

TÜRKİYE'DE GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK ALANINDA İNSAN GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF HUMAN POWER IN THE FIELD OF HEALTH IN TURKEY FROM PAST TO PRESENT

Özlem KAYMAZ*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun/Türkiye, ORCID: 0000-0003-0428-5384

ÖZET

Sağlık insan kaynakları yönetimi, sağlık kurumlarında işlerin sorunsuz bir şekilde yönetilmesi ve personelin etkili bir şekilde çalıştırılması ile ilgili bir dizi faaliyeti içeren önemli bir süreçtir. Sağlık insan gücü planlaması, geniş bir perspektife sahip bir süreçtir, hem makro hem de mikro düzeyde çeşitli unsurları içerir. Bu planlama süreci, insan gücü arz ve ihtiyacını belirleme, insan gücü dağılımını düzenleme, personel standartlarını oluşturma, görevlerine ilişkin tanımlarını yapma, görev ihtiyaçlarını belirleme ve bunlarla ilgili gerekli denetim yapısını kurma adımlarını içerir. Sağlık çalışanları, sağlık sektörü için vazgeçilmez bir kaynaktır ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamada kilit bir rol oynamaktadırlar. Sağlık personelinin uzun eğitim süreci ve spesifik beceri gereksinimleri, onları özel ve kritik bir konumda yapmaktadır. Bu nedenle, sağlık insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesi büyük bir öneme sahiptir. Dünyada meydana gelen gelişmeler ve gelişen teknoloji takip edilerek sağlık insan gücü planlamaları yapılmalıdır. Çalışmada geçmişten günümüze uygulanan kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlamasına yönelik hedeflerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İnsan Kaynakları, Sağlık İşgücü

ABSTRACT

Health human resources management is an important process that includes a series of activities related to the smooth management of work in health institutions and the effective employment of personnel. Health manpower planning is a process with a broad perspective and includes various elements at both macro and micro levels. This planning process includes the steps of determining manpower supply and need, arranging manpower distribution, establishing personnel standards, making job descriptions, determining task needs and establishing the relevant control structure. Healthcare professionals are an indispensable resource for the healthcare sector and play a key role in meeting the health needs of society. The long training process and specific skill requirements of healthcare personnel place them in a special and critical position. Therefore, effective management of health human resources is of great importance. Health manpower plans should be made by following the developments in the world and developing technology. In the study, targets for health manpower planning in development plans implemented from past to present were evaluated.

Keywords: Health Human Resources, Health Workforce

1. GİRİŞ

Sağlık insan gücü, özel sektörde ve kamuda bir dizi sağlık hizmetini üretmek için sunan geniş bir profesyonel grubu içerir. Bu insan gücü, literatürde farklı kriterlere dayalı olarak çeşitli şekillerde

sınıflandırılmaktadır (Yıldırım ve Işıkhana,2014). Dünya Sağlık Örgütü sağlık insan gücünü insan gücü istatistiklerinde yirmi dokuz başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar arasında yer alan bazı temel sağlık profesyonelleri şunlardır: doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, eczacılar, veterinerler, laboratuvar teknisyenleri ve fizyoterapistlerdir. Bunun yanında, sağlık hizmeti sunucularının eğitim düzeylerine ve hizmet sundukları, çalıştıkları alanlara göre de sağlık insan gücü sınıflandırılabilir. Bunları; kişiye yönelik sağlık hizmeti sunanlar (doktor, diş hekimi, ebe, fizyoterapist, hemşire, diyetisyen gibi.), çevreye yönelik sağlık hizmeti sunanlar (çevre mühendisi, sağlık mühendisi, çevre sağlığı teknisyeni, veteriner, gibi.), laboratuvar ortamında sağlık hizmeti sunanlar (mikrobiyolog, hematolog, patoloğ, biyokimya uzmanı, sağlık fizikçisi vb.), sağlık hizmeti sunumunda uzmanlaşmış destek personeli (hastane idarecisi, istatistik uzmanı, sağlık eğitimcisi, tıbbi sekreter, gibi.) ve son olarak genel hizmetlerdir (daktilograf, şoför gibi) sınıflandırmalar yapılabilmektedir (İşlek,2005).

Sağlık çalışanları sağlık sektöründe önemli bir kaynaktır ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamada kritik bir rol oynamaktadırlar. Bu profesyoneller genellikle uzun ve yoğun bir eğitim sürecinden geçerek, uzmanlık alanlarında bilgi ve beceri kazanırlar. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesi büyük bir öneme sahiptir. (Özkan ve Uydacı, 2015). Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkinliği ve etkililiği, bir sağlık kurumunun ulusal düzeyde ve uluslararası alanda rekabet gücünü ve tanınmasını sağlayan kritik unsurlardan biridir. Bu noktada, sağlık çalışanlarının sayısının doğru belirlenerek, doğru yerde, doğru zamanda ve sahip olunan bilgi ve becerinin doğru kullanılmasının sağlanması büyük bir öneme sahiptir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014).

