaşması amacıyla tüm ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte eğitim programlarının akreditasyonu ile ilgili sistemler geliştirilmelidir.
3. Geliştirilen planlama araçları test edilerek uygulamaya konmalı ve yaygınlaştırılmalı
4. Sağlık personelinin müfredat değişikliklerinin ve geliştirilen yeni eğitim araçlarının da izleme ve değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğini de içerecek şekilde reorganizasyonu, desantralizasyonla birlikte hastane yönetiminde meydana gelecek değişiklikler ve sağlık güvencesinin yaygınlaşmasıyla birlikte artacak olan başvuru oranları, tüm kurumlarda personel standartlarında değişikliği gündeme getirecektir. Sağlık Reformları'nın tasarı aşamasından uygulama aşamasına geçmesiyle birlikte ortaya çıkacak geçiş sürecinin, ihtiyaç duyulacak personel tipleri, sayıları, niteliği ve bu personelin temel ve hizmet içi eğitimleri açısından iyi planlanması gerekmektedir. Bu amaçla planlama araçlarının tamamlanması, sağlık insan gücü alanında yeni politikalar ve stratejiler geliştirilmesi ve sağlık insan gücünün eğitiminde yapılan değişikliklerin kurumsallaşma, izleme ve değerlendirme sürecine katkıda bulunulması gerekmektedir.



## KAYNAKÇA

AKDER, H.U995), Türkiye'de İlçe Merkezlerinde Yaşam Kalitesi Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

BİGTAŞ.(1995), Sağlık Hizmet Kullanım Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

DPT, fi962). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

DPT. fi967). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

DPT. (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. DPT Yavm No: 1272

DPT. (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. DPT Yayın No: 1664

DPT. (1985). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. DPT Yayın No: 1974

DPT. fi989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. DPT Yayın No:2174

DPT, (1995), Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.

DPT SOSYAL PLANLAMA BAŞKANLIĞI, (1987), Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi.

ERGİN, C. (1996). Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

HALL, T.L.ve MEJIA.A. (1978), Health Manpower Planning. WHO.Genova.

HORNBY, P. et al., (1980). Guidelines For Health Manpower Planning. WHO.Genova.

ÖSYM. (1996), 94-95 Öğretim Yılı Yüksek Öğretim İstatistikleri. ÖSYM Yayınlan 1996-1, Ankara.

ÖZSARI, S.H.(1994), Türkiye'de Sağlık İnsançticü Planlaması ve Sağlık Bakanlığında Bir Uygulama. Ankara.

PRICE WATERHOUSE, (1990), Health Sector Master Plan Study Report on the Current Situation.

SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1992), Requirement Proiection Model. Doküman No:TSH-İGG-05/002

SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1992), 1. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları. Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1993 a), İsvüküne Davalı Personel İhtiyacı Saptama Yöntemi. Doküman No: İGG-05/001

SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1993), Ulusal Sağlık Politika sı. Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (1996), Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı. 1995. Yayın No:580

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI YAYINI, (1982). Dr. Refik Saydam 1881-1942. Ölümünün 40. Yılı Anısına. Ankara.

SAĞLIK SOSYAL YARDIM VAKFI DERGİSİ, (1991), Sayı 3.

SOYER, A. (1993), Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları. TTB Yayını.

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ Araştırma Komisyonu Raporu, (1991), Türkiye'de Tıp Eğitimi-Özet.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTİSİ,(1995) Türkiye İstatistik Yıllığı 1995. Ankara, Yayın No: 1845

UNDP (1992), "Report on the First National Human Development Conference". Ankara.

