

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PERSONEL PLANLAMASI VE DAĞILIMINDA SAĞLIK  
GRUP BAŞKANLARININ ROLÜ, İZMİR İLİ ÖRNEĞİ**

B. Beril İLHAN

Danışman  
Prof. Dr. Münevver MENDERES

2006

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Personel Planlaması ve Dağılımlında Sağlık Grup Başkanlarının Rolü, İzmir İli Örneği**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

...../...../.....

B. Beril İLHAN

## YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

### Öğrencinin

**Adı ve Soyadı** : Binnaz Beril İLHAN

**Anabilim Dalı** : İşletme

**Programı** : Tezli YL

**Tez/Proje Konusu** : Personel Planlaması ve Dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının Rolü, İzmir İli Örneği

### **Sınav Tarihi ve Saati:**

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün ..... tarih ve ..... Sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 30.maddesi gereğince doktora tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini ..... dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI	<input type="radio"/>	OY BİRLİĞİ ile	<input type="radio"/>
DÜZELTME	<input type="radio"/>	OY ÇOKLUĞU	<input type="radio"/>
RED edilmesine	<input type="radio"/>	ile karar verilmiştir.	

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. \*\*\*  
Öğrenci sınava gelmemiştir. \*\*

\* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

\*\* Bu halde adayın kaydı silinir.

\*\*\* Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez/Proje, burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.	Evet
Tez/Proje, mevcut hali ile basılabilir.	<input type="radio"/>
Tez/Proje, gözden geçirildikten sonra basılabilir.	<input type="radio"/>
Tezin/Projenin, basımı gerekliliği yoktur.	<input type="radio"/>

### JÜRİ ÜYELERİ

### İMZA

.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....
.....	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Red	.....

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ/PROJE VERİ FORMU**

Tez/Proje No:                      Konu Kodu:                      Üniv. Kodu

- Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tez/Proje Yazarının  
Soyadı: İLHAN

Adı: B. Beril

Tezin/Projenin Türkçe Adı: Personel Planlaması ve Dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının Rolü, İzmir İli Örneği

Tezin/Projenin Yabancı Dildeki Adı: Personnel planning and the role of Health Group Ministers in its distribution: Case of İzmir

Tezin/Projenin Yapıldığı

Üniversitesi: Dokuz Eylül

Enstitü: Sosyal Bilimler

Yıl: 2006

Diğer Kuruluşlar:

Tezin/Projenin Türü:

Yüksek Lisans:

Dili: Türkçe

Doktora:

Sayfa Sayısı: xxii+139

Tıpta Uzmanlık:

Referans Sayısı: 82

Sanatta Yeterlilik:

Tez/Proje Danışmanlarının

Unvanı: Prof. Dr.

Adı: Münevver

Soyadı: MENDERES

Unvanı:

Adı:

Soyadı

Türkçe Anahtar Kelimeler:

- 1- Sağlık Grup Başkanlığı
- 2- Sağlık insangücü planlaması
- 3- Sağlık insangücü dağılımı

İngilizce Anahtar Kelimeler:

- 1- Health Group Ministry
- 2- Health labor force planning
- 3-Health labor force distribution

Tarih:

İmza:

Tezimin Erişim Sayfasında Yayınlanmasını İstiyorum Evet

Hayır

## ÖZET

İşletmeler faaliyet konusu ne olursa olsun mutlaka insan çalıştırmak zorundadır ve insan emeği işletmenin en önemli girdisidir. İşgücü diğer girdiler arasında çok farklı bir konuma ve değere sahiptir. İnsan emeği bir başka kaynakla asla doldurulamaz. Çünkü insan, diğer tüm kaynaklar sağlar, planlar organize eder, yönetir çalışır ve böylelikle girdilerin tümüne hükmeder.

Her ne kadar teknolojik ve ekonomik gelişmeler doğrultusunda birçok alanda otomasyon sağlansa da beyin gücü olmadan bu gelişmeler yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda iyi bir insan kaynağı planlaması ve yönetimi olmadan işletmelerin mevcut pazarda devamlılığını sağlaması zordur. İnsan kaynağının önemini fark eden işletmeler personel yönetimlerini hızla güncelleştirerek pazarda bir adım öne geçmektedirler.

Hizmet üreten işletmelerde ise bu girdi daha da önem kazanmaktadır. Hizmetin insandan insana verilmesi, verildiği anda tüketilmesi ve saklanamaması gibi özelliklerinin olması hizmeti sağlayan insan girdisinin önemini ortaya çıkarır. Son otuz yıllık süreç içinde tüm dünya ulusal ekonomileri içinde hizmet sektörünün önemi hızla artmaktadır. Bu nedenle insan kaynakları doğru iş' te, doğru zamanda ve doğru yerde kullanılarak optimal çıktı elde edilmelidir.

Bu çalışma; İzmir ilindeki Sağlık Grup Başkanlıklarında personel dağılımının yeterli olup olmadığını, personel planlaması ve dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının görüşlerini belirlemek için yapılmıştır.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; insan kaynakları yönetimi işlevleri, ilkeleri ve örgütlenmesi anlatılmıştır. İkinci bölümde; personel planlaması, personel sağlama ve seçme hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde; sağlık, sağlık hizmeti, Türkiye' de sağlık hizmetinin gelişimi ve sağlık kurumları, Dördüncü bölümde; sağlık insangücü planlaması

anlatılmıştır. Beşinci bölümde; İzmir ilinde personel planlaması ve dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının rolüne ilişkin, bir araştırma yer almaktadır. Altıncı bölümde; bulgulara yer verilmiş, anket sonuçları değerlendirilerek, öneriler getirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık insangücü planlaması, Sağlık insangücü dağılımı.

## **ABSTRACT**

**Enterprises should always employ people no matter what their operation is about and human capital is the most important input of an enterprise. Labor force has a very different position and value among all the other inputs. Human capital can never be replaced by any other factor. That is because of the fact that it is the human being who provides all the other factors, who plans and organizes, who manages and works and so controls all of the resources.**

**No matter how much automation is provided along with the technological and economic developments, these developments are inadequate without thinking skills. Therefore, without a good human resource planning and management it is very difficult for an enterprise to continue its operations in the current market. The enterprises which are aware of the importance of human resources keep their personnel management up-to-date and are one step ahead in the market.**

**This input becomes much more valuable in the enterprises which produce services. Because of the facts that services is transferred from people to people, is consumed at the time of giving and can not be saved, the importance of human capital becomes much more clear. Within the last thirty years, the importance of services has been rapidly increasing in all the national economies. Therefore, human resources should be used in the correct job, the correct time and in the correct place to have optimum outputs.**

**This study has been done in order to determine whether the distribution of personnel in İzmir Health Group Ministry is adequate or not and to point out the views of Health Groups Managers in personnel planning and distribution.**

**The study consists of six chapters. In the first chapter the functions, principles, organization and management of human resources have been explained. In the second part, personnel planning, providing and selection have**

**been pointed out. In the third part, health, health services, the development of health services in Turkey and health institutions, whereas in the fourth part health labor force planning have been stressed. In the fifth part a study of personnel planning in İzmir and the role of health group managers in personnel distribution have taken place. In the sixth part the results of the polls have been evaluated and recommendations have been made.**

**Keywords: Health Group Ministry, health labor force planning, health labor force distribution.**



## İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	ii
TUTANAK	iii
Y.Ö.K. DÖKÜMANTASYON MERKEZİ TEZ VERİ FORMU	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xiii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	xxi

## BİRİNCİ BÖLÜM

### İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İŞLEVLERİ, İLKELERİ VE ÖRGÜTLENMESİ

1.1. Yönetim Kavramı, Amaç ve Fonksiyonları.....	1
1.2. İnsangücü ve İnsan Kaynakları Yönetimi Kavramları.....	2
1.3. İnsan Kaynakları Yönetimini' nin Amaçları.....	4
1.4. İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevleri.....	4
1.5. İnsan Kaynakları Yönetiminde İlkeler.....	6
1.6. İnsan Kaynakları Yönetiminin Gelişimi.....	7
1.7. Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi.....	8
1.8. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi.....	10
1.9. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi-Personel Yönetimi Ayrımı.....	11

## İKİNCİ BÖLÜM

### PERSONEL PLANLAMASI, PERSONEL SAĞLAMA VE SEÇME

2.1. Planlama ve Personel Planlaması .....	13
2.2. Personel Planlamasında Kullanılan Araçlar.....	14
2.3. Personel Planlama Süreci.....	15
2.3.1. Çevresel Analiz.....	16
2.3.2. İşgücü talebinin Öngörülmesi.....	17
2.3.2.1. Nitel Teknikler.....	17
2.3.2.2. Nicel Teknikler.....	18
2.3.3. İşgücü Arzının Öngörülmesi.....	19
2.3.4. Arz ve Talebin Değerlendirilmesi.....	20
2.3.5. Eylem Planlama.....	20
2.3.6. Değerlendirme.....	20
2.4. Personel açığı veya Fazlalığı.....	21
2.5. Personel Sağlama Süreci.....	23
2.6. Personel Seçme.....	26
2.8. Türk Kamu Kesiminde Personel Sağlama ve Seçme.....	27

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETİ, TÜRKİYE’ DE SAĞLIK HİZMETİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK KURUMLARI

3.1. Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri Kavramları.....	28
3.2. Türkiye’ deki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	29
3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	29

3.2.2. Türkiye Cumhuriyeti' nde Sağlık Hizmetleri ve Personel Politikaları.....	29
3.2.2.1. 1923–1960 Dönemi.....	29
3.2.2.2. 1960 Sonrası Dönem (Planlı Döneme Geçiş).....	31
3.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	38
3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	40
3.3.2. İyileştirici(Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri.....	40
3.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti.....	40
3.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti.....	42
3.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	43
3.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	43
3.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	44
3.4. 224 Sayılı Yasaya Göre Sağlık Örgütlenmesi.....	44
3.4.1. Sağlık Bakanlığı .....	45
3.4.2. İl Sağlık Müdürlüğü.....	46
3.4.3. Sağlık Grup Başkanlığı.....	46
3.4.4. Sağlık Ocağı.....	49
3.5. Türkiye' de Sağlık Sektörünü Etkileyen Faktörler.....	50
3.5.1. Türkiye' nin Demografik Yapısı.....	50
3.5.2. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	52

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **TÜRKİYE' DE SAĞLIK PERSONEL PLANLAMASI**

4.1. Sağlık İnsangücü Sınıflaması.....	53
4.2. Sağlık Organizasyonları ve Sağlık İnsan gücü Planlaması.....	54

4.3. Türkiye’ de Sağlık Personel Planlaması	56
4.3.1. Bölge ve Ülke Düzeyinde Planlama	56
4.3.1.1. Kantitatif Planlama Yöntemleri	57
4.3.1.2. Kalitatif Yöntemler	58
4.3.2. Kurum ya da Örgüt Düzeyinde Planlama	58
4.4. Türkiye’ de Sağlık Personelinin Dağılımı	61
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>PERSONEL PLANLAMASI VE DAĞILIMINDA SAĞLIK GRUP BAŞKANLARININ ROLÜ, İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA</b>	
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	63
5.2. Problem Cümlesi	63
5.2.1. Araştırmanın Hipotezleri	63
5.2.2. Varsayım	64
5.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	64
5.4. Gereç ve Yöntem	64
5.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	65
<b>6. BULGULAR ve TARTIŞMA</b>	<b>66</b>
<b>SONUÇLAR</b>	<b>131</b>
<b>ÖNERİLER</b>	<b>137</b>
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR</b>	<b>140</b>
<b>EKLER</b>	<b>149</b>

## KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
A.Ç.S.A.P.	Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
ÇST	Çevre Sağlık Teknisyeni
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Devlet Planlama teşkilatı
E	Ebe
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
H	Hemşire
HMO	Health Maintance Organizations
İKP	İnsan Kaynakları Planlaması
İKY	İnsan Kaynakları Yönetimi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
Lab. Tek.	Laboratuvar Teknisyeni
OECD	Organisation For Economik Co-Operation and Development
Rönt. Tek.	Röntgen Teknisyeni
s	Sayfa
SB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
SM	Sağlık Memuru
Sağ. Mem.	Sağlık Memuru
SGB	Sağlık Grup Başkanlığı
SSK	Sosyal Sigorta Kurumu
Tekn.	Teknisyen
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
UNDP	The United Nations Development
UN	United Nations
Vb.	Ve benzeri
WHA:	World Health Assembly
YOK	Yüksek Öğretim Kurumu
YSP	Yardımcı Sağlık Personeli

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> İşletme Girdileri ve Çıktıları.....	3
<b>Tablo 2:</b> İKY Uygulamaları Açısından Kamu ve Özel Sektörün Karşılaştırılması.....	9
<b>Tablo 3:</b> Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi İle Klasik Personel Yönetimi Arasındaki Farklar.....	12
<b>Tablo 4:</b> İşgören Fazlasının ve Açığının Önlenmesi.....	23
<b>Tablo 5:</b> VI. B. Y. K. P. Döneminde Fiziki Hedefler Ve Gerçekleşmeler.....	35
<b>Tablo 6:</b> VII. B. Y. K. P. Döneminde Fiziki Hedefler ve Gerçekleşmeler.....	36
<b>Tablo 7:</b> Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve VIII. Plan Hedefleri.....	37
<b>Tablo 8:</b> Türkiye Nüfusu (1927 – 1980).....	50
<b>Tablo 9:</b> Türkiye ve AB Ülkelerinde Nüfus Artışı, Bebek Ölüm, 5 Yaş Altı Ölüm, Kaba Ölüm ve Maternal Mortalite Hızları.....	51
<b>Tablo 10:</b> Türkiye ve AB ülkelerinde Kişi Başına GSM ve GSM’ den Sağlık için Harcanan Pay(1998).....	52
<b>Tablo 11:</b> Türkiye’ deki Sağlık Personeli.....	62
<b>Tablo 12:</b> Sağlık Ocakları Sağlık Personeli Durumu, 2003.....	62
<b>Tablo 13:</b> Sağlık Grup Başkanlarının görev süreleri.....	66
<b>Tablo 14:</b> Sağlık Grup Başkanlıklarının bulunduğu ilçe tanımı.....	68
<b>Tablo 15:</b> SGB’ lerin Nüfus, Hekim Sayıları ve Ortalamalar.....	71
<b>Tablo 16:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Hekim sayılarına ilişkin görüşleri.....	73

<b>Tablo 17:</b> SGB' lerin Nüfus, Hemşire Sayıları ve Ortalamalar.....	76
<b>Tablo 18:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Hemşire sayılarına ilişkin görüşleri.....	78
<b>Tablo 19:</b> SGB' lerin Nüfus, Ebe Sayıları ve Ortalamalar.....	81
<b>Tablo 20:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Ebe sayılarına ilişkin görüşleri .....	83
<b>Tablo 21:</b> SGB' lerin Nüfus, SM Sayıları ve Ortalamalar.....	86
<b>Tablo 22:</b> Sağlık Grup Başkanlarının SM sayılarına ilişkin görüşleri.....	88
<b>Tablo 23:</b> Sağlık Personeli Başına düşen nüfusun İlçe Bazında Karşılaştırılması.....	90
<b>Tablo 24:</b> Yardımcı Sağlık Personelinin Hekim sayısına oranı.....	91
<b>Tablo 25:</b> İlçelere Göre Nüfus, Lab. Tek Sayısı ve Lab. Tek Başına düşen nüfus.....	92
<b>Tablo 26:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Lab. Tek. sayılarına ilişkin görüşleri.....	93
<b>Tablo 27:</b> İlçelere Göre Nüfus, Rönt. Tek Sayısı ve Rönt. Tek başına düşen nüfus.....	94
<b>Tablo 28:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Röntgen Teknisyeni sayılarına ilişkin görüşleri.....	95
<b>Tablo 29:</b> İlçelere Göre Nüfus, ÇST Sayısı ve ÇST Başına düşen nüfus.....	96
<b>Tablo 30:</b> Sağlık Grup Başkanlarının ÇST sayılarına ilişkin görüşleri .....	97
<b>Tablo 31:</b> İlçelere göre yeşil kartlı ve yeşil kart sekreteri sayısı.....	98

<b>Tablo 32:</b> Sağlık Grup Başkanlarının yeşil kart sekreterliğinde çalışan sayılarına ilişkin görüşleri .....	99
<b>Tablo 33:</b> Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı Sağlık Kurumlarında fiilen çalışan personel sayısı.....	100
<b>Tablo 34:</b> Sağlık Grup Başkanlarının satın alma memuru sayılarına ilişkin görüşleri .....	100
<b>Tablo 35:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Tahakkuk Memuru sayılarına ilişkin görüşleri .....	101
<b>Tablo 36:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Sayman Memuru sayılarına ilişkin görüşleri .....	102
<b>Tablo 37:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Ambar Memuru sayılarına ilişkin görüşleri .....	103
<b>Tablo 38:</b> Personel Açığı Nedenleri.....	104
<b>Tablo 39:</b> Personel ihtiyacınızda dönemsel olarak değişiklikler oluyor mu?.....	106
<b>Tablo 40:</b> Hangi nedenlerden dolayı personel ihtiyacında değişiklik olmaktadır?.....	108
<b>Tablo 41:</b> Oluşan sağlık personeli açığını nasıl karşılıyorsunuz?.....	110
<b>Tablo 42:</b> Sağlık Grup Başkanlığımızın kapsadığı alan içinde personelle ilgili iş yükü analizi yapıyor mu? Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı.....	111
<b>Tablo 43:</b> ‘Personel Planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	113
<b>Tablo 44:</b> ‘İl Sağlık Müdürlüğü İl içi personel planlamasında etkilidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	114
<b>Tablo 45:</b> ‘Sağlık Grup Başkanları kendi bölgelerinde personel dağılımında etkilidirler’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	115
<b>Tablo 46:</b> ‘İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık Grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	116