2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

Bu alandaki çalışmaların ilk örnekleri sosyalist bloğa bağlı ülkelerde ortaya çıkmıştır. Sosyalist bloğa ait ülkelerde, 1970 yıllarında sunulan sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarına yönelik bir takım sağlık eğitim programları üzerinde düşünülerek araştırmalar yapılmıştır. Batı ülkelerinde ise sağlık insan gücü planlaması genellikle krizlere hazırlıklı olmak ve münferit olaylara karşı tedbir almak amacıyla sınırlı bir şekilde kullanılmıştır. Ancak, 1970’li yıllarda sağlık insan gücü planlaması Batı ülkelerinde talep görmüş, bu dönemde bilgisayar destekli analizler ve yeni araştırma teknikleri hızlı bir şekilde gelişim göstermiştir. Bu gelişmeler, planlamayı daha etkili ve verimli hale getirmiş, sağlık sektöründe kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılmasına olanak tanımıştır (İşlek, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerini geliştirmek ve üye ülkeleri desteklemek amacıyla 1948 yılından bu yana rehberlik hizmetleri sunmaktadır. Sağlık insan gücü planlaması, DSÖ’nün bu

rehberlik hizmetleri içinde önemli bir alana sahiptir. 1977 senesinde ortaya çıkan "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hareketi, sağlık insan gücü planlamasını vurgulayan önemli bir girişimdir. Bu hareketin 36. hedefi, sağlık insan gücü planlamasını ilgilendirmektedir. Hedef, üye olan bütün ülkelerin sağlık personelini planlama, eğitim verme ve kullanımında temel olan sağlık bakımı yaklaşımına daha fazla önem verilerek, herkes için sağlık politikalarına uygun bir şekilde sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır (Dikmetaş ve İnan, 2000).

3. OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Osmanlı Devleti, merkezi monarşi sistemi olan bir imparatorluktu ve bu sistem doğrultusunda diğer kurumlarında olduğu gibi sunulan sağlık sistemi de saray ve ordu/asker merkezliydi. Sunulan sağlık hizmetlerinden hekimbaşı sorumluydu. Hekimbaşı, başta hekimler olmak üzere saray ve çevresinde bulunan kamu kuruluşlarındaki sağlık personelinin atamasından sorumluydu. Geniş halk kitlelerinden, serbest olarak sağlık hizmeti sunan hekimlerden ücret karşılığında hizmet alıyorlardı. Ayrıca, Osmanlı İmparatorluğu'nun tarihinde, Selçuklular döneminden başlayarak hayır amaçlı dernekler ve vakıflar aracılığıyla sağlık hizmetlerine katkıda bulunulduğu bilinmektedir. Bu vakıflar, özellikle hastaneler, tıp medreseleri gibi sağlık alanındaki kuruluşları destekleyerek toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik önemli bir rol oynamıştır (Kasapoğlu,2016).

Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak sunulmaya başlaması 19. yüzyıldaki batılılaşma hareketleri ile başlamıştır. İl tıp eğitimi II. Mahmut döneminde Yeniçeri Ocağını kaldırarak Nizam-ı Cedid adı verilen düzenli askeri sistem olan geçilmesini sağlayarak tıphane'yi kurmuştur. Okulun adı Mekteb-i Tıbbiye olarak cerrahiye bölümü açıldıktan sonra değiştirilmiştir. Burada eğitim vermeleri için Avusturya'dan bir profesör getirilmiştir. Getirilen profesör uygulama yapılan derslerde model kullanmayarak kadavra üzerinde eğitim vermek istemesi sorunlara yol açmıştır. Başlarda kimsesizler mezarlığında bulunan ve çürükhane adı verilenlerden kadavra temin edilmek istenmiştir fakat halk bu duruma büyük tepki gösterdiğinden dolayı bundan vazgeçilmiştir. Bütün bu konular yalnızca teknik bir konu olmadığını bunun yanında sosyo-kültürel boyutlarının da olduğunu göstermektedir. 1849 yılında hekimbaşı olarak adlandırılan kurum kaldırılarak 1850 senesinde Tıbbiye Nezareti kurulmuştur. Kurulan Tıbbiye Nezareti ile 1862 senesinde bir yasa çıkarılarak diploması olmayanların hekimlik yapamayacağına karar verilmiştir (Kasapoğlu,2016).

4. CUMHURİYET DÖNEMİNDE SAĞLIK

Birinci dönem (1920-1938): Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'dır. Adnan ADIVAR'ın göreve başladığı dönemde, Türkiye'nin sağlık altyapısı oldukça sınırlıydı. 1923 senesinde ülkede yalnızca 6437 hasta yatağı ve 86 hastane bulunmaktaydı. Dr. Refik Saydam, 1921'de

atandığı Sağlık Bakanlığı görevini 1937'ye kadar sürdürmüş ve bu süre zarfında önemli girişimlerde bulunmuştur. Batı'daki örnekleri takip ederek, Türkiye'de Hıfzıssıhha Enstitüsü ve bu enstitüye bağlı olarak Hıfzıssıhha Okulu (School of Public Health) 1923 yılında kurulmuştur. Bu enstitü, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi amacıyla araştırmaların gerçekleştirilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önüne geçebilmek amacıyla gerekli aşuların üretilmesinde öncülük etmiştir. 1923-1938 yılları arasında çeşitli yasa ve düzenlemelerle sağlık alanında önemli değişiklikler yapılmıştır. İllerde İl Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak, bu dönemde hastalığın ortaya çıkmaması için birinci basamakta yer alan koruyucu hekimlik anlayışı benimsenerek, hastalıkların önlenmesi ve toplum sağlığının iyileştirilmesi amacını gütmüştür. (Kasapoğlu, 2016).