**EK:1 SAĞLIKLA İLGİLİ FAKÜLTELERDE ÖĞRENCİ CARİ MALİYETLERİ  
(1983-1995)**

YIL LAR	TIP FAK.	DİŞ HEKİM.	ECZA- CİLİK	HEMŞ. Y.OK.	SAĞLIK H.M.Y.O.	FİZ. TDV. R.Y.O.	SAĞ.İD. Y.OK.	SAĞ. MEM. LİSESİ
1983	1 029 487	509 996	340 456	458 802	-	401 500	353 560	210 758
1984	967 654	603 468	344 446	417 038	-	343 310	356 570	236 681
1985	1 107 750	497 288	298 667	366 954	-	318 100	337 900	315 243
1986	1 324 184	719 615	459 944	936 752	246 090	463 790	477 310	334 577
1987	1 754 034	958 216	697 337	617 292	302 188	606 450	645 950	499 840
1988	3 344 900	1 683 140	1 291 160	1 116 100	481 670	1 135 640	1 352 390	1 142 400
1989	5 234 280	3 399 470	1 954 700	1 706 510	891 080	1 654 020	2 005 260	1 603 744
1990	13 746 690	6 632 330	5 047 130	4 711 410	1 993 070	5 044 410	4 275 190	3 315 603
1991	24 269 420	12 403 350	9 047 420	7 899 510	4 468 100	7 987 640	6 841 740	5 766 154
1992	43 970 475	21 084 233	16 349 943	12 262 600	8 426 500	14 282 800	10 870 600	9 326 027
1993	94 270 100	38 108 721	28 710 640	20 690 100	10 843 400	27 847 400	20 135 200	15 745 070
1994	173 119 038	64 191 000	43 165 280	30 029 923	17 183 900	40 675 000	31 556 000	18 906 258
1995	245 000 000	90 000 000	66 000 000	176 000 000	27 000 000	65 000 000	56 000 000	39 254 692

**EK 2: SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN PERSONELİN TASLAK GÖREV TANIMLARI  
(1988)**

**SAĞLIK OCAĞI HEKİMİNİN GÖREVLERİ**

1. Yönetim hizmetlerini yürütmek
2. Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak
3. Plan ve program yapmak
4. 15-49 yaş evli kadınları izlemek
5. Doğum öncesi bakım ve izlem yapmak
6. Doğum yaptırmak, bakım ve izlem yapmak
7. Doğum sonrası bakım ve izlem yapmak
8. Sık görülen kadın hastalıklarının kontrol ve takibini yapmak
9. Aile planlaması hizmetlerini yürütmek
10. Evlilik öncesi ve evlilikte danışmanlık hizmetleri yürütmek
11. Yeni doğan ve bebeklik dönemi bakım ve izlemleri yapmak
12. 1-6 yaş çocuk takip ve bakım izlemleri yapmak
13. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin takip ve izlenmesini yapmak
14. Önemli çocuk hastalıklarının takip ve tedavisini yapmak
15. Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek
16. Çevre sağlığı ve kontrolü hizmetlerini yürütmek
17. Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
18. Sosyal hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
19. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek
20. Laboratuvar hizmetlerini yürütmek
21. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini yürütmek
22. Küçük cerrahi müdahale, pansuman, enjeksiyon yapmak
23. Kronik hastalık gruplarının takibini yapmak
24. Ruh sağlığı ve geriatri hizmetlerini yürütmek
25. Adli tabiplik ve bilirkişilik hizmetlerini yürütmek
26. Kayıtları tutmak, istatistiki değerlendirmeler yapmak
27. Sağlık eğitimi yapmak
28. Toplum kalkınması hizmetlerinde önderlik ve işbirliği yapmaktır.

## SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN HEMŞİRENİN GÖREVLERİ

1. Yönetim hizmetlerini yürütmek
2. Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak
3. Plan ve program yapmak
4. Aile planlaması hizmetlerini yürütmek
5. Evlilik öncesi ve evlilikte danışmanlık hizmetleri yürütmek
6. Önemli çocuk hastalıklarının kontrol ve tedavisini yapmak
7. Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek
8. Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
9. Sosyal hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
10. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek
11. Poliklinik ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek
12. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini yürütmek
13. Küçük cerrahi müdahale, enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yürütmek (asepsi-antisepsi)
14. Kronik hastalık gruplarının takibini yapmak
15. Geriatri hizmetlerini yürütmek
16. Kayıtları tutmak, istatistiki değerlendirmeler yapmak
17. Sağlık eğitimi yapmak
18. Toplum kalkınması hizmetlerinde liderlik ve işbirliği yapmak
19. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini yürütmek
20. Tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerini yürütmek
21. İş ve işçi sağlığı hizmetlerini yürütmek
22. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ev ziyaretlerini yürütmektir.

## SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN EBENİN GÖREVLERİ

1. Yönetim hizmetlerini yürütmek
2. Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak
3. Plan ve program yapmak
4. 15-49 yaş evli kadınları izlemek
5. Doğum öncesi bakım ve izlem yapmak
6. Doğum yaptırmak, bakım ve izlemi yaptırmak
7. Doğum sonrası bakım ve izlem yapmak
8. Sık görülen kadın hastalıklarının kontrol ve takibini yapmak
9. Aile planlaması hizmetlerini yürütmek
10. Evlilik dönemi ve evlilikte danışmanlık hizmetlerini yürütmek
11. Bebeklik dönemi bakım ve izlemleri yapmak
12. 1-6 yaş çocukluk dönemi bakım ve izlemleri yapmak
13. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin takip ve izlemine yapmak
14. Önemli çocuk hastalıklarının kontrol ve takibini yapmak
15. Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek
16. Çevre sağlığı ve kontrolü hizmetlerini yürütmek
17. Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
18. Sosyal hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek
19. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek
20. Poliklinik ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek
21. İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini yürütmek
22. Küçük cerrahi müdahale, enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yürütmek
23. Kronik hastalıkları takip etmek
24. Ruh sağlığı ve geriatri hizmetlerini yürütmek
25. Adli tabiplik ve bilirkişilik hizmetlerini yürütmek
26. Kayıtları tutmak, istatistiki değerlendirmeler yapmak
27. Sağlık eğitimi yapmak
28. Toplum kalkınması hizmetlerinde liderlik ve işbirliği yapmaktır
- 29.

**EK: 3 SAĞLIK PERSONELİNİN YILLARA GÖRE AYLIK ORTALAMA NET  
MAAŞLARI.  
ANKARA 1980 - 1995**

YILLAR	UZMAN HEKİM (1/4)	PRAT. HEK. (8/4)	ECZACI (8/1)	EBE-HEM. (12/3)
1980	38 075	18 514	13 961	10 523
1981	46 193	25 837	16 142	13 423
1982	52 029	33 227	19 552	17 453
1983	69 233	42 971	29 542	24 487
1984	100 142	64 971	41 753	36 381
1985	147 532	92 090	62 469	51 822
1986	228 116	128 399	90 097	71 276
1987	305 930	195 496	144 923	110 311
1988	477 802	315 357	231 827	177 414
1989	1 326 693	862 240	600 246	454 247
1990	1 949 329	1 342 113	988 859	709 183
1991	3 444 900	2 413 900	1 811 800	1 303 200
1992	5 955 000	4 183 000	3 278 000	2 504 000
1993	13 391 000	8 784 000	7 065 000	5 333 000
1994	14 380 000	10 503 000	8 923 000	6 317 000
1995	32 607 000	25 680 000	22 244 000	16 473 000

**EK: 3 SAĞLIK PERSONELİNİN YILLARA GÖRE AYLIK ORTALAMA NET  
MAAŞLARI.  
HAKKARİ 1980 - 1995**

YILLAR	UZMAN HEK. (1/4)	PRAT. HEK. (8/4)	ECZACI (8/1)	EBE-HEM (12/3)
1980	60 175	47 170	22 280	15 837
1981	64 200	49 213	23 413	16 725
1982	67 650	50 825	25 435	19 405
1983	77 780	60 255	42 953	25 179
1984	126 150	98 768	49 644	40 384
1985	176 760	135 450	66 150	57 400
1986	271 600	176 100	93 960	81 800
1987	337 979	249 638	146 407	114 050
1988	601 900	419 190	256 095	194 865
1989	1 558 550	1 114 049	706 849	550 635
1990	2 420 913	1 762 692	1 199 500	896 401
1991	4 378 800	3 351 800	2 191 500	1 624 300
1992	7 300 000	5 529 000	3 917 000	3 050 000
1993	15 764 000	10 944 000	8 208 000	6 262 000
1994	16 438 000	12 544 000	10 491 000	7 645 000
1995	48 209 000	34 809 000	27 789 000	19 976 000