<b>Tablo 47:</b> ‘Sağlık Grup Başkanlıklarında uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	117
<b>Tablo 48:</b> ‘İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	118
<b>Tablo 49:</b> ‘Sağlık Bakanlığı’ nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	119
<b>Tablo 50:</b> ‘Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	120
<b>Tablo 51:</b> ‘Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	121
<b>Tablo 52:</b> ‘Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	122
<b>Tablo 53:</b> ‘Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	123
<b>Tablo 54:</b> ‘Sağlık Grup Başkanlıkları yetersiz olan sağlık personelinin dışarıdan sağlayabilmelidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	124
<b>Tablo 55:</b> ‘Personel Planlamasını demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	125
<b>Tablo 56:</b> ‘Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	126
<b>Tablo 57:</b> ‘Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	127
<b>Tablo 58:</b> ‘Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	128
<b>Tablo 59:</b> ‘Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli yönetimi ile ilgili eğitim alması gereklidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	129
<b>Tablo 60:</b> Sağlık Grup Başkanlarının yerleşimlerine göre personel planlama ve dağılım görüşlerini test eden Mann-Whitney istatistiği sonucu.....	130

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1:3D İlkesi.....	3
Şekil 2: İnsan Kaynakları Yönetim Süreci.....	4
Şekil 3: İnsan Kaynakları Planlama Süreci.....	16
Şekil 4: İşletmelerde Meydana Gelebilecek İşgücü Açık veya Fazlalığını Öngörülmemede Kullanılabilecek Bir Uygulama Planı.....	22
Şekil 5: 224 Sayılı Yasa ile Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonel Ayrımı.....	33
Şekil 6: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	33
Şekil 7: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	39
Şekil 8: Sağlık hizmeti veren sistemlerin bileşenleri.....	56
Şekil 9: Sağlık İşgücü İhtiyaçlarının Tahmini.....	60
Şekil 10: Sağlık Grup Başkanının görev süresi.....	66
Şekil 11: SGB' lerin Nüfus ve Nüfus Ortalamaları.....	67
Şekil 12: Sağlık Grup Başkanlıklarının bulunduğu ilçe tanımı.....	68
Şekil 13: İlçelere Göre Hekim Sayıları.....	69
Şekil 14: İlçelere göre Hekim Başına Düşen Nüfus.....	70
Şekil 15: Hekim Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması.....	72
Şekil 16: Sağlık Grup Başkanlarının Hekim sayılarına ilişkin görüşleri.....	73
Şekil 17: İlçelere göre hemşire sayısı.....	74
Şekil 18: İlçelere göre hemşire başına düşen kişi sayıları.....	75
Şekil 19: Hemşire Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması.....	78
Şekil 20: Sağlık Grup Başkanlarının Hemşire sayılarına ilişkin görüşleri.....	78
Şekil 21: İlçelere göre ebe sayısı.....	79
Şekil 22: İlçelere göre ebe başına düşen kişi sayıları.....	80
Şekil 23: Ebe Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması.....	82

<b>Şekil 24:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Ebe sayılarına ilişkin görüşleri.....	83
<b>Şekil 25:</b> İlçelere göre SM sayıları.....	84
<b>Şekil 26:</b> İlçelere göre SM başına düşen kişi sayıları.....	85
<b>Şekil 27:</b> SM Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması.....	88
<b>Şekil 28:</b> Sağlık Grup Başkanlarının SM sayılarına ilişkin görüşleri.....	89
<b>Şekil 29:</b> Sağlık Grup Başkanlarının Lab. Tek. sayılarına ilişkin görüşleri.....	93
<b>Şekil 30:</b> Grup Başkanlarının Rönt. Tek. sayılarına ilişkin görüşleri.....	95
<b>Şekil 31:</b> Grup Başkanlarının ÇST sayılarına ilişkin görüşleri.....	97
<b>Şekil 32:</b> Grup Başkanlarının yeşil kart sekreter sayılarına ilişkin görüşleri.....	99
<b>Şekil 33:</b> Grup Başkanlarının satın alma memuru sayılarına ilişkin görüşleri.....	101
<b>Şekil 34:</b> Grup Başkanlarının tahakkuk memuru sayılarına ilişkin görüşleri.....	101
<b>Şekil 35:</b> Grup Başkanlarının Sayman Memuru sayılarına ilişkin görüşleri.....	102
<b>Şekil 36:</b> SGB' lerin Ambar Memuru sayılarına ilişkin görüşleri.....	103
<b>Şekil 37:</b> Bölgenizde personel açığı olduğunu düşünüyorsanız nedenleri hangisi olabilir?.....	105
<b>Şekil 38:</b> Personel açığının diğer nedenleri.....	105
<b>Şekil 39:</b> Personel ihtiyacınızda dönemsel olarak değişiklikler oluyor mu?.....	107
<b>Şekil 40:</b> Hangi nedenlerden dolayı personel ihtiyacında değişiklik olmaktadır?.....	109
<b>Şekil 41:</b> Oluşan sağlık personeli açığını nasıl karşılıyorsunuz?.....	111
<b>Şekil 42:</b> 'Personel Planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum' önermesine verilen cevapların dağılımı.....	113
<b>Şekil 43:</b> 'İl Sağlık Müdürlüğü il içi personel planlamasında etkilidir' önermesine verilen cevapların dağılımı.....	114
<b>Şekil 44:</b> 'Sağlık Grup Başkanları kendi bölgelerinde personel dağılımında etkilidirler' önermesine verilen cevapların dağılımı.....	115
<b>Şekil 45:</b> 'İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık Grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur' önermesine verilen cevapların dağılımı.....	116

<b>Şekil 46:</b> ‘SGB’ lerde uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	117
<b>Şekil 47:</b> ‘İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı...118	118
<b>Şekil 48:</b> ‘Sağlık Bakanlığı’ nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	119
<b>Şekil 49:</b> ‘Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	120
<b>Şekil 50:</b> ‘Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	121
<b>Şekil 51:</b> ‘Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	122
<b>Şekil 52:</b> ‘Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	123
<b>Şekil 53:</b> ‘SGB’ ler yetersiz olan sağlık personelini dışarıdan sağlayabilmelidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	124
<b>Şekil 54:</b> ‘Personel Planlaması demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	125
<b>Şekil 55:</b> ‘Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	126
<b>Şekil 56:</b> ‘Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	127
<b>Şekil 57:</b> ‘Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	128
<b>Şekil 58:</b> ‘Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli yönetimi ile ilgili eğitim alması gereklidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı.....	129

## GİRİŞ

İnsan Kaynakları, sağlık kurumunda üretim faaliyetini doğrudan veya dolaylı biçimde gerçekleştiren kişileri ifade etmektedir. İnsan Kaynakları Yönetimi ise; sağlık kurumunda personelin etkili ve verimli biçimde çalıştırılmasıyla ilgili faaliyetler bütünü veya sistemi olarak tanımlanabilir. Diğer hizmet kurumları gibi sağlık kurumları da emek yoğun teknoloji kullanarak amaçlarına ulaşırlar. Sağlık kurumlarının etkili olabilmesi için gerekli faaliyetleri eğitim ve deneyimi birbirinden çok farklı personel grubunun eşanlı çalışmalarıyla yürütülür.

Sağlık kurumları birer hizmet kurumudur; hizmet kurumlarının temel karakteristiği ise emek yoğun teknoloji kullanmalarıdır. Bu tür kurumlarda hizmet sunumunun temel belirleyicisi, personeldir. Sağlık kurumları, yeterli sayı ve nitelikte personele sahip olmaksızın faaliyetlerini gerçekleştiremez ve maliyetlerin çok büyük bir bölümü personel giderlerinden oluşmaktadır.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini büyük ölçüde sağlık personeli belirlemektedir. Sağlık personelinin bir diğer özelliği de, profesyonelleşmedir.

Ülkemizde sağlık personeli planlaması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmakta, ancak uygulamada Sağlık Grup Başkanlığı ve bu kuruma bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık ocakları ve sağlık evlerinde personel eksikliği veya fazlalığı görülmektedir.

Sağlık örgütlerinin, sağlık hizmeti talebini karşılamanın yanında herkese eşit ve kaliteli hizmet verebilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte insangücüne ihtiyaç olduğu bir gerçektir. İnsangücü temel üretim faktörü olduğu gibi, bu üretim faktörlerini yönlendiren bir işleve de sahiptir. Artık ülkelerin sağlık göstergeleri eğitim göstergeleri ile birlikte kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörler olarak kabul edilmektedir. Bir ülkenin sosyal refah seviyesinin en önemli göstergelerinin başında, sağlık hizmetlerinin oranları ve dağılımı kullanılmaktadır. Bu nedenle sağlık

hizmetlerinde amaçlanan hedeflere ulaşılabilmesi için insangücü planlaması bilimsel olarak yapılmalıdır.

Kamu örgütlerinde de özel sektörde olduğu gibi insan kaynakları ile ilgili faaliyet gösteren departmanlarda işlevler bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilmeli ve bu birimlerin etkinliği artırılmalıdır.

Ayrıca sağlık örgütlerinde insangücüne yönelik çalışmalarda karar verici düzeydeki yöneticilerin sağlık işletmeciliği konusunda eğitim almaları ve çalışmalarını bu doğrultuda yapmaları gerekmektedir.

Bu araştırmada İzmir ilindeki Sağlık Grup Başkanlıklarında personel dağılımının yeterli olup olmadığı ve personel planlaması ve dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının görüşleri belirlenmeye çalışılacaktır.

Araştırma sonuçlarının sağlık kuruluşlarının yöneticileri ve konuya değişik bakış açılarıyla bakacak yeni araştırmacılar için önemli ipuçları vereceği ümit edilmektedir.

## BÖLÜM I

### İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İŞLEVLERİ, İLKELERİ VE ÖRGÜTLENMESİ

#### 1.1. Yönetim Kavramı, Amaç ve Fonksiyonları

Yönetim konusu ile ilgili olanlar, kendi ihtiyaç ve amaçlarına göre yönetim tanımı geliştirmişlerdir. Bunun sonucu olarak da, yönetim denildiğinde bazen bir *süreç* anlaşılmakta, bazen bu sürecin unsurları olan *kışı veya grup* anlaşılmakta, bazen de yönetim belirli bir bilgi topluluğu olarak ele alınarak bunun yöneticilerin *karar verme ve önderlik* gibi faaliyetlerinde nasıl kullanılabileceği üzerinde durulmaktadır (Koçel, 2003; 15).

Can, Akgün ve Kavuncubaşı' na göre yönetim; kamu ya da özel tüm örgüt sistemi içinde, ortak amacı gerçekleştirme sürecidir. Örgütün ve yönetimin ana ögesi, insan ve insanların oluşturduğu gruplardır (Can, Akgün, Kavuncubaşı, 2001; 4).

Efil' e göre yönetim, örgüt amaçlarının ekonomik ve etkin olarak gerçekleştirilmesi için faaliyetlerin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi, koordinasyonu ve denetlenmesi sürecini kapsar. (EFİL, 1998; 2) Bu yönetim tanımı, pazarlama, üretim, finansman ya da insan yönetimi için de geçerlidir (Can, Akgün, Kavuncubaşı, 2001; 4).

Koçel' e göre yönetim, başkaları vasıtasıyla işgörmedir (Koçel, 2003; 16).

Tüm bu yaklaşımlardan hareketle yönetim şöyle tanımlanabilir: Herhangi bir hizmet ile ilgili politik karar verme, amaçları saptama, kaynakları bulma ve değerlendirme, insangücünü bulup eğitime, örgütlenme gibi planlama işlerini yapma ve hizmetin yürütülmesini sağlama, denetleme ve değerlendirme işlerinin tümü (Öztek, 2004; 1).

Yönetimin amacı ise; az insan, az para, az malzeme, az zaman, az yer

kullanarak daha çok verim elde etmektir. Bu amaç, kaynak israfına yer vermeden, eldeki olanakları en iyi biçimde kullanarak, işlerin daha basit, daha ucuz ve daha iyi yapılmasını sağlamak şeklinde de ifade edilebilir (Özsarı, 1994; 2).

Yönetimin tanımı gibi fonksiyonlarının neleri kapsayacağı konusunda da farklı görüşler mevcuttur. Henri Fayol 1916 yılında;

- İşleri tespit ve idare,
- Örgütlenme,
- Sevk ve idare,
- Koordinasyon,
- Kontrol olarak tanımlarken, (Özsarı, 1994; 3)

Gulick 1937 yılında, POSDCoRB (Planning, Organising, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting) olarak kısaltılan formülle açıklamıştır (Aldemir, Ataol, Budak, 2001; 6).

## **1.2. İnsangücü ve İnsan Kaynakları Yönetimi Kavramları**

İnsangücü, ekonomik açıdan aktif nüfus içinde mal ve hizmet üretimine dönük bilgi ve beceri kazanmış olan gruptur. Ekonomik bakımdan etkin olan bu gruba kalkınma planlarımızda *ışgücü* denmekte, bu grubu, 15–64 yaş grubunun oluşturduğu belirtilmektedir (Canman, 1995; 64).

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) ise, herhangi bir örgütsel ve çevresel ortamda insan kaynaklarının örgüte, bireye ve çevreye yararlı olacak şekilde, yasalara da uyularak, etkin yönetilmesini sağlayan işlev ve çalışmaların tümü' dür (Kaynak, Adal, Ataay, Uyargil, Sadullah, Acar, Ahmet, Özçelik, Dündar, Uluhan, 1998; 16).

Başka bir tanımda ise İKY, Organizasyon için en etkili işgücünü bulmak, geliştirmek ve bunun sürekliliğini sağlamak amacıyla ortaya konan faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Darf, 1995; 398).



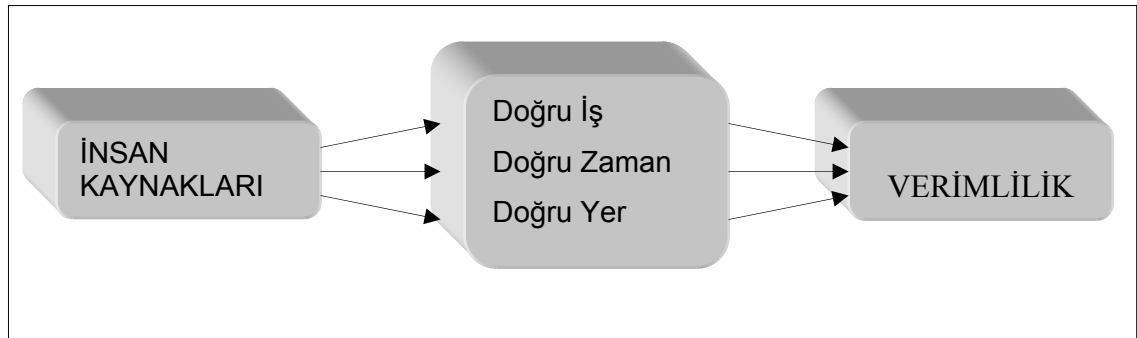
İşletme açısından bakıldığında, genellikle 5M denilen girdilerden söz edilir ve bunlar arasında insan girdisinin önemi diğerleri arasında çok farklı bir konuma ve değere sahip olduğu bilinir. Bu girdiler arasında yer alan insan kaynağının yeri bir başka kaynakla asla doldurulamaz. Çünkü insan diğer tüm kaynakları sağlar, planlar, organize eder, yönetir, çalışır ve böylelikle girdilerin tümüne hükmeder (Sabuncuoğlu, 2000; 7). 5M denilen girdiler Tablo 1’de gösterilmiştir:

**Tablo 1:** İşletme Girdileri ve Çıktıları

GİRDİLER (5M)	ÇIKTILAR
Machine (Makina)	Mal ve Hizmet
Money (Kapital)	Bireysel Tatmin
Material(Malzeme)	Örgütsel Tatmin
Managament (Yönetim)	Toplumsal Tatmin
Man (İnsan)	Bilgi

**Kaynak:** Sabuncuoğlu, 2000; 7

Diğer bir yaklaşım 3D ilkesidir. Sabuncuoğluna göre insanın işletmede verimli ve etkin çalışması ya da insan kaynaklarından optimal çıktının elde edilmesi isteniyorsa 3D ilkesinden yararlanması gerekmektedir. Aşağıda şematik olarak ifade edilen doğruların gerçekleştirilebilmesi durumunda insandan maksimum verim elde edilecektir (Sabuncuoğlu, 2000; 3).



**Şekil 1:** 3D İlkesi

### 1.3. İnsan Kaynakları Yönetimini' nin Amaçları

Genel olarak İKY' nin amacı, ahlaki ve sosyal sorumluluk anlayışıyla çalışanların örgüte olan yaratıcı katkılarını arttırmaktır. İKY' nin diğer amaçlarını aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Bingöl, 1998; 115).

**Toplumsal Amaç:** Toplumdan gelen istek ve baskıların örgüt üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek, toplumun ihtiyaçlarına karşı ahlaki ve sosyal sorumluluk bilincine sahip olmaktır.