İkinci Dönem (1938-1950): Cumhuriyet tarihinin bu döneminde, 1946 yılında Birinci Sağlık Planı, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından gerçekleştirilen önemli bir faaliyettir. Birinci sağlık planının hazırlık aşamasındaki çalışmalar uzun zaman alarak 9. Milli Tıp Kongresinde kabul gördükten sonra yürürlüğe alınmıştır. Birinci sağlık planında, devlet tarafından yerel yönetimlere bırakılan yataklı tedavi hizmetlerinin sorumluluğu tekrar devlet tarafından üstlenilmiştir. Ülkede, bütün coğrafi bölgelerde sağlık hizmetlerini örgütlerken, her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezi öngörülmüştür. Özellikle, sağlık merkezlerinde görev yapan doktorların maaşlarının düşmesine sebep olan ücret politikaları ve bu duruma bağlı olarak hizmet verecek hekim bulunamaması gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu durum, hekimlerin geçimlerini sağlamak için sağlık merkezlerinden ayrılış yaparak serbest çalışmaya başlamalarına neden olmuştur. Fakat, Behçet Uz döneminde Sıtma Savaşı, Verem Savaş gibi dernekler kurulmuştur. Kurulan bu dernekler bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek amacıyla önemli adımların atılmasını sağlamıştır (Dirican,1970).

Üçüncü dönem (1950-1960): Bu dönemde; yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerin öneminin artarak birinci basamak sağlık hizmeti olarak sunulan koruyucu hekimlik hizmetlerinin ikinci plana itilmesi bu döneme damgasını vurmuştur. Bu değişim, sağlık hizmetlerinde tedaviye daha fazla ağırlık verilmesi ve hastanelerin öne çıkması anlamına gelmiştir. İkinci temel özellik ise sağlık alanında özel sektörün gelişiminin teşvik edilmesidir. Özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) üyesi olduğu kişilere daha iyi, daha doğru sağlık hizmeti sunmak amacıyla, Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan hastanelerin kurulmasına yönelik adımlar atılmıştır. Örneğin, bu dönemde İstanbul SSK Hastanesi gibi Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan hastaneler kurulmuştur. Ayrıca, Eczacılar ve Eczaneler (1953), Türk Tabipler Birliği (1953), Türk Eczacılar Birliği (1956) ve Hemşirelik (1954) yasalarının da bu dönem için önem arz etmektedir. Bu yasalar, sağlık sektöründeki profesyonel grupların haklarını ve düzenlemelerini belirleyerek sektörde standartları yükseltmeyi amaçlamıştır (Dirican,1970).

Dördüncü dönem (1960-1980): 1961 Anayasası, sağlık hakkını vurgulayarak "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir." ifadesine yer vermiştir. Bu ifadeyle birlikte toplum içinde yaşayan vatandaşların sağlık hakları tanımlanarak, sağlık hakkını yerine getirmesi için devlete görev ve sorumluluklar verilmiştir. 1980'li yıllarda sosyal devlet anlayışına bağlı olarak sağlık politikalarında yeni düşünceler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde sağlık politikalarında temel değişiklikler yaşanmış ve temel amaç olarak sağlık hizmetleri sunumunun yaygınlaştırılması olarak benimsenmiştir. Sunulan koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması alanlarında çalışmalar öne çıkmıştır. Nüfus planlamasının doğru yapılması amacıyla uygulanan sağlık politikaları, genel sağlık sigortasını ilgilendiren kanun çalışmaları, sağlık hizmeti sunucularının çalışma düzenlerinin doğru bir şekilde yapılabilmesi amacıyla sağlık politikaları çalışmalarının yapılması ve hizmet sunumundaki uygulanmalara yönelik yapılan çalışmalar ve düzenlemeler bu dönemde yer almıştır (İleri ve ark. 2016).

Beşinci Dönem (1980-2002): 1982 Anayasası, devletin toplum içinde yaşayan kişilerin ekonomik ve sosyal durumları, sağlık alanında meydana gelen ve eğitim alanında yaşanan sorunları, refahları ile ilgilenmesini ve minimum asgari bir yaşam düzeyine sahip olmasını görev olarak kabul etmesini ifade eder. Bu dönemde gerçekleştirilen, nüfus planlaması, aile planlaması, sağlık finansmanındaki uygulamalar (yeşil kart uygulaması), ve sigorta kapsamı sağlık politikalarına yönelik çalışmaları içermiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu büyük bir öneme sahip olup, bu dönemde 1987 senesinde çıkarılmıştır. Ayrıca, 1990 yılında yapılan Devlet Planlama Teşkilatı tarafından gerçekleştirilen sağlık sektörü master plan etüt çalışması sağlık sektöründe bir master planın oluşturulmasına yönelik önemli bir adımı temsil eder 1992 ve 1993 yıllarında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ve İkinci Ulusal Sağlık Kongresinde politikaya yönelik çalışmalar ve sağlık reformları ile ilgili çalışmalar ele alınmıştır. Bu kongreler, sağlık sektöründe yapılacak reformların ve politika değişikliklerinin tartışılmasına, uzman görüşlerin paylaşılmasına ve sektördeki gelişmelere yönelik stratejilerin belirlenmesine olanak tanımıştır (İleri ve diğerleri, 2016).

1990'lı yıllarda, Sağlık Bakanlığı'nın rolü değişerek sağlık hizmeti sunuculuğundan çok bu alanda politikalar geliştirip hazırlayarak kurallar koyan bir kurum haline gelmiştir. Bu dönemde "Devlet kürek çeken değil, dümen tutan olmalıdır." düşüncesi benimsenmiştir. Ancak, bu dönemde sağlık politikalarına gerektiği kadar önem verilmeyerek anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlık kavramına yeteri kadar yer verilmemesi eleştirilere neden olmuştur. Aynı dönemde, sağlık hizmetleri sunumunda gerçekleşen ücretlendirme ve geri ödeme kurumlarında da köklü ve büyük değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler, sağlık harcamalarını dengelemeye ve finansman modelini güçlendirmeye yönelik stratejileri içermiştir (Atabey,2012).

2000'li yıllara gelindiğinde, Türkiye'de aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi göze çarpan ilk gelişmedir. Aile hekimliği uygulamasındaki amaç etkin ve etkili bir sevk zinciri oluşturulmasına imkan sağlanarak sunulan sağlık hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Bu dönemde nitelikli ve verimli sağlık hizmetleri sistemi kurarak bunu sürdürülebilir hale getirmek temel hedeflerden biri olarak belirlenmiştir (İleri ve diğerleri, 2016).

Altıncı Dönem (2002 ve Sonrası): 16 Kasım 2002 tarihinde gerçekleştirilen 58. Hükümetin Acil Eylem Planında, "Herkesin Sağlığı" düşüncesi ile sağlık hizmeti sunumu alanında yürütülmesi amaçlanan temel hedefler belirlenmiştir. Hedefler belirlendikten sonra Türkiye'nin sağlık alanında önemli bir dönemeç olarak kabul edilebilecek "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hazırlanarak 2003 senesinde Sağlık Bakanlığı aracılığıyla kamuoyuna duyurusu yapılmıştır. Duyurusu yapılan bu programın 8 temel başlık etrafında gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bunlar (Er,2011:152):

- 1- Sağlıkta dönüşüm programının planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı'dır,
- 2- Bu programda herkesi bir çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası'dır,
- 3- Bu program sayesinde daha yaygın, kolay erişimin sağlandığı ve güler yüzlü sağlık hizmeti sunumunu sistemi için güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili, doğru ve kademeli bir sevk zinciri, mali ve idari özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Yüksek motivasyonla çalışması için bilgi ve becerileri geliştirilmiş sağlık insan gücü,
- 5- Sağlıkta dönüşüm programını destekleyecek sistem eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli, etkin ve etkili sağlık hizmeti sunumu için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç kullanımı ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar verme sürecinde doğru ve etkili bilgiye erişimin sağlanması için sağlık bilgi sistemi.

Sağlık İnsan Gücü Verileri

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Uzman Hekim	45.457	80.951	82.894	85.199	88.127	93.517
Pratisyen Hekim	30.900	44.649	44.053	46.843	49.760	53.035
Asistan Hekim	15.592	24.397	26.181	28.768	33.372	37.017
Toplam Hekim	91.949	149.997	153.128	160.810	171.259	183.569
Toplam Diş Hekimi	16.371	27.889	30.615	32.925	34.830	39.851
Eczacı	22.289	28.512	32.032	33.841	35.364	37.211
Hemşire	72.393	166.142	190.499	198.103	227.292	232.442
Ebe	41.479	53.741	56.351	55.972	59.040	57.908
Diğer Sağlık Personeli	50.106	155.417	177.409	182.456	206.103	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	339.241	376.367	369.660	408.581	481.311
Toplam Personel	378.551	920.939	1.016.401	1.033.767	1.142.469	1.251.922

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: 2021 yılında "Asistan Hekim" sayısına 2.520 yan dal asistan hekim, "Toplam Diş Hekimi" sayısına 2.581 asistan diş hekimi, "Eczacı" sayısına ise 2.446 ikinci eczacı ve yardımcı eczacı sayıları dahil edildi. Sağlık Bakanlığı personel sayılarına, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalışan sağlık personeli dahil değildir.

Şekil 1. Yıllara Göre Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Uzman Diş Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Diş Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Diş Hekim	30	2.551	-	2.581
Toplam Diş Hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam Personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