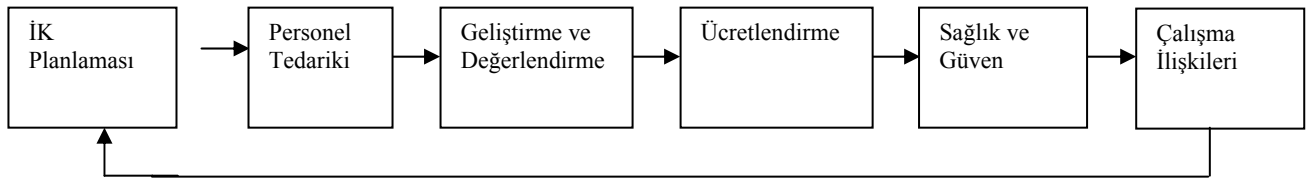
**Örgütsel Amaç:** İKY' nin örgütsel etkinliğe katkıda bulunmak için var olduğunu kabul etmektir.

**İşlevsel Amaç:** Örgütün ihtiyaçlarına uygun bir düzeyde insan kaynakları biriminin katkısını sürdürmektir. İKY, örgütün ihtiyaçlarından daha fazla veya daha az karmaşık olduğunda kaynakların israf edilmesi riski olduğundan işlevsel amaç büyük önem taşımaktadır.

**Kişisel Amaç:** Kişisel amaçlarını gerçekleştirmede işgörenlere yardım etmek, işgörenlerin istihdamları sürdürmek, motive edilmek isteniyorsa onların kişisel ihtiyaçlarını karşılamaktır. Aksi takdirde işgören performansı ve tatmini azalabilir ya da işgörenler örgütü terkedebilirler (Okubo, Jiahua, Onari, 2000; 4205).

### 1.4. İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevleri

İnsan kaynakları yöneticisinin işlev ve faaliyetleri şekil 2' de özetlenmiştir.



Şekil 2: İnsan Kaynakları Yönetim Süreci

*Kaynak: DOĞAN, 2002; 225*

**İnsan Kaynakları Planlanması;** örgütün kısa ve uzun dönemli insan kaynağı ihtiyaçlarının tahmini ve planlanmasını, gerek bireyin, gerekse örgütün ihtiyaçlarına cevap verecek biçimde işlerin içerdiği yetki ve sorumluluklarla, bunları başarmada gerekli bilgi, beceri ve yetenekleri saptamak için iş analizlerinin yapılmasını kapsar (Can, Akgün, Kavuncubaşı, 2001; 5). İş analizi, ‘bir işin içerdiği görevlerin, sorumlulukların ve işin başarıyla yapılması için bu işi üstlenecek kişilerde aranması gereken niteliklerin sistematik biçimde incelenmesi süreci’ olarak tanımlanabilir. İş analizi İKY’ nin temel aracıdır. Sonuçlarından geniş ölçüde yararlanılması nedeniyle iş analizleri çok zaman İKY’ ye ilişkin programların temelinde yer almaktadır. İyi bir iş analizi yapılmaksızın İKY’ nin diğer işlevlerini gerçekleştirmek mümkün değildir. İş analizi İKY’ nin diğer işlevlerinin etkili biçimde yerine getirilmesi için dayanak oluşturmakta ve bu süreçlere veri sağlamaktadır.

**Personel tedariki;**

- Personel aday bulma,
- Personel seçimi,
- Personeli işe yerleştirme ve alıştıırma süreçlerini içerir.

**Personelin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi;** personelin tedariki ya da seçimi, etkili ve durağan bir işgücüne sahip olmada sadece bir başlangıçtır. İnsanlar büyük bir gelişme potansiyeline sahip olduğuna göre daha sonra bunların bilgi, beceri, tecrübe ve yeteneklerinin artırılması doğrultusundaki çabalardan gerek işgörenler ve gerekse işletme yararlanacaktır (Doğan, 2002; 233).

**Personelin ücretlendirilmesi;** İKY’ deki konulardan en hassas olan ücreti ekonomistler, işgörenin bedensel veya zihinsel emeği karşılığında ödenen bedel olarak tanımlamışlardır. İKY, çalışanların ücret düzeyini belirleyen etmenleri objektif kriterlere göre yapmalıdır. Bir diğer ifade ile çalışanlar, hangi ücreti neden aldıklarını, performanslarının ücrete nasıl yansıtıldığını veya firmada hangi ücret politikasının benimsendiğini bilmelidir. Eğer kişiler bu konuda gerekli bilgilere sahip olamazlarsa kuruma olan güvenleri zedelenebilir (Acar, 1995; 3).

Ücretleme de gözetilecek amaçlar şunlardır:

- Nitelikli işgörenleri çekme,
- Mevcut işgörenleri elde tutma,
- Motive edicilik,
- Örgüt performansının yükseltilmesidir.

**Personelin sağlık ve güvenliğinin korunması;** İKY' nin diğer bir işlevi, işgörenlerin sağlık ve güvenliklerinin korunmasıdır. Sağlık, çalışanların hastalıktan uzak, genel olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olmaları demektir. Güvenlik ise personelin iş yerinde ya da iş başında sakatlanma, yaralanma ve ölüm gibi iş kazalarında korunmaları anlamına gelir (Doğan, 2002; 239).

**Çalışma ilişkilerinin (işçi-işveren) düzenlenmesi;** çalışma ilişkilerinde karşılaşılan kurallar işe alma, ödüllendirme, disiplin, işten çıkarma, bir işyerinden ya da görev yerinden başka bir yere aktarma, yükselme, iş uyuşmazlıkları gibi sorunlarla; bunun yanısıra ücretler, ödeme şekilleri, çalışma koşulları ve süreleri konularını belirlemede toplu pazarlık siteminin uygulanmasıyla ilgilidir. Bu kurallar, örgütlerin değişik basamaklarında görev yapan yönetici ve işçilerin hakları ile sorumluluklarını belirlemektedir (Doğan, 2002; 240).

### **1.5. İnsan Kaynakları Yönetiminde İlkeler**

İnsan kaynakları politikasına yön veren bazı temel ilkeler şöyle sıralanabilir.

**Verimlilik İlkesi;** işgörenin fiziksel ve düşünsel gücünden en yüksek düzeyde yararlanmayı ve elde edilen verimli çalışma temposunu sürekli kılmayı amaçlar.

**İnsancıl Davranış İlkesine göre;** bir işletmenin başarısının gerçek sırrı, ekonomik amaçlar ile sosyal ve insancıl amaçların birlikte izlenmesinde yatar.

**Eşitlik İlkesi;** işletmenin, çalışanlar arasında dil, ırk, cinsiyet, düşünce, inanç ve din ayrılığı gözetmeksizin, işe alımdan işten uzaklaştırmaya kadar eşitlik ilkesine uygun ve yansız bir tutum içinde olmasıdır.

**Güvence İlkesine göre;** işletme, çalışanına her türlü kuşkudan uzak, güven içinde bir çalışma ortamı hazırlamalı, geleceğine ekonomik ve sosyal yönden güvenle bakabilmesini sağlamalıdır.

**Açıklık İlkesi;** insan kaynakları politikasının başarısı büyük ölçüde açıklık ilkesine bağlıdır denilebilir. İzlenecek politikanın oluşturulmasında olduğu kadar uygulanmasında da tüm çalışanların destek ve katkısı ancak açıklık ilkesinin benimsenmesiyle mümkün olacaktır.

**Gizlilik İlkesi;** çağdaş işletme yönetiminde hem açıklık ilkesinin hem de gizlilik ilkesinin birlikte uygulanması bir çelişki gibi görülebilir. Gizlilik ilkesinin özellikle muhasebe ve personel işlerinde belirli konularla sınırlandırılmak koşuluyla uygulanması gerekir. Özellikle personel sicil dosyaları, çalışanların özel bilgileri, değerlemeleri, disiplin cezaları kişiye özel olarak gizli tutulmalıdır (Ülsever, 2003; 56).

## **1.6. İnsan Kaynakları Yönetiminin Gelişimi**

İKY' nin yaklaşık 70 yıldan beri işlevsel bir uzmanlaşma ve uygulama alanı olarak kabul edilmiş bulunmasına karşın, kökleri eskiye dayanmaktadır. Bu kadar eskiye dayanan bir doktrin olmasının en önemli nedeni ise; ortak amaçları gerçekleştirmek için örgütlenen insan gruplarının tarih boyunca varlığıdır. İKY' nin gelişme evrelerini sistematik bir şekilde; endüstriyel devrim, endüstriyel psikolojide gelişmeler, insan kaynakları işlevlerinin gelişmesi ve davranış bilimleri olarak sıralamak mümkündür (Bingöl, 1998; 9–15).

James Watt' ın Buhar Makinesini icat etmesiyle Endüstriyel Devrim başlamıştır (Maione, Naso, 2001; 1481).

İKY' de bir diğer gelişme ise Bilimsel Yönetim Anlayışı' dır. İnsan kaynaklarının etkili kullanımı ve verimlilik ilkesine dayanan ve öncülüğünü Taylor' ın yaptığı bu yaklaşıma göre; insan ögesinde yüksek verimlilik düzeyinin

gerçekleştirilmesi ancak, uygun personel seçimi, eğitimi ve parasal ödüllerin artırılması ile mümkün olacaktır.

İnsan kaynakları yönetiminde bir diğer gelişme insan ilişkileri hareketidir. Özellikle 1930' lardan sonra insan ilişkilerine gereken önem verilmeye başlanmıştır. Bu dönemde Mayo önderliğinde başlatılıp yürütülen deneyler ve sonuçları Taylor'un varsayımlarını çelişmelere götürmüş ve insanın beşeri özelliklerinin önemini ortaya koyarak yaşadıkları toplumsal ilişkilerin etkisi altında kalabilecekleri açıkça kanıtlanmıştır.

Davranış bilimleri dönemi ise, esas olarak insan davranışı çalışmasına ilişkin sosyal ve biyolojik birimlerdir. 1950' lerin ortalarından itibaren Argyris, Maslow, McGregor ve Herzberg bu konuda çalışmalar yapmıştır. Özellikle McGregor' un Y Kuramı' nda ifadesini bulan işgörenin niteliklerinden örgütün tamamıyla yararlanamadığı, yönetimin işgörene güvendiğinde ve sorumluluk verdiği işgörenin yüksek bir motivasyon, bağlılık ve verimlilik göstereceği görüşü, insan öğesinin örgütün bir değeri olarak değerlendirilmesi anlayışını kuvvetlendirmiştir (Ulrich, 1997; 21).

1990'lara gelindiğinde ise personel Bölümleri adlarını yavaş yavaş İnsan Kaynakları Bölümü olarak değiştirdiler de halen personele ait özlük işlemlerinden bir süre daha kendilerini soyutlayamadılar. Ama fonksiyonlarının arasına ödüllendirme, performans değerlendirme, kariyer yönetimi gibi yeni yeni kavramlar girmeye başladı.

### **1.7. Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi**

Bir örgütün özel veya kamu sektöründe olması da İKY işlev ve uygulamalarını etkiler. Kamu örgütlerinde İKY' ye ilişkin uygulamalar büyük ölçüde yasalarla belirlenmiş kesin kurallar çerçevesinde yürütülür ve değişiklikler karşısında kolayca esneklik gösterilemez. Kamu kuruluşlarında ya da kamu yönetiminin gözetimindeki özel kuruluşlarca yerine getirilen kamu hizmetlerinin verilmesinde

amaçlanan kamu yararının sağlanması ve hizmetlerin kamuya yöneltilmiş olması gerekir. Başka bir deyişle kamu organizasyonları genelde özel sektördeki organizasyonlar gibi kar amacına yönelik olmayıp, kamu yararına faaliyet gösterirler. İKY açısından kamu organizasyonlarına baktığımızda bu işlevin, Tablo 2’ den de anlaşılacağı gibi, bürokratik yapıya uygun olarak düzenlendiği rahatlıkla söylenebilir. Örneğin kamu çalışanlarının büyük çoğunluğunu oluşturan memurların sınıflandırılması 1965 yılından bu yana yürürlükte olan 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre yapılmaktadır (Sadullah, 1998; 35).

**Tablo 2: İKY Uygulamaları Açısından Kamu ve Özel Sektörün Karşılaştırılması**

İKY UYGULAMALARI	KAMU SEKTÖRÜ	ÖZEL SEKTÖR
Planlama	Devlet bütçesine bağlıdır. Merkezi ve biçimsel planlama	Zorunlu değildir. Her örgüt bünyesine göre plan yapabilir. Genellikle küçük örgütlerde bu işlev olmayabilir.
Kadrolama	Eleman temini, alımı yasalarla belirlenen katı kurallara bağlanmıştır. İhtiyaçla karşılanması arasında uzun süre olabilir. İşler ve mevkiler kesin olarak tanımlanmıştır.	Kuralları kendi belirler. İhtiyaçlar en kısa süre içinde karşılanır. İşler ve tanımları ihtiyaca göre değişebilir.
Değerleme-Ödüllendirme	Elemanların terfilerinde kıdem kriteri çok önemlidir. Belirli süreleri tamamlayan elemanlar sicilleri temiz ise otomatik olarak yükselir. Ücret - maaş ve diğer haklar yasalarla belirlendiğinden İKY bu konuda esnek davranmaz.	Performansa bağlıdır. Örgütler kendi değerlendirme tekniklerini geliştirebilir. Ücret-maaş ve diğer haklar piyasa koşullarına göre ve/veya pazarlıkla belirlenebilir. İKY bu alanda çok daha esnek davranabilir
Yetiştirme-Geliştirme	Yetiştirme-Geliştirme uygulamaları da önceden belirlenmiş esaslara göre yapılır. Değişimlere zamanında tepki veremez.	İhtiyaçlara yanıt verecek şekilde oluşturulur.

**Kaynak:** SADULLAH, Ömer. (1998). *İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Bir Yönetim Yaklaşımı Olarak Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Organizasyonlarına Uygulanabilirliği*. İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, C: 27, S: 2, s: 35-48

## 1.8. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi

Stratejik planlama temelde bir insan prosesidir. Çünkü planlama sürecinde alınan kararlar insanlara aittir (Blackerby, 2001; 3). Ancak, geleneksel stratejik planlama sadece üst yöneticileri kapsayan bir süreçte gerçekleştirilmektedir. Oysa çalışanların gelişen bilgi ve becerilerinin yanısıra, katılımcı yönetim anlayışının organizasyonlara hakim olması stratejik ibaresi taşıyan her tür bilgi ve faaliyetten çalışanların dışlanması anlayışını mahkum etmektedir. Çalışanların şirketin stratejik yönünü bilmesi ve şirketin vizyonu ile kendi faaliyetleri arasında ilişki kurmalarını sağlamak gerekmektedir.

Bireysel ve organizasyonel düzeydeki çabaları entegre etmenin ana mekanizması paylaşılan bir vizyon yaratmaktır. Böylece ortaya çıkan fırsatları görmek, mevcut ve potansiyel çekirdek becerileri anlamak mümkün olmaktadır. Ancak bu tür bir stratejik planlama sisteminin analitik yaklaşım yerine çok geniş bir çalışan spektrumunu sürece dahil etmesi ve hem içsel hem de dışsal ortamdan sağlanan bir geri bildirim dayanağına dayanması gerekmektedir (Long, 2000; 20).

Bunun için, faaliyetlere, müşterilere ve pazara yakın olan, organizasyonel zayıflık ve üstünlükleri bilen ilk ve orta kademe yönetici ve çalışanların şirket için doğru hedef ve stratejilerin belirlenmesinde gereken bilgi girdisini sağlamaları önem taşımaktadır (Arnold, Weimerskirch, 1994;52).

Stratejik planlama sürecinde başarı üst yönetimin stratejik niyeti ile orta kademe yönetimin önceliklerinin bir karmasının elde edilmesine bağlı olmaktadır. Bu sonuç geleneksel stratejik planlama sürecinin hiyerarşik ayrımcılığının ortadan kaldırılması ve yeni rol tanımlarının belirlenmesi gerektiğinin altını çizmektedir (Wooldridge, W Floyd, 1990; 240).

Stratejik planlama sürecinin arzu edilen sonuçlara organizasyonu ulaştırabilmesi için üç temel noktaya odaklanması gerektiği de belirtilmektedir. Bunların ilki liderlik odağıdır.



Üst yönetim organizasyonun stratejik yönünü belirleyerek, geliştirilen vizyon ve misyonu tüm ilgi gruplarına ileterek, onların kendi faaliyetlerinin yönü ve etkisi konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlamalıdır. Bir diğer odak noktası ise sistemdir. Sistem, planları sonuçlara yöneltecek bir yol ve yöntem belirlemektedir. Son olarak ise organizasyonun başarısı için neyin önem taşıdığı, düzeltici faaliyetlere nerede ihtiyaç duyulacağını belirleyen müşteri odağıdır (Maloney, 2002; 1).

### **1.9. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi-Personel Yönetimi Ayrımı**

Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Yaklaşımı, şirketler içerisinde yer alan tüm müdürleri birer İnsan Kaynakları Müdürü olarak kabul etmektedir. İnsan kaynakları konuları sadece insan kaynakları bölümünün işi değil diğer bütün bölümlerin kendi takımlarında çalışanları daha etkili kılmak için rol almaları ve sorumluluk üstlenmeleri gereken bir konudur. Aynı zamanda, insan kaynakları yöneticileri, kurmay pozisyonunda buldukları için yapılan iş, bir yönüyle de üretimi gerçekleştiren bölümlere bir destek hizmeti olarak kabul edilebilir. Dolayısıyla insan kaynakları konusunda faaliyet gösteren kişiler, uzmanlık konuları hakkında üretimi gerçekleştiren kimselere danışmanlık vermektedirler.