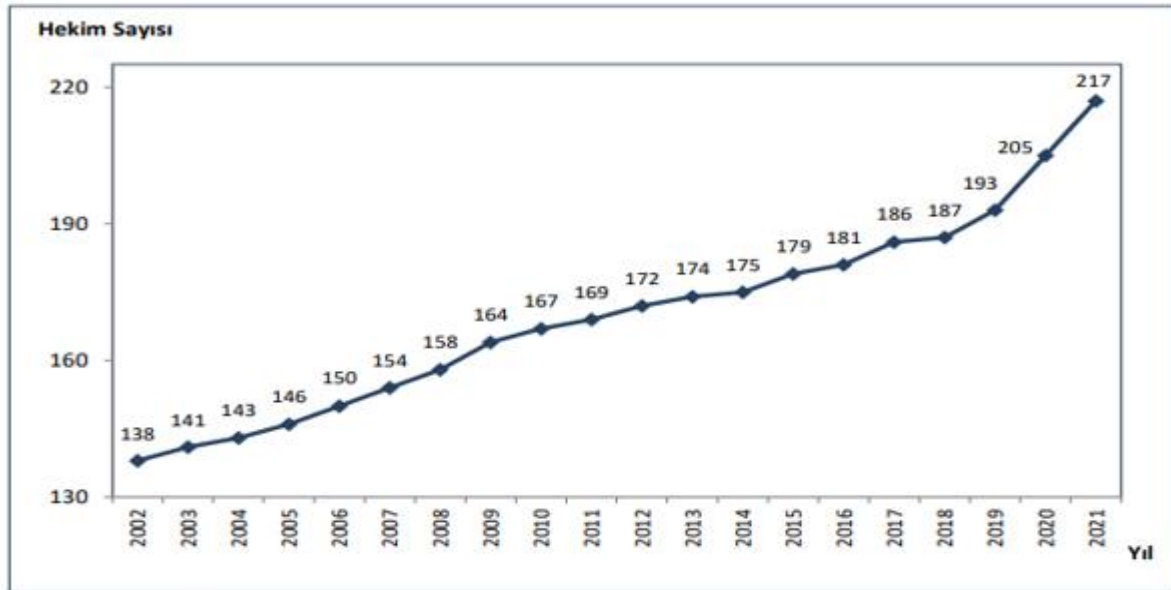
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2. Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Uzman Hekim	22.187	42.726	43.347	44.698	46.603	45.672
Pratisyen Hekim	29.030	38.721	39.442	42.300	45.291	47.216
Asistan Hekim	6.189	8.817	8.770	10.147	12.264	14.360
Toplam Hekim	57.406	90.264	91.559	97.145	104.158	107.248
Toplam Diş Hekimi	3.211	9.768	10.814	11.387	11.588	11.635
Eczacı	1.596	2.855	3.064	3.404	3.697	4.033
Hemşire	54.360	112.074	126.891	132.333	156.205	155.588
Ebe	39.473	49.003	52.495	52.076	55.505	54.178
Diğer Sağlık Personeli	33.276	111.193	121.206	124.758	140.161	142.712
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	215.402	236.155	229.335	250.461	252.626
Toplam Personel	256.818	590.559	642.184	650.438	721.775	728.020

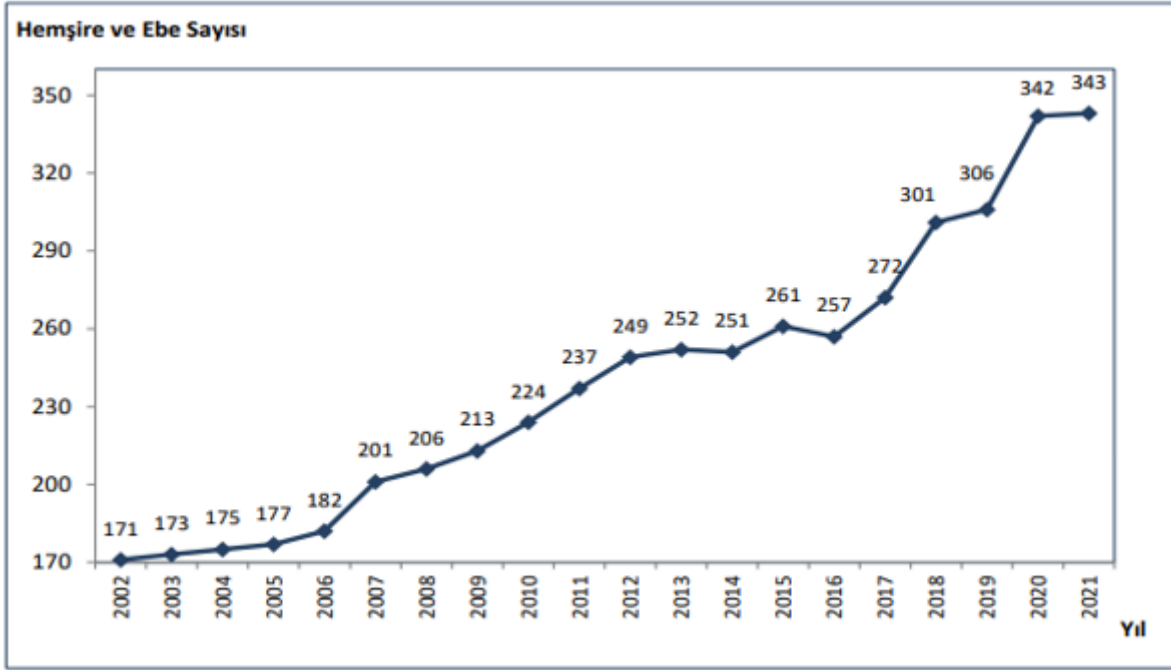
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 3. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Sağlık Bakanlığı



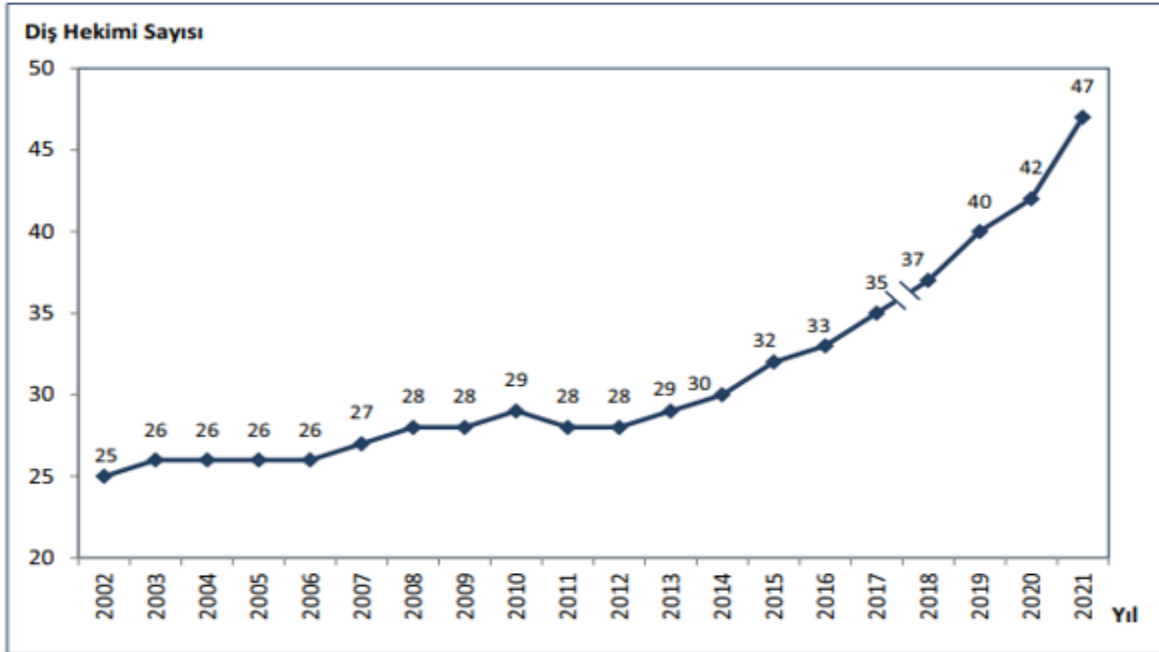
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler



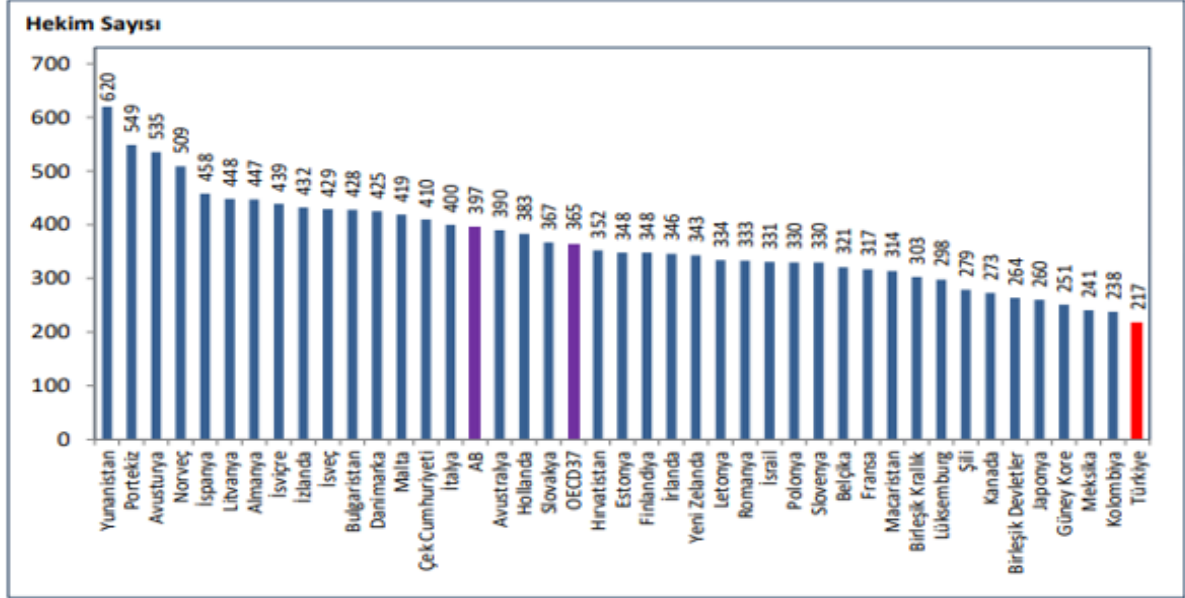
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 5. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler

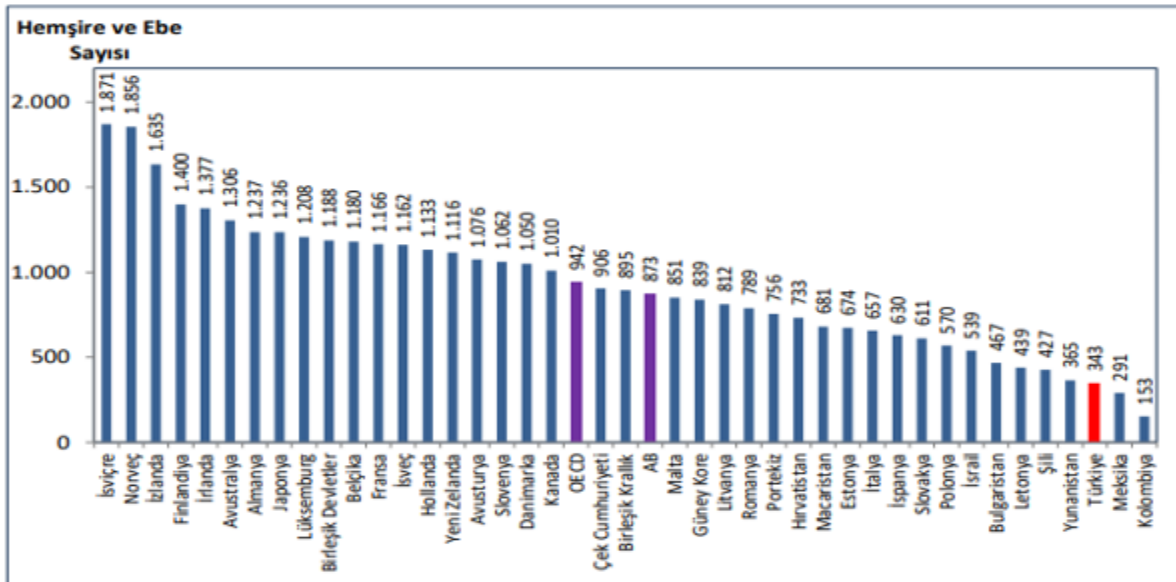


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: 2018 yılından itibaren toplam diş hekimi sayısı diğer yıllardan farklı olarak asistan diş hekimi sayısını da içermektedir. Asistan diş hekimi dahil edilmediğinde 2021 yılı 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı 44'tür.

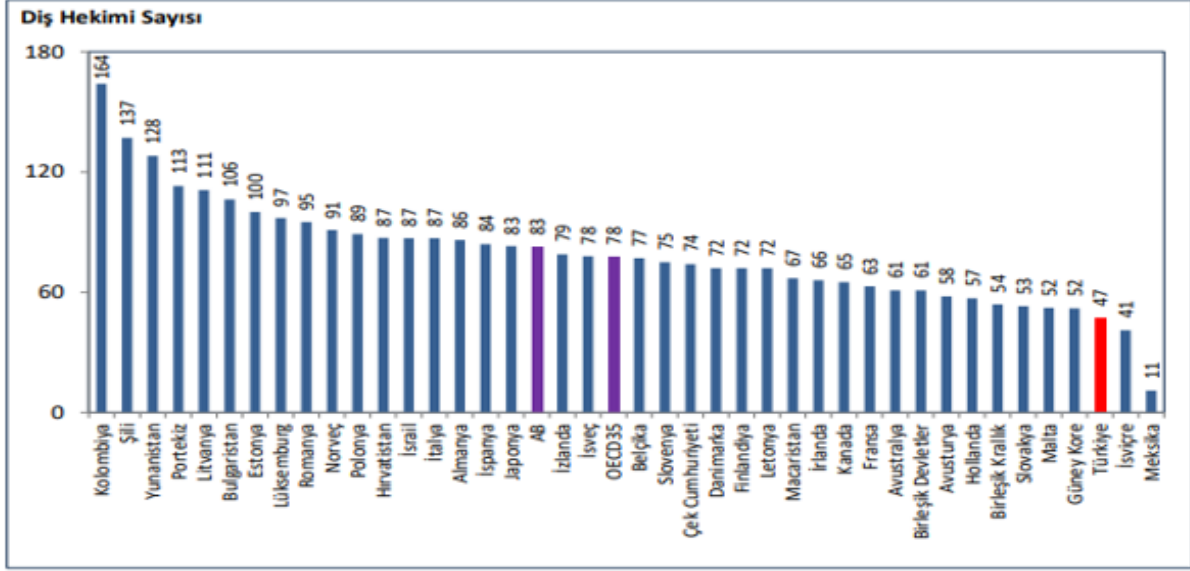
Şekil 6. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Dış Hekimi Sayısı, Tüm Sektörler

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2022, EUROSTAT Veri Tabanı
 Not: Türkiye verisi 2021 yılına aittir. Ülke verileri 2020 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 7. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2020

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2022, EUROSTAT Veri Tabanı
 Not: Türkiye verisi 2021 yılına aittir. Ülke verileri 2020 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 8. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması,2020



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2022, EUROSTAT Veri Tabanı
Not: Türkiye verisi 2021 yılına aittir. Ülke verileri 2020 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 9. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Dış Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2020

	2002			2010			2015			2020		
	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB	Türkiye*	OECD	AB
Hekim	138	276	304	167	310	340	179	334	364	217	365	397
Toplam Dış Hekimi	25	61	64	29	66	71	32	71	75	47	78	83
Eczacı	34	59	52	36	68	67	35	77	82	44	85	89
Hemşire ve Ebe	171	704	653	224	815	762	261	871	809	343	942	873

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2022, EUROSTAT Veri Tabanı
* Türkiye verileri 2021 yılına aittir.