Değişen dış etkenler, şirketler üzerinde özellikle çalışan kimseler üzerinde kalıcı etkiler yaratabildiği için bu etkileri çabuk algılayabilmek ve zarar verici sonuçlar doğurmasını engellemek, insan kaynakları biriminin görevlerindedir.

Üretim alanındaki sorumlular ile destek birimleri sorumluları arasında birbirine bağlı bir anlayışın gelişmesi, şirketin genel etkinliğinin artmasına yardımcı olur (Kemske, 1998; 77).

Tablo 3' te Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi ile Klasik Personel Yönetimi arasındaki farklar belirtilmiştir (Küskü, 2001; 4).

**Tablo 3:** Stratejik İKY ile Klasik Personel Yönetimi Arasındaki Farklar

	<b>Stratejik İK Yönetimi</b>	<b>Klasik Personel Yönetimi</b>
Planlama ve Strateji belirleme	Tüm şirkete ait plan ve strateji belirlemede rol almakta ve şirketin tüm insan kaynakları ve fonksiyonlarını şirket stratejisine nasıl yönlendireceği konusunda karar almaktadır.	Sadece operasyonel boyutta planlamaya katılmaktadır.
Yetki	Yüksek düzeyde otorite yetkisi bulunmaktadır. (örnek: İnsan Kaynaklarından Sorumlu Genel Müdür Yardımcısı)	Orta düzeyde yetkiye sahiptir. (örnek: Personel Direktörü)
Derinlik	Tüm müdürler ve çalışanlar ile ilgilidir.	Sadece çalışan personel ile ilgilidir.
Karar Verme	Stratejik karar verme konusunda yetkiye sahiptir.	Sadece operasyonel karar verme yetkisine sahiptir.
Entegrasyon	Şirket bünyesinde bulunan tüm organizasyonel yapılarla entegre bir şekilde çalışmaktadır.	Diğer bölümlerle çok az entegre olmaktadır.
Koordinasyon	Tüm İnsan Kaynakları fonksiyonlarını, aktivitelerini koordine eder.	Tüm İnsan Kaynakları fonksiyonlarını koordine etmez.

**Kaynak:** Fatma Küskü, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Deniz Kuvvetleri K.lığı, Kocaeli 2001; 4.

## BÖLÜM II

### PERSONEL PLANLAMASI, PERSONEL SAĞLAMA VE SEÇME

#### 2.1. Planlama ve Personel Planlaması

Planlama, genel ve basit bir ifadeyle, belirli bir gelecekte nereye ulaşılmak istendiğinin ve oraya nasıl ulaşılabileceğinin önceden belirlenmesidir. Planlama ile neyin, niçin, nasıl, ne zaman, nerede, kim tarafından hangi kaynak ve maliyetlerle yapılacağı kararlaştırılır (Mucuk, 2003; 80).

Planlama, yöneticilerin öncelikleri saptama ve değişim için gereken en doğru kararları vermesine, kaynakların en iyi şekilde paylaşılıp kullanılmasına imkan sağlar (Hayran& Sur, 1998; 117).

Plan türleri arasında çok yaygın olarak uygulananlar aşağıda sıralanmıştır.

**Uzun vadeli planlar;** beş yılı geçen süreler için yapılırlar. Bu tür planlar kurumun halihazırdaki faaliyet alanlarında ve amaçlarında temel değişiklikler yapılmasına açıktır. Burada kurumun faaliyetleriyle ilgili her konu değişken olarak görülür, yani yönetim, sabit vaatlerin olmadığı varsayımı altında faaliyetlerini sürdürür (DPT, 1982; 8).

**Orta vadeli planlar:** Bir ile beş yıl arasında uygulanan plan türlerine orta vadeli planlar denir. Orta vadeli planlar genellikle politika değişiklikleri esnasında yaşanacak geçiş dönemlerinde uygulanan planlardır.

**Kısa vadeli planlar:** Bir yıl veya daha az bir dönemi kapsayan planlar, kısa vadeli planlardır. Kısa vadeli planlarda kesin değişmezlik görülür, kurumun yapısı, stratejisi ve nitelikleri sabit olarak değerlendirilir. Yöneticiler, kısa vadeli planlarda sadece belli faaliyetlerin yürütülmesinde kullanılan teknoloji ve kaynakların kullanımı üzerinde etkili olabilirler (Fındıkçı, 1999; 62).

Personel planlaması ise, örgütün arz ve talep yönünden gelecekte ihtiyaç duyacağı personelin sistematik olarak tahmin edilmesidir (Werther, Davis, 1996; 155).

Personel planlaması esas olarak, örgütün gelecekte ihtiyaç duyacağı sayı ve nitelikteki insan kaynaklarını, bunları hangi yollardan sağlayacağını tahmin etme ve işletmenin insan kaynakları arz ve talebini dengede tutma faaliyetlerini içermektedir (Jiang, Susskind, 1997; 174).

Personel planlamasının yapılabilmesi için bazı analizlerin yapılması gerekir. Bunlardan biri olan iş yükü analizi, belirli bir süre içinde belirli bir işin yapılması için gerekli personel sayısının belirlenmesini sağlar. İşgücü analizinde ise devamsızlık ve işgücü devri durumu incelenir. Mevcut durumun incelenerek istatistiklerin ortaya konması, gelecekteki durumun tahmin edilmesinde önemli bir araç rolü oynar.

Personel planlaması, organizasyonun stratejik hedeflerine bağlı olarak yapıldığında, stratejik planın da bir parçası haline gelir. Özellikle çok nitelikli personelin yetiştirilmesinin uzun zaman aldığı göz önünde bulundurulursa, personel planlaması ile kariyer planlamasının birlikte ele alınması gerektiği ortaya çıkar (Maturana, Shen, Norrie, 1999; 2159).

## **2.2. Personel Planlamasında Kullanılan Araçlar**

Personel planlamasında kullanılan araçlar; işgücü envanteri, işgören devir oranı ve işgören devamsızlık oranıdır.

**İşgücü Envanteri;** işletmede çalışanların nitelik ve nicelik açısından özelliklerini belirten envanterdir. İşgücü envanteri, insan kaynakları planlamasında işgücü arzı hakkında oldukça önemli bilgi vermektedir. Bu envanteri, işgücü beceri envanteri ve işgücü genel envanteri olmak üzere ayırmak mümkündür.

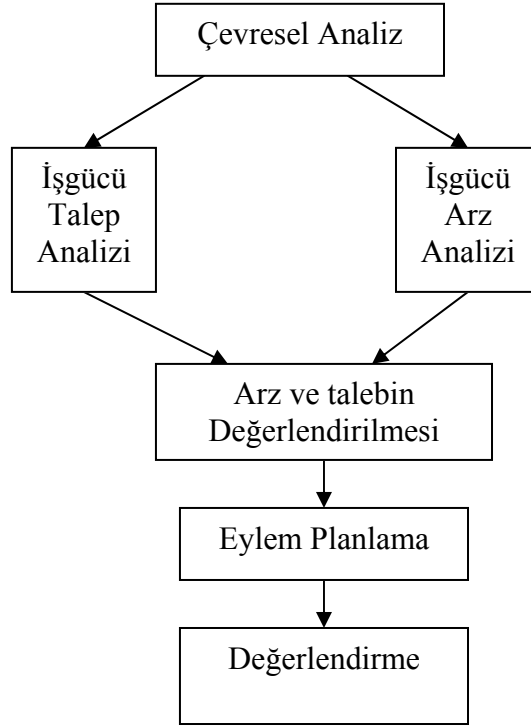
- İşgücü Genel Envanteri; belirli bir dönemde, işletmede çalışan işgörenin özellikleri hakkında ayrıntılı bilgi sağlamaktadır. Genelde işletmede çalışanların yaş, cinsiyet, eğitim, statü, ücret, kıdem vb. durumlarının saptanmasına yöneliktir. Bu envanter öncelikle işletme departmanları için ayrı ayrı, daha sonra da işletmenin tümü için hazırlanmaktadır. İşgücü genel envanterinde bir önceki dönemin değişiklikleri hesaplanır ve son durum aktarılır.
- İşgücü Beceri Envanteri; belirli bir dönemde işletmede çalışan işgörenin yetenekleri, eğitimi ve beceri düzeyi ile ilgili bilgi sağlayan bir kaynaktır. İşgücü beceri envanteri, idari ve teknik alanda çalışanlara ait bilgiler için kullanılmaktadır. Bu sayede işletmede üst kademelere atanacak işgören hakkında daha fazla bilgi sağlanabilir. Aynı zamanda işgücü beceri envanteri eğitim programlarının hazırlanmasında yönetime yardımcı olmaktadır.

**İşgören Devir Oranı;** işletmede belli bir dönem içinde çalışan işgörenin aynı dönem içinde işten ayrılan işgörene oranı' dır. İşletmede işgören devir hızındaki artışlar, söz konusu işletmede bir sorun olduğunu gösterir. Bu sorunun giderilmemesi ve/veya artışın devam etmesi işletme için oldukça yüksek maliyetlere neden olabilir.

**İşgören Devamsızlık Oranı;** Devamsızlık, işgörenin çalışma programı veya planına göre çalışması, gereken zamanda işine gelmemesi' dir. Bunlar, normal günlük izinler, tatiller, diğer izinli ayrılmalar, izinsiz ayrılmalar ve hastalık nedenli ayrılmalar olarak sıralanabilir (Demir, Güzel; 2003, 61-62).

### 2.3. Personel Planlama Süreci

Planlama, kuruluşların gelecekteki insangücü gereksinmelerini nasıl karşılayacaklarını belirtmesi bakımından önem taşımaktadır. Şekil 3' te Bernardin' nin insan kaynakları planlama süreci görülmektedir.



**Sekil 3:** İnsan Kaynakları Planlama Süreci

**Kaynak:** H. John Bernardin, *Human Resource Management An Experimental Approach, International Edition, 2003*

### 2.3.1. Çevresel Analiz

Çevresel analiz, zaman alan, ayrıntılı ve temel etkinliklerden oluşan bir süreçtir. Çevresel analiz, insan kaynakları planlayıcılarına işletmenin stratejik planlama süresince karşılaşılabilecek sorun, tehdit ve fırsatların tanımlanması ve çözüm önerilerinin bulunmasında yardımcı olmaktadır. Bir başka ifade ile işletmenin amaçlarına etkin ve verimli şekilde ulaşılabilmesi için, hangi işlerin ne şekilde yapılması gerektiği konusunda bilgi edinilmesidir. Ancak bu inceleme sürecinde verimli olunabilmesi için hem iç hem de dış çevresel inceleme birlikte yapılmalıdır (Demir, Güzel; 2003, 66). İç çevreyi, insan kaynakları, finans, teknoloji, sunulan ürün ve hizmetler, kurum yapısı ve kültürü vb. oluşturmaktadır. Dış çevre ise; örgüt sınırları dışında kalan, örgütü dolaylı ve doğrudan etkileyen, kişi ve kurumları içermektedir (Kavuncubaşı; 2000, 127,135). Yapılan çevresel analiz ile iç ve dış kaynaklardan elde edilebilecek işgören arzı ile işletmenin gereksinimleri ve

diğer işletmeler ile rekabet konularında gerekli olacak işgören talebi konusunda elde edilen bu bilgiler, insan kaynaklarında meydana gelebilecek niteliksel ve/veya niceliksel dengesizliğin giderilmesinde kullanılmaktadır (Demir, Güzel; 2003, 66).

### **2.3.2. İşgücü talebinin Öngörülmesi**

İşgücü talep öngörümünde kullanılan nitel ve nicel tekniklere aşağıda değinilmeye çalışılmıştır.

#### **2.3.2.1. Nitel Teknikler**

Nitel teknikler, işgücü talep ve arzının öngörülmesi konusunda karar verecek olan yetkilinin yargısal kararlarına bağlıdır. Bu yöntemin avantajlarından biri, değerlendirilecek olan durumlar karşısında oldukça esnek olmasıdır. Diğer bir ifade ile nitel teknikler geçmiş deneyimler ile nicel teknikler kadar sınırlandırılmamış olmasıdır. Ancak öznel yargılar, nicel hesaplamalara kıyasla daha az doğruluk derecesine sahip olabilir. Bunlar, Delphi yöntemi ve Nominal Grup Yöntemidir (Demir, Güzel; 2003, 71).

**Delphi Yöntemi:** Uzmanların yargı ve deneyimlerinden yararlanan bir yaklaşımdır. Bir dizi anket hazırlanarak isim vermeden yanıtlamaları için uzmanlara gönderilir. Her yeni anket, bir önceki anketlerin sonuçları esas alınarak yeniden düzenlenir ve geliştirilir. Talebin tahmininde uzlaşma sağlanıncaya kadar işleme devam edilir ve sonuçta karara ulaşılır. Bu yöntemin yararı, insangücü talep tahminlerinin çok sayıda uzmanın görüşlerine yer vermesidir. Ancak kısa dönemli tahminlerde kullanılabilir. Uzun dönemli tahminlerde ise belirsizliğe yol açabilir. Uzmanların birbirlerinden etkilenmelerini önlemek de çok güçtür (Can, Akgün, Kavuncubaşı, 2001; 101).

**Nominal Grup Yöntemi:** Nominal yöntem, delphi yöntemine göre daha kısa bir zaman içerisinde yapılabilir. Bu yöntem de grup çalışmasına dayanmaktadır. Buna göre yöneticiler bir araya toplanır ve görüşlerini yazarlar. Yazılan görüşler bir liste halinde tahtaya aktarılır. Daha sonra her yöneticinin söz konusu görüşler hakkında

fikirlerini bildirebileceği bir tartışma ortamı yaratılır. Tartışma sonrasında en çok kabul edilebilenden en az kabul edilebilene doğru bir sıralama yapılır. Bu sayede çoğunluk kararına dayalı bir tahminleme yapılmış olur (Demir, Güzel; 2003, 71).

### 2.3.2.2. Nicel Teknikler

Nicel teknikler ise Regresyon Analizi ve Trend Analizidir.

**Regresyon Analizi;**Yönetimde ve karar sürecinde bilgisayarların artan bir hızla kullanılması ve hazır istatistiksel paket programların varlığı personel yöneticisine personel planlaması alanında önemli kolaylıklar sağlamaktadır. İstatistik paket programlarından birisi de regresyon analizidir. Regresyon analizi bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler aracılığı ile tahmin edilmesi için kullanılmaktadır. Regresyon analizi, bir bağımlı, bir bağımsız değişkenini içeriyorsa buna tek değişkenli regresyon analizi adı verilir. Eğer bağımsız değişken sayısı, birden fazla ise bu, çok değişkenli regresyon adı ile anılır (Can, Akgün, Akvuncubaşı, 2001; 104).

**Trend Analizi;** Trend analizi ile işgören ihtiyacının tahminlemede geçmiş beş yılın verileri incelenir ve bu verilere yönelik tahminlerde bulunulur. İleriye yönelik tahmin süreci çoğunlukla gelecek beş yılı kapsamaktadır. Ancak bu yöntem çok sağlıklı olamamaktadır. Çünkü geçmiş dönemlerde yaşanmış olan olaylar trend analizinde önemli görülmemektedir. Trend analizi ayrıca üretim miktarı veya gelir gibi işletme faktörleri ile birim başına işgören miktarı gibi verimlilik oranını bütünleştirmektedir. Bu sayede işletme faktörlerinde ve/veya verimlilik oranlarında meydana gelebilecek olan herhangi bir değişme ile işgücü talebi tahmin edilebilmektedir. Trend analizinde dikkat edilmesi gereken noktalar:

- İşgücünün büyüklüğü ile ilgili olarak uygun işletme faktörünün bulunması,
- İşgücünün büyüklüğü ile ilgili olarak söz konusu faktörün geçmiş verilerinin belirlenmesi,
- Verimlilik oranının hesaplanması,
- Trendin hesaplanması,



- Gelecek ve geçmişe yönelik ilgili düzenlemelerin yapılması,
- Hedeflenen yılın verilerinin tahmin edilmesidir.

### 2.3.3. İşgücü Arzının Öngörülmesi

İşgücü arzının öngörülmesinde kullanılan teknikler niceldir. Kullanılan teknikler simülasyon tekniği, bilgisayar destekli bilgi sistemi ve Markov analizidir.

**Simülasyon tekniği;** olasılık modeli, gelecekteki istihdam düzeylerini saptamada olasılıklarda kullanılan uzun dönem tahmin yöntemidir. Bilgisayar ortamında yaratılacak sanal alemde işletmenin gelecekteki durumuna yönelik alternatif kararlar alınabilir. Bu sayede insan kaynakları, satış, gelir, işsizlik düzeyi ve diğer Pazar durumları gibi ekonomik ve organizasyonel etkenlerin çeşitli denemeleri yapılabilir.

**Bilgisayar Destekli Bilgi Sistemi:** Günümüz teknoloji ortamında işletmeler bilgisayar programlarını kullanarak geleceğe yönelik işgören tahminlemesi yapabilmektedirler. Bu sistemde işgörenin eğitim düzeyleri, üretim birimindeki saatlik doğrudan işçilik maliyeti, verim ve performans düzeylerine yönelik bilgiler yer almaktadır. Bu bilgilere dayanarak işgörenlerin olası maliyetleri ve buna bağlı olarak işgören talebine yönelik tahminler yapılabilir.