Şekil 10. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması

Sağlık İnsan Gücünün, Sağlık İstatistiği Yıllığında yer alan Sağlıkta İnsan Kaynakları 2021 verileri incelendiğinde;

Yıllara göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 2002 yılında 138 iken 2021 yılında 217 olmuştur. Uluslararası karşılaştırmada 43 ülke arasından 100.000 kişiye düşen hekim

sayısı olarak birinci sırada 620 hekim ile Yunanistan yer alırken, 217 hekim ile Türkiye son sırada yer almaktadır.

Yıllara göre 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı tüm sektörler bazında 2002 yılında 171 iken 2021 yılında 343 olmuştur. Uluslararası karşılaştırmada 2020 verilerine göre 43 ülke arasında; 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı olarak birinci sırada 1873 hemşire ve ebe ile İsviçre yer alırken 343 hemşire ve ebe ile Türkiye sondan üçüncü sırada yer almaktadır.

Yıllara göre 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı tüm sektörler bazında 2002 yılında 25 iken 2021 yılında 47 olmuştur. Uluslararası karşılaştırmada 42 ülke arasında; 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı olarak birinci sırada 164 diş hekimi ile Kolombiya yer alırken 11 diş hekimi ile Meksika son sıradadır. 47 diş hekimi ile Türkiye ise 40. Sırada yer almaktadır.

5. SONUÇ

Bilimsel gelişmeler ve küreselleşmeye bağlı olarak toplumda sosyal dönüşümler meydana gelmektedir. Osmanlı Devleti'nde monarşisinden cumhuriyetçiliğe geçiş sürecinde de köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Osmanlı dönemindeki geleneksel şifacılar ve şifa kurumlarının hepsi bilimsel tıba aktararak sağlık hizmetleri tıp fakültesi profesörleri tarafından verilmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri ülkelerin ekonomik ve sosyal yaşantısında büyük bir öneme sahiptir. Devlet Cumhuriyet'in ilanından sonra sağlık hizmetlerinde aktif rol oynamaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda yetkili ve sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Bu nedenle; sağlık hizmetlerinin etkin ve etkili sunumu, dışsallık yayma, tüketimde rekabeti olmayan ve kullanımı dışlanamayan kamusal mal olma, asimetric bilgilendirme, hastalık riskinin ortaya çıkma durumunun ve tüketiminin önceden belirlenememesi, yararlı mal olma, yerine başka bir hizmetin kullanılamaması ve devlet müdahalesinin gerekliliği gibi özellikleri bulunduğundan dolayı pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin sunumu devlet tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülkemizin sahip olduğu bugünkü sağlık ihtiyaçları ve gelecekteki sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, talep araştırmalarının yapılması ve hedeflerin belirlenerek bütünlük bir değerlendirme yapılması oldukça önemlidir. Bu süreç, sağlık sistemini daha etkili ve sürdürülebilir hale getirmek, kaynakları etkin kullanmak, toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak için gereklidir. Ülkemizde sağlık insan gücü planlamalarında tek bir doğru mevcut değildir bu nedenle dünyadaki bütün gelişmeler takip edilerek planlamalar

geliştirilmelidir. Gerekli analizler yapılarak il, ilçe, kasaba ve köylerde nüfus özellikleri de göz önünde bulundurularak insan gücü planlaması gerçekleştirilmelidir. Bunun yanında nüfusa dayalı sağlık insan gücü planlaması yapılırken sağlık hizmeti sunucuları içinde branş ve ihtisas alanlarına göre planlamalar yapılmalı ve bu süreçte de eğitim kurumları ile işbirliği içinde olunmalıdır. Sağlık hizmeti sunumundaki hedefler belirlenerek kısa vadede talepler karşılanırken uzun vadede toplum bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Atabey, S.E., (2012). (Ed: Derya Sarıkaya) “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Sağlık Sistemindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitabevi: Ankara.
- Avcı, K., ve Ağaoğlu, S. (2014). Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması. *Sağlık Performans Ve Kalite Dergisi*, 7(1), 83-94.
- Dikmetaş, E. ve İnan, N. (2000), “Sağlık İnsangücü Planlaması”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara.
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Official Journal Of Atatürk University School Of Medicine*. ISSN: 1308-8734.
- Er, Ü., (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- İleri, H., Seçer, B., ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi*(12), 176-186.
- İşlek, N (2005), *hemşirelik hizmetlerine ilişkin işyükü analizine dayalı insangücü planlaması: klinik ölçeğinde bir uygulama*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Özkan, Ş. ve Uydacı, M. (2015). İşyüküne dayalı sağlık insan kaynakları ihtiyacı belirlenmesi: kocaali ili radyoloji teknisyenleri üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 36(2), 237-250. <https://doi.org/10.14780/iibd.41690>
- Şantaş, F., Özer, Ö., ve Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 45-59.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf> Erişim Tarihi: 25.12.2023.
- Yıldırım, S. Ve Işıkhani, V. (2014). Sağlık İnsan Gücü Planlaması: Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Bir Durum Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. Cilt 25, Sayı 1.