**Markov Analizi:** Olasılık tahminlemesinin basit bir şeklidir. Buna göre farklı iş sınıflarındaki işgören hareketi, geçmiş işgören hareketlerine göre tahminlenir. Bu yöntem sadece iş sınıfları arasındaki hareketler için değil, aynı zamanda birimler ve departmanlar arasındaki hareketler için de kullanılabilirler. Bu yöntemin başarılı olabilmesi için her iş sınıfı için fazla miktarda işgören sayısı ve olağan bir ortam olması gerekmektedir. Herhangi bir iş sınıfında 50' den az işgören olması durumunda Markov analizi kullanılamaz (Demir, Güzel; 2003, 73-74).

### **2.3.4. Arz ve Talebin Değerlendirilmesi**

Öngörülerin değerlendirilmesinde elde edilen arz ve talep öngörülerini karşılaştırılmaktadır. Bu sayede işletme için gelecekte olası işgören açığı veya fazlasının olup olmayacağı saptanabilmektedir. Bu değerlendirme ile işletme, gelecekteki sorunları için olası güçlü yanlarını ve fırsatlarını daha da arttırabilmektedir.

### **2.3.5. Eylem Planlama**

Eylem planlamanın amacı, alınan kararların gerçekleşmesini sağlamaktır. Bundan önceki aşamalarda çevresel analiz ve işgücünün öngörülerini sayesinde çözüm önerileri saptanmıştır.

İnsan kaynakları planlamasının birçok sorunu işletme içindeki kaynaklarla çözümlenebilmektedir. Eğitim, kariyer planlama, terfi ve Ücretleme çoğu işletmenin işgücü açığında işletme içindeki kaynakları daha etkin kullanmada uyguladıkları yöntemlerdir.

İnsan kaynakları planlamasında karşılaşılan sorunlara diğer bir çözüm ise, işletme dışındaki çevrenin analiz edilmesidir (Demir, Güzel; 2003, 74).

### **2.3.6. Değerlendirme**

İşletmede seçilen insan kaynağı planı hangisi olursa olsun, planın son aşması uygulama ve değerlendirmedir. İnsan kaynakları planının uygulanması konusunda işletmenin plandan sorumlu bir yöneticisi olması gereklidir.

Değerlendirme sürecinde en önemli nokta, işletmenin işgören gereksiniminin tam olarak karşılanıp karşılanmadığıdır. Elde edilen veriler ile planlamanın hangi aşamasında sorun yaşandığı kolaylıkla saptanabilmektedir. Sorun yaşanan süreç saptandıktan sonra önlemler alınmalıdır. Bu noktada nitel ve nicel amaçlar, önemli

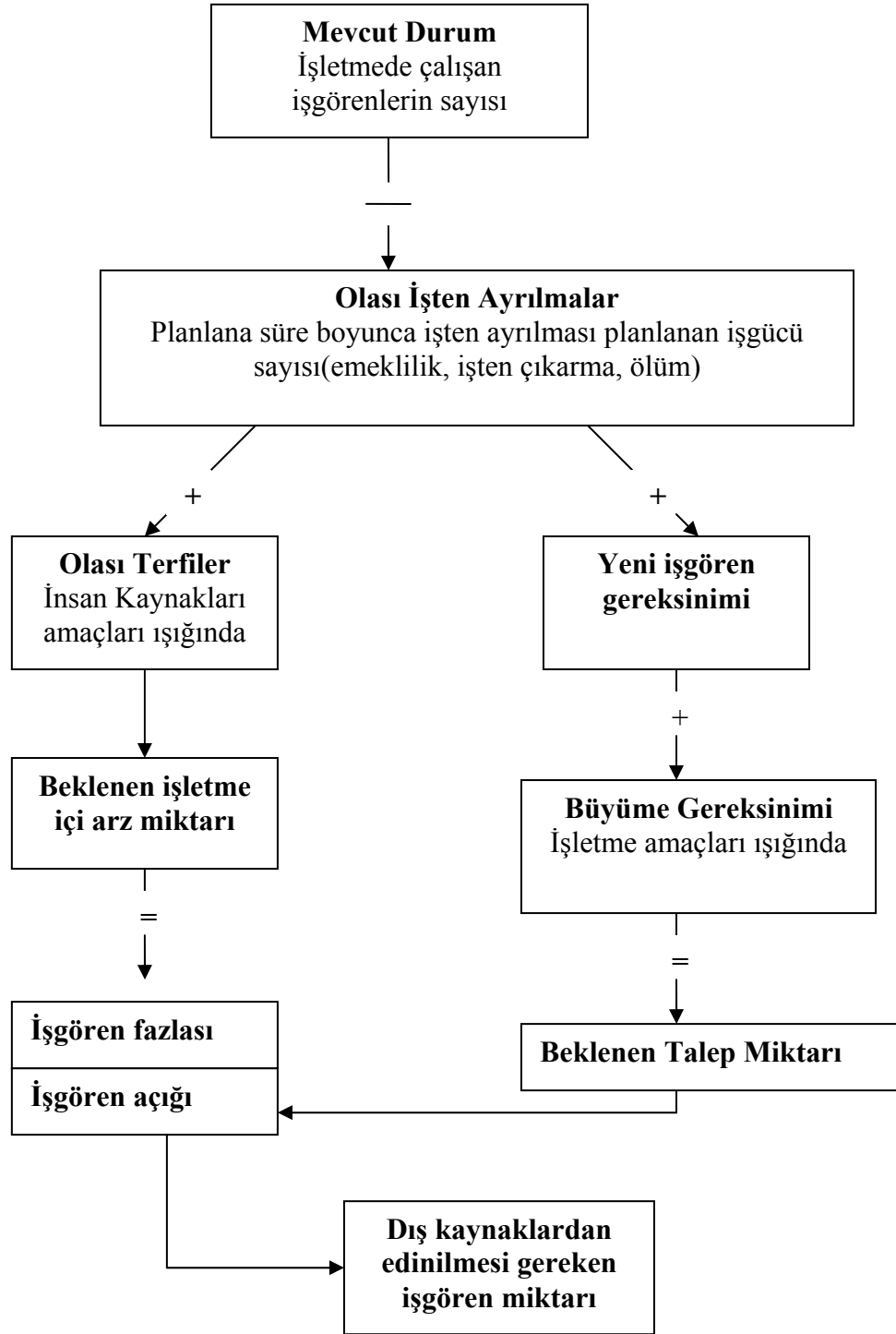
rol oynamaktadır. Nicel amaçlar, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde, söz konusu sapmaların ölçülmesinde daha nesnel ve gerçekçi olmaktadır.

İnsan kaynakları planlaması, çoğunlukla işletmeye yeni işgücünün sağlanması olduğu dşnldğnde, kadrolama işlevini, işgören gereksinmesini işletme olarak karşıladığından emin olunmalıdır. Planlamada önemli olan nokta, işletme i ve dış müşterilerinin gereksinimlerini karşılamaya yönelik en uygun işgören sayısı ve kalitesinin sağlanmasıdır (Demir, Güzel; 2003, 75).

#### **2.4. Personel açığı veya Fazlalığı**

İşletmelerde çoğunlukla insan kaynağı açığı veya fazlası konusunda bir dengesizlik bulunmakta ve bu durum genellikle önlenemez bir nitelik taşımaktadır. Meydana çıkan işgücü açığı veya fazlasının, her iş kategorisi hesaplanması durumunda ise, zm olarak alınabilecek kararlar da belirlenmiş olabilmektedir.

İşletmelerde meydana gelebilecek işgücü açık veya fazlalığını ngrmlemede kullanılabilir bir uygulama rneği Şekil 4' te gösterilmektedir. Bu uygulama örneğine göre, mevcut durumdan olası işten ayrılmalar çıkarılıp, olası terfi miktarı eklendiğinde elde edilen sonuç, beklenen işletme içi arz miktarını vermektedir. Bu da işgören fazlası olduğunu göstermektedir. Mevcut durumdan olası işten ayrılmalar çıkarılıp, yeni işgören gereksinimi ve büyüme gereksinimi eklendiğinde beklenen talep miktarı elde edilecektir. Bu da işletmede yeteri miktarda işgören olmaması durumunda işgören açığı olacağını göstermektedir (Demir, Güzel; 2003, 67)



**Şekil 4:** İşletmelerde Meydana Gelebilecek İşgücü Açık veya Fazlalığını Öngörülmede Kullanılabilecek Bir Uygulama Planı

**Kaynak:** DEMİR, GÜZEL; Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve Uygulamalar; 2003, 68

İşletmelerde işgücü açık veya fazlasının giderilmesi yönündeki olası eylemler ve bu eylemlerin gerçekleşme süresi ile etkileyeceği işgören miktarı ve ileriki dönemlerde değişme olanağı Tablo 4’ te gösterilmiştir.

**Tablo 4: İşgören Fazlasının ve Açığının Önlenmesi**

<b>İşgören fazlasının önlenmesi</b>		
<b>Eylem</b>	<b>Gerçekleşme süresi</b>	<b>Etkilenen işgören miktarı</b>
İşletmeyi küçültmek	Hızlı	Yüksek
Ücret Azaltmak	Hızlı	Yüksek
Kademe indirmek	Hızlı	Yüksek
Transfer etmek	Hızlı	Orta
İş paylaşdırmak	Hızlı	Orta
İşgören alımını durdurmak	Yavaş	Düşük
Erken emeklilik sunmak	Yavaş	Düşük
<b>İşgören açığının önlenmesi</b>		
<b>Eylem</b>	<b>Gerçekleşme süresi</b>	<b>Gelecekte değişme olanağı</b>
Fazla mesai	Hızlı	Yüksek
Geçici işgören	Hızlı	Yüksek
Dış Kaynaktan Yararlanma	Hızlı	Yüksek
İşgören devrini azaltmak	Yavaş	Orta
Yeni dış kaynaklı işe alım	Yavaş	Düşük
Teknolojik yenilik	Yavaş	Düşük

**Kaynak:** Raymond A. Noe, John R. Hollenbeck, Barry Gerhart and Patrick M. Wright, *Fundamentals of Human Resource Management*, (USA; McGraw-Hill, 2004), 139.

## **PERSONEL SAĞLAMA VE SEÇME**

### **2.5. Personel Sağlama Süreci**

Personel planlamasında, gereksinim duyulan personelin sayı ve nitelikleri belirlenirken; personel sağlama sürecinde, personel ihtiyacını karşılamak için

kurumda çalışmaya istekli aday personel birikimi oluşturulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000; 225). Gereksinme duyulan personelin bulunmasında hangi kaynakların yeğleneceği izlenen personel politikasınca belirlenir (Costello, Limbrick, Towle, Warner, 2002; 52). Personel sağlamada sağlık kurumları ve diğer kurumlar iç kaynaklardan yararlanabileceği gibi dış kaynaklardan yararlanma yoluna da gidebilir. Ancak ilk akla gelen iç kaynaklara başvurmadır (Taştan, 2001; 28). İç kaynaklar, kurumda halen çalışan personeli ifade etmektedir. Kurum içi kaynaklardan personel sağlanmasında şu yöntemler kullanılabilir;

**Yükselme:** Bir işgörenin bulunduğu görevden daha çok yetki ve sorumluluk taşıyan üst düzeyde başka bir göreve geçmesidir (Thompson, Strickland, 2001; 47). Yükselmede iç kaynaklara başvurma politikası, birçok yönden benimsenmekle birlikte ortaya bir takım uygulama sorunları da çıkarmaktadır. Bu sorunların özünde yükselmede izlenecek yöntemin seçimi vardır. Yükselme yöntemleri özet olarak şöyle açıklanmaktadır (Beardwell, Holden, 1994; 14).

**Basamaksal Sıraya Göre Yükselme;** Bir örgütteki ilişkiler emir-kumanda basamaklarına göre düzenlenir. Bu uygulamada hiyerarşik piramide uygun olarak yükselme söz konusu olur (Walker, 1992; 59–62).

**Eskilik (kıdem) Durumuna Göre Yükselme;** Meslek yaşamında uzun yıllar çalışmanın kazandırdığı deneyim gücü işe uyumu kolaylaştırır, işin gerektirdiği kural ve ilkeleri yakından tanımaya olanak sağlar. Bu nedenle elde edilen deneyime dayanarak uzun yıllardan bu yana eskilik derecesi yükselmenin en geçerli kriteri olagelmıştır (Anthony, Perrew, Kacmar, 1996; 14).

**Başarı Durumuna Göre Yükselme (ödüllendirme);** Yükselmede yerleşmiş bir yöntem de ödüllendirmedir. İşgörenin işinde gösterdiği başarı ve disiplin ya da işletmeye olan bağlılığı yükselme ile ödüllendirilebilir (Aydın, 2000;16).

**İç Transfer:** İşletmede bir görev boşaldığı zaman bu yere aynı düzeyde bir başka elemanın atanması halinde iç transferlerden söz edilir (Mathis, Jackson, 2000; 15).

**Rütbe düşürümü (Tenzil):** Personelin örgütsel hiyerarşide bir alt kademe işe atanmasıdır.

Dış kaynaklar ise çeşitli nedenlerle işletmelerin personel bulmada isteseler de istemeseler de zorunlu olarak başvuracakları bir kaynaktır. Dışarıdan eleman sağlanmasında yararlanılan önemli araçlar özet olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (Raymond, Hollenbeck, Gerhart, Wright, 2004; 58–59).

**Duyurular:** Okunan günlük gazete ve dergilere duyuru (ilan) verilerek ya da radyo ve televizyon aracılığı ile boş bulunan işlere işgören aranması en çok kullanılan araçlardan biridir (Kaynak, Adal, Ataay, Uyargil, Sadullah, Acar, Özçelik, Dündar, Uluhan, 1998; 16).

**Dolaysız Başvuru:** İşletmenin yerleşim yeri, tanınmışlığı ve diğer nedenlerle birçok kişi doğrudan doğruya işletmeye başvurup iş isteyebilir (Barbuceanu, Fox, 1997; 17).

**Dolaylı Başvuru:** İşgören bulmada oldukça yaygın biçimde kullanılan araçlardan bir diğeri de işletme içinden ya da dışından bazı kişilerin aracılığı ile işe alma yoluna gitmektir. İşletmede çalışanlar boşalan işleri yakından izlediklerinden tanıdık ya da yakınlarının bu açık görevlere girmelerine aracılık edebilirler (Gjerdrum, Shah, Papageorgiou, 2001; 81–88).

**İş ve İşçi Bulma Kurumu:** Çoğu ülkelerde devlet tarafından kurulan ve yönetilen iş ve işçi bulma kurumları, çeşitli nicelik ve nitelikte işgören arayan işletmeler ile iş arayan kişiler arasında aracılık eden kurumlardır. Bu kurumlar daha çok alt basamak elemanların işe yerleştirilmesini amaçlar (Eager, Lazowska, Zahorjan, 1986; 662–675).

**Eğitim Kuruluşları:** İşletmeler, eleman yetiştiren eğitim kuruluşları ile ilişki kurarak işgören alımına gidebilirler. Özellikle mesleki ve teknik konularda eğitim veren okullar ve yüksek okullarla kurulan yakın ilişki, işletmenin gereksinim

duyduğu personel adaylarının bulunmasına iyi bir kaynak oluşturur (Khoo, Lee, Yin, 2001; 3023–3040).

**Sakat ve Eski Hükümlüler:** İş Kanununun 25. maddesinde hizmet akdi yapma zorunluluğu ile ilgili iki ayrı hali düzenlemekte ve bunlardan biri işyerinde sakat ve eski hükümlü kimselerin çalıştırılması amacıyla getirilmiş bulunmaktadır. Sakat ve eski hükümlüleri işe alma yükümlülüğu, sosyal ve iktisadi yönden bir toplum ödevi olarak kabul edilmektedir. Sakatların verimli olabilecekleri işlerde çalıştırılması suretiyle, hem iş gücü değerlendirilmekte ve hem de bunların haysiyet kırıcı bir yaşantıya itilmeleri önlenmektedir. Eski hükümlülere çalışma olanağı yaratılarak, yeni suçlar işlemekten kurtarılmakta ve topluma kazandırılmaktadırlar. (İK m. 25/A-B)

**Diğer Araçlar:** Pek yaygın olmamakla birlikte dış kaynaklardan eleman sağlanmasında yararlanılan birkaç kaynaktan daha söz edilebilir. Örneğin, bazı sendikal kuruluşlar ve mesleki örgütler, kendi yayınları aracılığı ile bazı işletmelere eleman bulunmasına yardımcı olurlar (Krothapalli, Deshmukh, 1999; 1601–1624).

## 2.6. Personel Seçme

Yapılacak işleri görececek nicelikte personelin sağlanması kadar, görevleri gereğince yerine getirebilecek nitelikte ve yetenekte olanların seçimi işletmenin başarısı açısından büyük önem taşır (Alpugan, Demir, Oktar, Üner 1987; 382–383).

Personel seçme; personel sağlama süreci sonucunda yaratılan aday personel birikimi içinden iş gereklerine en çok uyan aday(lar)ın belirlenmesidir. Burada en önemli karar kriteri, işin gerekleriyle, adayların nitelikleri arasında uyum derecesidir (Kavuncubaşı, 2000; 226).



## 2.7. Türk Kamu Kesiminde Personel Sağlama ve Seçme

Türk kamu kesiminde personel alma işlemleri Devlet Personel Başkanlığı tarafından yönlendirilmektedir. Bu konuyla ilgili yasal çerçeve 657 sayılı Devlet memurları kanunu' nca düzenlenmiştir. Kamu kurum ve kuruluşları personel gereksinmelerini yani boş kadrolarını sınıf ve derece bildirerek Devlet Personel Başkanlığı' na bildirirler(M 46). Devlet Personel Başkanlığı da, atama yapılacak boş kadroların sınıf ve derecelerini, kadroların buldukları kurum ve yerlerini, kadrolara alınacak personel sayılarını, alınacak personelin genel ve özel koşullarını, en son başvurma tarihini, başvurulacak yetkili birimleri, sınav yerlerini ve zamanlarını, gerek görülen diğer bilgileri başvurma süresinin bitiminden en az 15 gün önce Resmi Gazetede, radyo, televizyon ve ülke çapında tirajı yüksek gazetelerden an az biri ve uygun görülecek diğer araçlar ile duyurur. Sınavsız atama yapılacak yerlere kadro adedinden fazla istekli bulunduğu takdirde açılacak sınavın gün ve yeri, yukarıdaki koşullara uygun olarak ayrıca duyurulmaktadır( Md 47). Kamu kesiminde istihdam edilecek personelin;

- Türk vatandaşı olmak, genel olarak 18 yaşını doldurmuş olmak,
- En az ortaokul mezunu olmak (kadro için istekli bulunmadığı takdirde ilk okul mezunları da istihdam edilebilir),
- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- Ağır hapis veya 6 aydan fazla hapis veya affa uğramış olsalar bile devletin kişiliğine karşı suç işlemiş bulunmamak,
- Yüz kızartıcı ve onur kırıcı suçtan hükümlü bulunmamak,
- Erkek adaylar için askerlik görevini yapmış olmak, askerlik çağında olmamak veya ertelemiş olmak,
- Sağlık bakımından engel bulunmama niteliklerini taşımaları gerekmektedir.

Bu genel özelliklerin yanında adayların aşağıdaki özel koşulları da sağlamaları gerekmektedir: eğitim düzeyini gösterir diplomaya sahip olmak, kurumların özel kanun veya diğer mevzuatında aranan koşulları taşımak, devlet memurluğu sınavında başarılı olmak (Can, Akgün, Kavuncubaşı, 2001; 130-131).

## BÖLÜM III

### SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETİ, TÜRKİYE' DE SAĞLIK HİZMETİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK KURUMLARI

#### 3.1. Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü' nün anayasasında, sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur denilmektedir (Öztek, 2004; 55).

Prof. Dr. N.H. Fişek sağlık hizmetlerini; kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü şeklinde tanımlamıştır (<http://lokman.cu.edu.tr/family/tanimlar.html/> 19.12.2004, 16:35).

1978 yılında benimsenen Alma Ata Bildirgesinde de temel sağlık hizmetlerinin her bireye ulaştırılması 2000 yılında herkes için sağlık hedefi olarak belirlenmiştir (Örs, Önder, Esatoğlu, 2000; 420). Bu hedefin gerçekleştirilebilmesi için sağlık sektörünün en önemli faktörlerinden biri olan sağlık insan gücünün ve bunun yanısıra tüm insan gücünün seferber edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu konu ile ilgili üçüncü bölümün onbeşinci maddesinde Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim ve Çalışma Bakanlığı gibi ilgili diğer bakanlıklarla birlikte, sağlık sisteminin özelliklerine göre uygun insan gücünü, uygun sayıda, uygun zamanda, uygun yerde sağlık sistemine arz edecek şekilde planlayacaktır diyerek sağlık insangücü planlamasının önemini vurgulamıştır (2000 Yılında Herkes için Sağlık Genel Planı). Ancak 1987' de yapılan analizler göstermiştir ki; eğitim ve sağlık personelinin mevcudiyeti ile ilgili bazı yöntemlere rağmen ulusal sağlık insangücü geliştirme yöntemlerinin ve sağlığın tümü için sağlık insangücü geliştirmeye yönelik daha uyumlu stratejilerin üç bölgede de hala büyük engeller vardır (World Health Organization, 1990; 13–14). Onun için 1995' teki Sağlık Kongresinde Dünya Sağlık Örgütü (DSO) ve üyeleri sağlık reformlarını, kaynaklarını özellikle insan

kaynaklarının kullanımını kontrol altına alarak daha iyi hale getirme konusunda resmi bir karar(WHA 48,8) vermişlerdir (Alwan, Hornby, 2002; 56).

### **3.2. Türkiye’ deki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Türkiye’ de sağlık hizmetleri talebini karşılama, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını ve sağlık hizmetlerinden eşit ve en iyi şekilde faydalanmasını sağlama görevi Anayasa ile devletin yükümlülüğüne verilmiş ve sağlık kuruluşlarının planlanmasının tek elden ve devlet tarafından yürütülmesi öngörülmüştür (T.C. Anayasası; 1982).

Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin gelişimi, Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar geçen dönem olmak üzere incelenebilir.

#### **3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Cumhuriyet öncesi Anadolu’ da sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde verilmesine ilk olarak Selçuklular zamanında başlanmıştır. Osmanlılar da Selçuklulardan aldıkları bu düzeni, geliştirerek devam ettirmişlerdir.

#### **3.2.2. Türkiye Cumhuriyeti’ nde Sağlık Hizmetleri ve Personel Politikaları**

Cumhuriyet kurulduğunda 1923’ te 554 hekim vardı. 1935’ te 1625’ e ulaştı. 1948’ de Doktor sayısı 5000’ e yükseldi. 2000 yılında ise hekim sayısı toplam 81.988 (36.854’ ü uzman, 45.134’ ü pratisyen) dir. 14.076 dış hekimi, 22.065’ i eczacı, 41.695 sağlık memuru, 71.270 hemşire ve 41.231’ i ebedir.

##### **3.2.2.1. 1923-1960 Dönemi**

1923-1960 arası dönem de sağlık hizmetleri dikey örgütlenme ile merkez ve taşra teşkilatını kurmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Merkezde Bakan, taşrada Vali

ve Kaymakamlara bağlı olarak Sağlık M¼d¼rleri vardır. H¼k¼met Tabipliği ve Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ org¼t¼n¼ temel birim olarak kabul etmiştir.

Sağlık insan kaynağı sağlık hizmetlerinin ¼nemli bir unsurudur (Savaş, Karahan, Saka, 2002; 77). ¼lkemizdeki sağlık insang¼c¼ planlaması ile ilgili alışmalar Refik Saydam d¼neminde başlamıştır (Birinci Sağlık Projesi, 1196;4). Bu d¼nemde hekim sayısında hızlı bir artış sağlanmıştır.

Tıp fak¼lteleri ve sağlık memuru yetiştiren okullar kurulmuş, hekim ve yardımcı sağlık elemanı sayılarında ¼nemli artışlar sağlanmıştır. Ancak ebe ve hemşire gibi sağlık insang¼c¼ yetiştirilmesi konusunda çaba harcanmamıştır (G¼ney, 1998; 48–49).

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanısıra sağlık org¼t¼, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>).

1946–1947 yıllarında Dr. Behçet Uz' un Sağlık Bakanlığı d¼neminde Dr. Refik Saydam' ın oluşturduğu esaslarda b¼y¼k değişiklikler yapmıştır (K¼ksal, 1991; 16).

Hastanecilik alanında b¼y¼k gelişmeler sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, ¼zellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken ¼nem verilememiştir (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>).

Demokrat Parti D¼neminde (1950–1960) hastaneciliğe b¼y¼k ¼nem verilirken hemşire, ebe ve laborant yetiştirilmesine gereken ¼nem verilmemesi hasta bakım hizmetlerinin tam gelişmesini engellemiştir (K¼ksal, 1991; 16).

1953 yılında 6023 sayılı *T¼rk Tabipler Birliği Kanunu*;

1954 yılında 6283 sayılı *Hemşirelik Kanunu*;

1960 yılında 12578 sayılı *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi* yürürlüğe girmiştir. ( <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>)

### **3.2.2.2. 1960 Sonrası Dönem (Planlı Döneme Geçiş)**

Bu dönem ülkemizin Planlı Kalkınma dönemidir. 05.05.1961' de sağlık hizmetlerinde *224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun* kabul edilmiştir. Bu kanunun ilkelerine göre amaç herkese eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, denetlenebilen nüfus yoğunluğuna göre uygun bir ekip hizmeti verilmesidir (224 Sayılı Kanun, 1961)

224 sayılı Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. Bu kanunla, sağlık hizmetlerinin tüm ülke çapında yaygınlaştırılması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin bedelsiz, ikinci basamak hizmetlerin ise makul bir fiyatla sunulması kararlaştırılmıştır. İlk kez 1963' te Muş ilinde başlayan uygulamalar her yıl birkaç İl' e daha yayılarak 1979' da 45, 1982 yılında ise 53 ile yayılmış, 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede bu kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

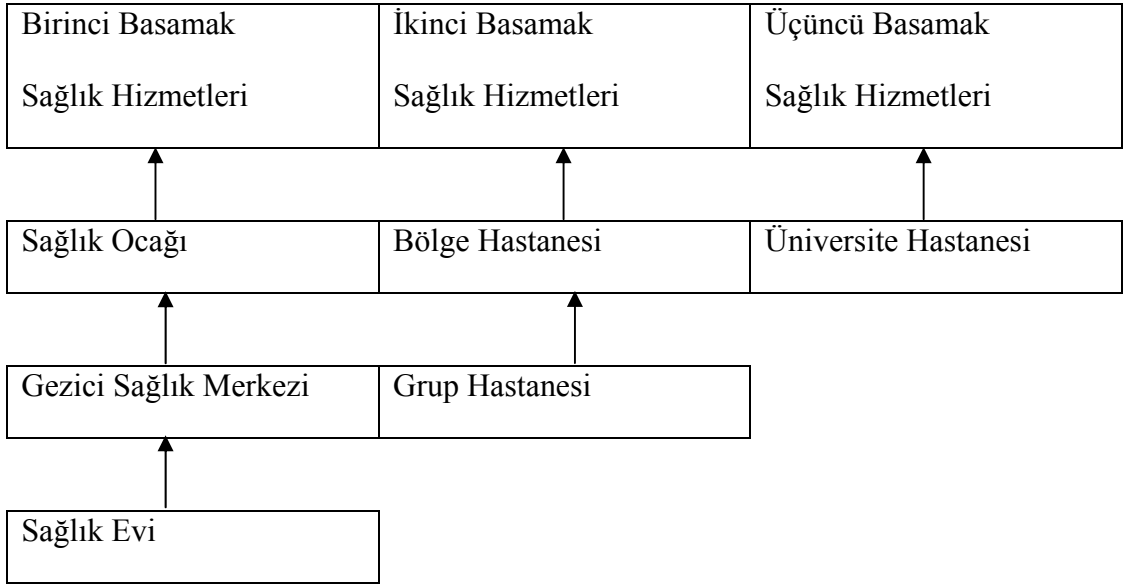
- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Bu ilkelere uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli de şöyledir:

- Yasaya göre sağlık hizmetleri İl içinde bir bütündür ve sağlık kuruluşları hizmetlerinin İl’deki amiri Vali’dir. Sağlık Müdürü Vali adına hizmeti yürütür. İl içindeki bütün sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır. (<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>)
- Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5–10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2–4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şoför bulunacaktır.
- Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır. (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>)
- Sağlık Grup Başkanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık ocakları arasındaki yönetim kademesidir. Her ilde kurulamamıştır.
- Her Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde bir de bölge hastanesi bulunmaktadır. Bunlar İlçe hastanesi olarak da adlandırılır. Bölge hastaneleri 50–100 yataklı hastanelerdir. Dört branşın uzmanları (iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum) bulunur. (<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>)
- Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>).

224 Sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi esas alınmışken dikey organizasyon yapısı yukarıdan aşağıya değil de, aşağıdan yukarıya doğru örgütlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin üç basamakta verilmesi kararlaştırılmıştır. Şekil 5’te görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık evleri, sağlık ocakları ve gezici sağlık merkezleri, ikinci basamakta grup hastaneleri ve bölge hastaneleri yer almaktadır. Üçüncü basamakta ise üniversite hastaneleri

düşünülmüştür (Güney, 1998; 51–52).



**Şekil 5:** 224 Sayılı Yasa ile Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonel Ayrımı

**Kaynak:** Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden yapılandırılması, 1998; 52

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin, kapsamı, ulaşılabilirlik düzeyi ve maliyetleri, Şekil 6’ da verildiği gibi farklılık göstermektedir.

ÜÇÜNCÜ BASAMAK	HİZMET KAPSAMI	ULAŞILABİLİRLİK	MALİYETLER
İKİNCİ BASAMAK			
BİRİNCİ BASAMAK			

**Şekil 6:** Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

**Kaynak:** Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2000; 69

Birinci basamak sağlık hizmetleri, dar kapsamlıdır; buna karşılık ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri geniş kapsamlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden daha yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha azdır. Makro açıdan sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi için birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdümlü olması ve bütünlük göstermesi gereklidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmesi olanaklı hastalıkların, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmesi, sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır.

1960' larda Beş Yıllık Ulusal Kalkınma Planları da uygulanmaya başlanmıştır. Kalkınma planları; ülkenin ekonomik sosyal, doğal, mali, kültürel ve beşeri kaynaklarının bir envanterinin çıkarılarak, bu kaynakların en akılcı biçimde nasıl değerlendirilebileceği ve önceliklerin hangi sektörlere verilmesinin daha yararlı olacağı; ülkenin gelecekte ihtiyaç duyacağı hizmet taleplerinin karşılanması için ne tür önlemler alınması gerektiğinin belirlenmesi amacıyla yönelik planlardır (Aykaç, 1999; 96–97)

Ancak bu planlarda sağlık insangücüne yönelik verilen hedefler çok genel kalmış ve planlamadan çok politika belirleme niteliğinde olmuştur (Birinci Sağlık Projesi, 1996; 4).

I. Beş Yıllık Kalkınma Planı' nda (1963-1967) sağlık insangücüne yönelik hedef belirlenmemiştir (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003; 4).

Altıncı, yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarında sağlık insan gücüyle ilgili bazı sayısal hedefler belirlenmiştir. Tablo 5, 6 ve 7' de gösterilmiştir.



**Tablo 5:** VI. B. Y. K. P. Döneminde Fiziki Hedefler Ve Gerçekleşmeler

VI. PLAN (1990–1994)			
		1994	
	1989 Yılı Durum (Kesin)	Hedef	Gerçekleşme
Nüfus	55.300.000	61.394.000	61.644.000
Yatak Sayısı	133.833	153.000	150.565
Yatak Başına Düşen Nüfus	413	401	409
Hastane sayısı	838	1.021	1.024
Hekim Sayısı	46.708	60.604	64.000
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.184	1.013	963
Diş Hekimi Sayısı	10.132	11.800	13.200
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	5.458	5.203	4.670
Eczacı Sayısı	15.201	16.000	17.500
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.638	3.837	3.523
Hemşire Sayısı	43.374	83.276 (2)	61.500
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	1.275	737	1.002
Ebe Sayısı	-	-	-
Bir Ebeye Düşen Nüfus	-	-	-
Sağ. Mem. Ve Tekn. Sayısı	18.869	21.200	38.200
Bir Sağlık Memuru ve Tekn. Düşen Nüfus	2.931	2.896	1.614
Sağlık Ocağı Sayısı	3.415	4.000	4.575
Sağlık Evi Sayısı	10.986	10.450	11.878
Bağışıklama (Yüzde)	75,0	90,0	85,0
Yatak Kullanım Oranı	59,0	65,0	58,0
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi	66	70,3	67,6
Bebek Ölüm Hızı	62	51,33	46,8
Sağlık Sigortası Kapsamı (Yüzde)	-	-	60,1

**Kaynak:** Sağlık Sektör Raporu; 1999, s: 5

Altıncı Beş yıllık kalkınma planında sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacı ile sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmanın temel ilke olduğu belirtilmiştir. Bu ilkenin gerçekleştirilmesi için etkin bir insangücü planlaması yapılarak sağlık personelinin ve sağlık alt yapısının yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak amacıyla tedbirlerin alınması gerektiği

belirtilmiş ve sağlık insangücü ile ilgili sayısal hedefler belirlenmiştir (Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı).

**Tablo 6:** VII. B. Y. K. P. Döneminde Fiziki Hedefler ve Gerçekleşmeler

VII. PLAN (1996–2000)				
	1995 Yılı Durum	1994		2000 Yılı Gerçekleşme
		Hedef	1999 Yılı	
Nüfus	61.644.000	67.332.000	64.385.000	66.500.000
Yatak Sayısı	150.565	180.000	163.912	170.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	409	374	393	391
Hastane sayısı	1.024	-	1.167	1.200
Hekim Sayısı	64.000	83.500	77.550	81.000
Bir Hekime Düşen Nüfus	963	806	830	821
Diş Hekimi Sayısı	13.200	16.800	16.215	16.500
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	4.670	4.008	3.971	4.030
Eczacı Sayısı	17.500	21.000	20.105	21.000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.523	3.206	3.202	3.167
Hemşire Sayısı	61.500	104.000	83.011	90.000
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	1.002	647	776	739
Ebe Sayısı	-	-	52.800	55.000
Bir Ebeye Düşen Nüfus	-	-	1.219	1.209
Sağ. Mem. Ve Tekn. Sayısı	38.200	-	47.151	48.000
Bir Sağlık Memuru ve Tekn. Düşen Nüfus	1.614	-	1.366	1.385
Sağlık Ocağı Sayısı	4.575	5.100	5.347	5.700
Sağlık Evi Sayısı	11.878	-	12.368	13.500
Bağışıklama (Yüzde)	85,0	100,0	-	95,0
Yatak Kullanım Oranı	58,0	65,0	-	60,0
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi	67,6	69,1	69	69
Bebek Ölüm Hızı	46,8	35,3	36,3	35,3
Sağlık Sigortası Kapsamı (Yüzde)	60,1	100,0	75,0	76,0

**Kaynak:** Sağlık Sektör Raporu; 1999, s: 5

**Tablo 7:** Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve VIII. Plan Hedefleri

<b>KRİTERLER</b>		<b>MEVCUT DURUM</b>	<b>VIII. PLAN 2005 HEDEFLERİ</b>
Yatak Sayısı(*)	(2002)	178.135	200.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	(2002)	392	351
Yatak İşgal Oranı (%)	(2002)	61.5	75
<b>SAĞLIK İNSANGÜCÜ</b>	(2001)		
Hekim Sayısı		90.757	89.000
Bir Hekime Düşen Nüfus		756	789
Diş Hekimi Sayısı		15.866	16.000
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus		4.325	4.389
Eczacı Sayısı		22.922	-
Bir Eczacıya Düşen Nüfus		2.994	-
Sağ.Mem.ve Tekn.Sayısı		45.560	-
Bir Sağlık Memuruna Düşen Nüfus		1.606	-
Hemşire Sayısı		75.879	77.100
Bir Hemşireye Düşen Nüfus		904	910
Ebe Sayısı		41.158	
Bir Ebeye Düşen Nüfus		1.667	
(*) Milli Savunma Bakanlığı Dahildir.			

**Kaynak:** <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/2sayfa.htm> Erişim: 03.12.2004

1980 sonrası durum ise;

1987 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu kabul edilmiştir. Kanunun 3. maddesinde ‘Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir’ der. Aynı maddenin c bendinde bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılmasının esas olduğundan bahseder, g bendinde ‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin

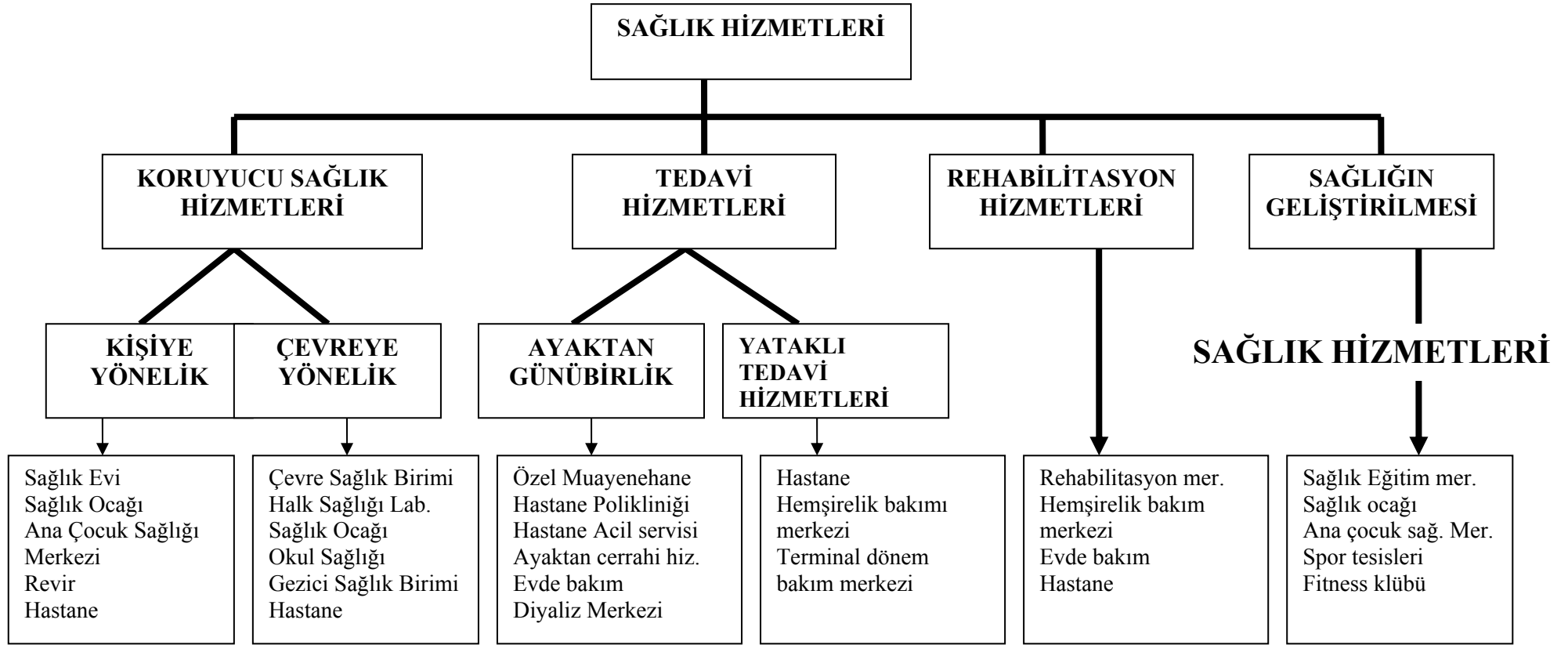
yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır' der (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987).

23–27 Mart 1992 tarihleri arasında, Ankara' da, Sağlık Bakanlığı' nın koordinesinde I. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Sağlık sektöründeki problemler hakkında farkındalığı arttırmak ve hazırlanan politikalar hakkında ortak bir yol sağlamak için gerçekçi bir süreç oluşturulmuştur. 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresi' nde sunulmuştur. Önerilen reformlarda; Yapısal reformlar, Hizmet sunumu alanındaki reformlar, Sağlık finansmanı reformları ve diğer alanlarda yapılacak reformlar (Sağlık yöneticilerinin eğitimi, Hemşirelik eğitiminin lisans düzeyine çıkarılması, Doktorlara süzgeç vazifesi görecektir pratisyen hekimler yetiştirmek, Bir ulusal sağlık akademisi kurarak yeni tip insan gücü geliştirmek ve Ulusal sağlık enformasyon sistemi kurmaktır).

### **3.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması**

Sağlık kurumları, ürettikleri temel (primer) sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık kurumlarının sınıflandırılması Şekil 7' de verilmiştir (Kavuncubaşı, 2000; 34).

Sağlık hizmetleri, genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak ayrılabilir (Aydın, Çınar, 2001; 89).



**BÜTÜNCÜL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR (Sağlık Yönetim Sistemi-Managed Care)**

Sağlığın Korunması Organizasyonları-Health Maintenance Organizations HMO, Anlaşmalı kurumlar-Preferred Provider Organizations PPO, Hekim Hastane Organizasyonları (Physician Hospital Organizations)

**Şekil 7:** Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

## SAĞLIK KURUMLARI

### **3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır. **Çevreye yönelik olan hizmetler**, genellikle mühendislik hizmetlerini içeren, hekimlerin doğrudan görev almadıkları hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerde hekimler danışmanlık ya da denetim hizmetleri ile görevlendirilebilirler. **Kişiye yönelik olan koruyucu hizmetlerin** tamamı başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bunların başlıcaları: bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması ve sağlık eğitimidir (Öztek, 2004; 56).

### **3.3.2. İyileştirici(Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri**

İyileştirici (Tedavi edici) sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınabilir:

#### **3.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti**

Hastaların tedavilerinin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Buralar, hasta ya da sağlam olsun bütün kişilerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır ve buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir; kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın olan periferde yer alan kuruluşlardır. Yataklı tedavi kuruluşlarının, yani hastanelerin önünde birer filtre görevi görürler. Bir başka deyişle, hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalı, buradaki hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidirler (Öztek, 2004; 58). Bu basamakta yer alan hizmetler; ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetleri içermektedir (Turan, 2004; 12–13).

Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır:

- Sağlık evi
- Köy tipi sağlık ocağı
- İlçe tipi sağlık ocağı
- İl tipi sağlık ocağı
- Sağlık merkezi
- Verem savaş dispanseri
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi
- Ruh sağlığı dispanseri
- Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri
- Cüzzam savaş dispanseri
- Hudut-sahil ve hava liman denetleme merkezi
- Kurum tabipliği
- İşyeri tabipliği
- SSK dispanseri
- Üniversite mediko-sosyal hekimliği
- Özel muayenehane (Öztek, 2004; 88,89).

Birinci basamakta görev alan personel

Çekirdek personel:

- Diş Hekimi
- Eczacı
- Diyetisyen
- Fizyoterapist
- Laboratuvar ve röntgen teknisyenleri
- Doktor
- Hemşire

*\*Ev bakım hemşiresi*

\* *Poliklinik ilk yardım ve pansuman hemşiresi*

\* *Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme hemşiresi*

\* *Ziyaretçi hemşire*

\* *Ebe-hemşire*

- Sosyal çalışmacı
- Tıbbi sekreter

#### Yönetim ve Yardımcı Personel

- Yönetici
- Daktilo / Bilgisayar operatörü
- Danışma memuru
- Şoför
- Dış hekimi için yardımcı eleman
- Ev bakımı için elemanlar
- Gönüllü çalışan elemanlar

(<http://lokman.cu.edu.tr/family/tanimlar.html/19.12.2004>).

#### **3.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti**

Hastaneler Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği' nin 4. maddesinde; Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır diyerek tanımlanmıştır.

Aynı yönetmeliğin 5. maddesi hastaneleri işlevlerine göre sınıflandırır. Buna göre Yataklı tedavi kurumları en az 50 yataklıdır. İşlevlerine göre 4 gruba ayrılır.

- Genel Hastaneler
- Özel Dal Hastaneleri
- Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri



- Eğitim Hastaneleri (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1982; 2889)

### **3.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri**

Hastaların önemli ölçüde uzmanlık gerektiren bir tedaviye gereksinim duyduğu durumlarda, üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girmektedir. İleri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış olan ihtisas hastaneleri (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri gibi), eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu basamakta yer alan sağlık kurumları arasında yer almaktadır (Turan, 2004; 13–14).

Türkiye’ de Üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır:

- Doğum ve çocuk bakımevi
- Çocuk hastanesi
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Göğüs-kalp ve damar cerrahisi merkezi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- Kemik hastalıkları hastanesi
- Onkoloji hastanesi
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- Lepra hastanesi
- Diş hastanesi (Öztek, 2004; 88,89).

### **3.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine karşın, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Tedavi hizmetlerinin son basamağını oluşturan bu hizmetler, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri, tüketici durumundan üretici

durumuna getirmeyi hedeflemektedir (Turan, 2004; 14). Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak incelenecek olursa;

**Tıbbi rehabilitasyon;** Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

**Sosyal rehabilitasyon ise;** sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarıyla bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar.

Rehabilitasyon hizmetleri, sadece yataklı rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmamaktadır. Hemşirelik bakım merkezleri ve evde bakım merkezleri tarafından da bu hizmetler verilmektedir (Kavuncubaşı, 2000; 45-46).

### **3.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000; 45-46).

### **3.4. 224 Sayılı Yasaya Göre Sağlık Örgütlenmesi**

224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun, sağlık örgütlenmesinde aşağıdaki yönetim basamaklarını öngörmektedir:

- Sağlık Bakanlığı,
- İl Sağlık Müdürlüğü,
- Sağlık Grup Başkanlığı,
- Sağlık Ocağı (<http://www.konaksgb.com/hizmetyonetim.htm>).

### 3.4.1. Sağlık Bakanlığı

Ülke çapında sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı' nın görevidir. Sağlık Bakanlığı' nın yanısıra diğer sektörler ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'nin ikinci en çok kamu görevlisi istihdam eden kuruluşlarının başında gelmektedir (<http://www.die.gov.tr>).

Temel sağlık hizmeti ilkeleri doğrultusunda ülke çapında koruyucu ve tedaviye yönelik sağlık hizmeti vermek, merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı' nın görevidir. Hizmet sunumu ve bazı özel programları uygulama görevi çeşitli Genel Müdürlükler (Temel Sağlık Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık Eğitimi) ve çeşitli bölümler (Verem, Sıtma, Kanser Kontrol bölümleri) tarafından paylaşılmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, 1994; 7).

Sağlık Bakanlığının kuruluş ve görevlerine ilişkin kurallar 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı kanun hükmünde kararname' de belirtilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Karar Sayısı: KHK/181-Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' nın Yeniden Düzenlenmesi 17.6.1982 tarihli ve 2680 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak Bakanlar Kurulunca 13.12.1983 tarihinde kararlaştırılmıştır (Öztek, 2004; 68).

Bu hizmetlerin verilmesinde gerekli olan birimlerden bir tanesi de Personel Genel Müdürlüğüdür. İlgili kanunun 24. maddesine göre Personel Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- Bakanlığın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yapmak, personel sisteminin geliştirilmesiyle ilgili tekliflerde bulunmak,
- Bakanlık personelinin atama, özlük ve emeklilik işleriyle ilgili işleri yapmak,
- Sağlık ve yardımcı sağlık personelinin diplomalarının tescil işlemlerini yapmak, kayıtlarını tutmak ve bunlarla ilgili işleri izlemek,
- Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre yurtiçinde ve yurtdışında yapılan uzmanlıkla ilgili işlemleri yürütmek, uzmanlık belgelerinin tescil işlemlerini

yapmak, kayıtlarını tutmak,

- Personel eğitim planını hazırlamak, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarını düzenlemek ve uygulamak,
- Bakanlıkça verilecek benzeri görevleri yapmak (Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname).

### **3.4.2. İl Sağlık Müdürlüğü**

İl düzeyinde sağlık hizmetleri Valiliklerin gözetimi altında İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü tüm temel sağlık hizmetlerinin ve tedavi hizmetlerinin sunumundan sorumludur (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993).

### **3.4.3. Sağlık Grup Başkanlığı**

Sağlık Grup Başkanlıkları Sağlık Bakanlığının ilçedeki yönetim birimidir. İlçe düzeyinde sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu yöneticiler, kaymakam ve sağlık grup başkanıdır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 25).

**Kaymakam;** ilçede sağlık hizmetlerin yürütülmesinden, eşgüdümünden ve geliştirilmesinden birinci derecede sorumlu kişidir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 25,a).

**Sağlık Grup Başkanı;** ilçenin en üst düzeydeki sağlık yöneticisidir. En az beş yıl hizmeti olan (tercihen halk sağlığı uzmanı) ve ikinci bir görevi bulunmayan tabipler arasından atanır. Sağlık Grup Başkanı gerektiğinde, sağlık ocağı hekimlerinden bazılarını sağlık grup başkan yardımcısı olarak görevlendirebilir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 25,b).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre, 8–10 sağlık ocağı bölgesi için ya da yaklaşık 100000 nüfusluk bölgelerde birer

Sağlık Grup Başkanlığı kurulur. Bu başkanlıklar kendi bölgelerindeki sağlık ocakları ile İl Sağlık Müdürlükleri arasındaki bağlantıyı sağlarlar.

Sağlık Grup Başkanlıkları ilçe sınırları dikkate alınarak kurulmaktadır. 657 sayılı yasada yapılan değişikliklerle, kaymakamlar ilçedeki bütün memurların, bu arada sağlık personelinin de sicil ve disiplin amirleri olmuşlardır. Dolayısı ile kaymakamlar kendi ilçelerindeki sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu duruma gelmişlerdir (Öztek, 2004; 87).

### **Sağlık Grup Başkanlığının görevleri:**

- İlçedeki sağlık hizmetlerini planlamak, sağlık müdürlüğü tarafından gönderilen planların uygulanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin en yüksek nitelikte yapılabilmesi için gerekli işleri yürütmek,
- İlçedeki sağlık hizmetlerini nicelik ve nitelik yönünden sürekli olarak değerlendirmek, ilçedeki sağlık kuruluşları ile ilgili görüşlerini, hizmetlerin geliştirilmesi için gerekli gördükleri işleri yıllık olarak Sağlık Müdürlüğüne bir raporla önermek,
- Her yılın Şubat ayı içinde, bir önceki yıl içinde ilçedeki kuruluşlarda yapılan işleri ve aksayan yönler ile ilçenin sağlık düzeyini kapsayan bir çalışma raporu hazırlamak ve bu raporu kaymakamlığa ve sağlık müdürlüğüne göndermek,
- İlçedeki kuruluşların görevlerini gerektiği gibi yapabilmeleri için gerekli malzemeyi belirleyerek Sağlık Müdürlüğüne bildirmek; gönderilen araç-gereç, ilaç, basılı kağıt ve öteki malzemelerin en verimli olabilecek şekilde, zamanında ve yeterli sayıda dağıtımını sağlamak,
- Sağlık kurum ve kuruluşları arasında eşgüdüm sağlayarak birlikte ve ekip halinde çalışmayı sağlamak,

- Sağlık kuruluşlarının hizmetlerini ve buralarda çalışan personelin çalışmalarını denetleyip hizmetin aksayan yönlerini saptamak; bu aksaklıkların nedenlerini belirlemek ve sorunların çözülmesi için gereken önlemleri almak; bu amaçla personeli destekleme, güdüleme, eğitime, ödüllendirme ya da cezalandırma işlemlerini yürütmek,
- İlçedeki personelin disiplin amirliğini yapmak, sicillerinin verilmesini ve özlük haklarının yerine getirilmesini sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğini sağlamak amacıyla, kamu ve özel sektördeki kuruluşlarla sağlık kuruluşlarının eşgüdümünü sağlamak,
- İlçede bulunan sağlık meslek liseleri ve sağlık eğitimi ile ilgili faaliyetlerin işleyiş ve yönetimini takip etmek, değerlendirmek ve eşgüdümünü sağlamak,
- Sağlık grup başkanlığında aylık hekim toplantılarını yürütmek; bu toplantılarda ilçedeki sağlık sorunlarını ve çözüm yollarını tartışmak, her kademedeki personelin hizmetle ilgili görüş ve önerilerini almak, uygun olanların gerçekleştirmelerini sağlamak,
- Denetimleri mevzuatla Sağlık Bakanlığı'na verilmiş olan sağlık kuruluşlarını denetlemek veya denetlenmesini sağlamak,
- İlçe Hıfzıssıhha Kurulu'na katılarak sekreteryaya hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

Sağlık grup başkanlığı içerisinde, sağlık müdürlüğündeki şubelerin karşılığı olan birimlerden ihtiyaç duyulanlar, Sağlık Müdürünün teklifi ve Valilinin onayı ile kurulabilir. Bu birimler, sağlık müdürlüğündeki ilgili şubelerin görevlerini ilçe düzeyinde yürütür (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 26).

#### 3.4.4. Sağlık Ocağı

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde temel birim sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. İdeal olarak, 5 ile 10 bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulması gerekirken; köy, ilçe, il ve Büyükşehirlerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olacakları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterir.

Sağlık ocaklarında çok yönlü sağlık hizmeti verilir. Sağlık ocaklarında hizmetin gereği gibi yürütülebilmesi için personelin ekip olarak çalışması şarttır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 54).

Sağlık ocakları tipleri köy tipi, ilçe tipi ve il tipi ve eğitim tipi sağlık ocağıdır. Sağlık ocaklarında çalışan personel ve sayısı, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği ile belirlenmiştir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi; Madde 55).

Sağlık ocaklarında “dar bölgede çok amaçlı sağlık hizmeti” modeli uygulanır. Buna göre, sağlık ocaklarında genel anlamda, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan hemen her türlü sağlık hizmeti verilir ve bu hizmetleri destekleyen diğer işler yapılır.

Sağlık ocaklarında verilen hizmetler ana başlıkları ile şunlardır:

- Sağlık hizmetleri,
- Adli hekimlik hizmetleri,
- Yönetim işleri,
- Diğer hizmetler (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi Madde 57).

### 3.5. Türkiye’ de Sağlık Sektörünü Etkileyen Faktörler

Sağlık sektörünü etkileyen faktörler, aşağıdaki başlıklar altında toplanarak incelenebilir.

#### 3.5.1. Türkiye’ nin Demografik Yapısı

Türkiye’ nin demografik yapısını, nüfus göstergeleri bakımından ve yaşam göstergeleri bakımından incelemek mümkündür (Güney, 1998; 54).

Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan bu yana nüfus sayımlarına büyük önem vermiştir. 1980 yılına kadar her beş yılda bir yapılan nüfus sayımlarının sonuçları ve nüfus artış hızları Tablo 8’ de görülmektedir.

**Tablo 8:** Türkiye Nüfusu (1927 – 1980)

Yıllar	Nüfus	Sayımlar Arası Artış	Yıllık Artış Hızı (Binde)
1927	13.648.000	-	-
1935	16.158.000	2.510.000	21.10
1940	17.821.000	1.663.000	17.02
1945	18.790.000	969.000	10.59
1950	20.947.000	2.157.000	21.73
1955	24.065.000	3.118.000	27.75
1960	27.755.000	3.690.000	28.53
1965	31.391.000	3.636.000	24.62
1970	35.605.000	4.214.000	25.19
1975	40.348.000	4.743.000	25.00
1980	44.737.000	4.389.000	20.65

**Kaynak:** [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_2/16.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/16.html)

Kuruluşundan bu güne kadar, Türkiye’ de izlenen nüfus politikaları; pro-natalist yani doğumları teşvik edici ve anti-natalist yani doğumları sınırlandırıcı politikalardır (Güney, 1998; 55).



Sağlık alanındaki talebin saptanması ve karşılanması toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması amacıyla geliştirilmiş çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Sağlık düzeyi ve temel demografik ölçütler adı altında toplanmakta olan bu ölçütler bir toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi vermenin yanı sıra ülkeler arasında kıyaslama yapılabilmesine olanak sağlamaktadır (Vehid, 2000; 2).

Türkiye sağlık hizmetlerinde, gelişmiş ülkelerin 1980' li yıllarda yakaladığı düzeyin bile çok gerisinde kalmış olup, dünya ortalamasının biraz üstündedir. Tablo 9' da Türkiye' nin diğer ülkelerle karşılaştırmalı oranları görülmektedir.

**Tablo 9:** Türkiye ve AB Ülkelerinde Nüfus Artışı, Bebek Ölüm, 5 Yaş Altı Ölüm, Kaba Ölüm ve Maternal Mortalite Hızları

ÜLKE ADI	Nüfus Artış Hızı(Yüzde)	Bebek Ölüm Hızı(Binde)	1-4 Yaş Ölüm Hızı(Binde)	Kaba Ölüm Hızı(Binde)	Meternal Mortalite Hızı(Yüz Binde)
TÜRKİYE*	2,1	45	60,0	7,0	180
ALMANYA	0,2	5	6,5	10,83	22
İNGİLTERE	0,2	7	8,5	11,01	9
FRANSA	0,5	6	7,5	8,98	15
İSPANYA	0,4	7	8,0	8,69	7
DANİMARKA	0,2	7	8,5	12,01	9
YUNANİSTAN	0,6	8	8,5	9,58	10
PORTEKİZ	0,2	9	11,0	10,48	16
FİNLANDİYA	0,4	6	6,5	9,65	11
İTALYA	0,1	7	8,5	9,68	7
İSVEÇ	0,4	6	6,5	10,41	7
HOLLANDA	0,6	6	8,0	8,70	12
BELÇİKA	0,2	7	8,0	10,44	10
AVUSTURYA	0,4	6	7,5	10,08	10
İRLANDA	0,5	7	8,0	9,0	10
LUKSEMBURG	0,7	7	8,0	9,02	0

\*1998 Türkiye Nüfus Araştırmasında Nüfus artış hızı %1,6, Bebek Ölüm Hızı 0,42, 1-4 yaş Ölüm Hızı %0,52, Kaba Ölüm Hızı % 0,7 olarak belirtilmektedir.

**Kaynak:** <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s2/002a7.htm>

### 3.5.2. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı

Bazı Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının GSMH içindeki paylarına bakıldığında, OECD ülkelerinde GSMH içinde sağlık harcamalarının payı 1997 yılı itibariyle ortalama %7,9' dur. Bu ülkeler içinde GSMH' den sağlığa en az pay ayıran ülke, tüm yıllar için, % 2–4 ile Türkiye olmuştur (<http://www.un.org.tr>). Halbuki genel bütçeden sağlığa ayrılan pay ülkelerin sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Dünya Sağlık örgütü de ülkelerin sağlığa ayırdıkları payın en az % 5 olmasını önermektedir (Tekingündüz, Önder, 2001; 72). AB sağlık harcamaları ortalamasıyla karşılaştırıldığında, Türkiye' nin bu ortalamanın çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Tablo 10' da Türkiye ve AB ülkelerinde kişi başına GSMH ve GSMH' den sağlık için harcanan pay gösterilmiştir.

**Tablo 10:** Türkiye ve AB ülkelerinde Kişi Başına GSMH ve GSMH' den Sağlık için Harcanan Pay(1998)

ÜLKE ADI	Kişi Başına GSM Gelir(Dolar)	GSM Gelirden Kişi Başına Sağlık İçin Harcanan
TÜRKİYE	3160	4,2
ALMANYA	25850	10,5
İNGİLTERE	21400	6,9
FRANSA	24940	9,7
İSPANYA	14080	7,7
DANİMARKA	33260	6,4
YUNANİSTAN	11650	5,9
PORTEKİZ	10690	8,2
FİNLANDİYA	24110	7,5
İTALYA	20250	7,6
İSVEÇ	25620	7,3
HOLLANDA	24760	8,6
BELÇİKA	25380	7,9
AVUSTURYA	26850	8,0
İRLANDA	18340	6,4
LUKSEMBURG*	16798	7,0

\* Luksemburg' a ait veriler 1992 yılına aittir.

**Kaynak:** <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s2/002a7.htm>

## BÖLÜM IV

### TÜRKİYE' DE SAĞLIK PERSONEL PLANLAMASI

#### 4.1. Sağlık İnsangücü Sınıflaması

Önceki dönemlerde hasta bakım hizmetleri özellikle tedavi edici hizmetler sadece hekimler tarafından yerine getirilirken ve o dönemlerde bu hizmet yeterli olurken zamanla bilhassa tedavi edici hizmetlerdeki gelişme ve bunun yanısıra koruyucu hekimlik hizmetlerinin önem kazanması ile birçok yeni sağlık meslekleri oluşmuş ve eskiden bir tek hekim tarafından yerine getirilen sağlık hizmetleri günümüzde çok çeşitli meslek gruplarından oluşan bir ekip hizmeti şeklini almıştır. Bu ekipte görev yapan meslek gruplarından herhangi birinin eksikliğinde veya verimli çalışmaması halinde sağlık hizmetlerinde aksaklık meydana gelmektedir (Köksal, 1991; 18).

Sağlık alanındaki meslekler günümüzde sayıca hayli artmış olup, DSÖ' nün sağlık insangücü istatistiklerinde 29 meslek yer almaktadır. DSÖ bu meslekleri, sağlık mesleğinde çalışanlar, tıp dışı bilim dallarında yetişenler ve standart eğitim düzeyi altında eğitim almış personel diye üç grupta ele alınmasını önermektedir.

Roemer' e göre sağlık personelinin başlıcaları; Hekimler, Diş Hekimleri, Diş Hekimi yardımcıları, Eczacılar, Eczacı Yardımcıları, Hemşireler(Kayıtlı), Asistan hemşireler, Ebeler, Asistan Ebeler, Laboratuvar Teknisyenleri, Radyoloji Teknisyenleri, Fizyoterapistler, Beslenme ve Diyetisyenler, Sağlık teşkilat Personeli(kıdemli), Sağlık Uzmanları, Sağlık Katipleri, Halk Sağlığı çalışanları, Tıbbi Asistanlardır (Roemer, 1992;3).

657 sayılı Kanuna tabi kurumlarda çalıştırılan memurların sınıfları sekiz ana başlık altında toplanmıştır. Üçüncü sırada Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı yer alır (657 Sayılı Kanun, 1965; 3044).

Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) mesleki eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehasısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelinin kapsar (Akgüner, 1998; 42).

Fişek sağlık mesleklerini; kişiye yönelik hizmet yapanlar (hekim, ebe, psikoterapist vb.), çevreye yönelik hizmet yapanlar (çevre mühendisi, veteriner hekim, çevre sağlığı teknisyeni vb.), laboratuvar personeli ve diğer bilimciler (mikrobiyolog, röntgen uzmanı, sağlık eğitimcisi vb.), sağlık alanında uzmanlaşmış destek personeli (hastane idarecisi, tıbbi sekreter vb.) ve genel hizmetliler (şoför, temizlikçi, daktilo vb.) olarak sınıflandırmıştır.

#### **4.2. Sağlık Organizasyonları ve Sağlık İnsan gücü Planlaması**

Sağlık organizasyonları diğer organizasyonlar gibi organizasyonel yaşam döngüsünü şu aşamalarda gerçekleştirirler.

**Başlangıç Evresi:** Bu aşamada başarısız olma ihtimali çok yüksek olduğu için işletme çok önemlidir. Burada insan kaynakları planlaması ya çok azdır ya da hiç yoktur ve kariyer planlaması informaldır. Çünkü kariyer fırsatları organizasyonun büyümesi aşamasında gerçekleşir. Bu aşamadaki bir sağlık organizasyonu yeni pazarlar geliştirmek ve bu pazarlarla ilişki kurulduktan sonra hekimlerin gerekli hizmeti sağlaması için pazarlama yönetimine daha fazla önem verirler.

**Büyüme Evresi:** Büyüme aşamasında uzun dönemli planlar önem kazanır. Bu nedenle personel sağlama gelecek için öncelikli ihtiyaç haline gelir. İşe yerleştirme ve iş bilgi sistemleri yeni personel alımından yararlanmayı teşvik edicidir ve emeklilik sistemleri verimli ve tecrübeli çalışanların yaşına bakılmaksızın elde

tutulmasına daha kolay izin verir. Bugünkü büyüyen sağlık organizasyonları yetişmiş tecrübeli personel istihdam etmeye dikkat etmektedir. İnsan kaynakları aktiviteleri bu devrede gelecek fırsatları hazırlamak için eğitim, işe yerleştirme ve kariyer fırsatları sayesinde çalışanın geliştirilmesini amaçlar.

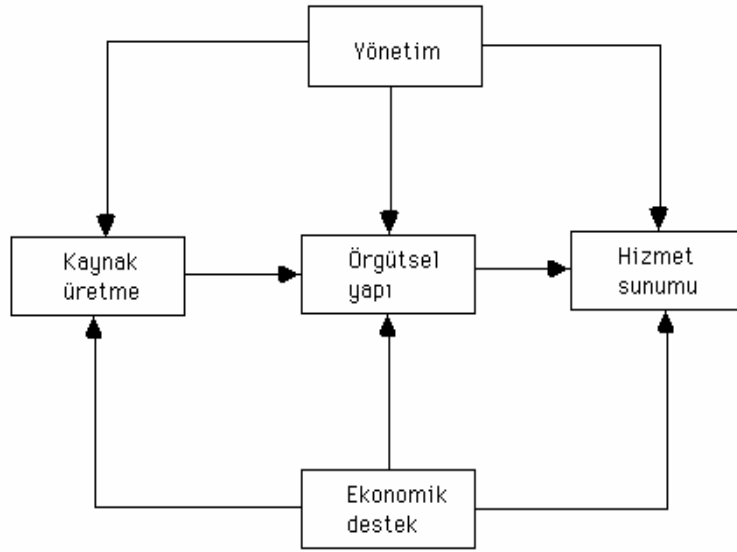
**Olgunluk Evresi:** Bu dönemde bir organizasyonun insan kaynakları sistemi kurumlaşmış ve standardize hale gelmiştir. Takım çalışması önemlidir. Diğer çalışanlar için personel ücret sisteminin kalitesini yükseltmek de olgunluk aşamasında yaygındır (Sıddıqui, Kleiner, 1998; 145–146). Bu aşama örgüt için son derece kritiktir. Çünkü bu aşamanın başarıyla atlatılamaması halinde düşüş ve yok olma tehlikesi gündeme gelecektir (Aldemir, Ataol, Budak, 2001; 28).

**Yıkılma Evresi:** Bu evrede kariyer planlaması, eğitim veya yönetim geliştirme ya çok azdır ya da hiç yoktur. Çünkü iş’ teki gelecek fırsatları tektir ya da organizasyon sona ermiştir. Sağlık organizasyonları hizmeti alacak birini bulmaya çalışır (Sıddıqui, Kleiner, 1998; 145–146).

Sağlık insangücü planlaması, toplumda istenilen olumlu sağlık değişikliklerinin başarılabilmesi için sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatabilmek üzere gerekli bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplanması sürecidir (Hogarth, 1975; 16).

Sağlık insangücü planlamasının amacı; yeterli sayıda ve gerekli bilgi-beceriye sahip olan insanı katlanılabilir bir maliyetle yetiştirmek ve doğru zamanda, katlanılabilir maliyetle uygun yerlerde istihdam etmektir. Aynı zamanda atama, terfi, ücretlendirme, denetim, motivasyon ve yönlendirme politikaları da planlamanın bir diğer boyutudur (Yıldırım, 1995; 20).

Sağlık sistemlerinin alt yapısını oluşturan bileşenlerin tümü de sağlık insangücü ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetleri veren sistemlerin bileşenleri Şekil 8’ de gösterilmiştir;



**Şekil 8:** Sağlık hizmeti veren sistemlerin bileşenleri

*Kaynak: Hayran, Sağlık İnsangücü Planlaması, 1998*

Kaynak üretimde her türlü sağlık insangücünün eğitilmesi ve yetiştirilmesi yer alır. Örgütsel yapıda; insangücünün sevk ve idaresi, yönetimde; insangücünün dağılımı ve yönetimi, hizmet sunumunda ise; insangücünün yerinde kullanımı yer almaktadır. Öte yandan insangücünün eğitimi, yetiştirilmesi ve istihdamı ekonomik destek ile zaten yakından ilgilidir.

Bu nedenle, sağlık insangücünün planlanması, çeşitliliği ve niteliği, sağlık hizmetleri açısından önem taşır.

### 4.3. Türkiye’ de Sağlık Personel Planlaması

Planlama, makro ve mikro düzeyde sağlık insangücü arzını belirleyen bir süreçtir. Türkiye’ de sağlık personel planlaması aşağıdaki şekilde açıklanabilir.

#### 4.3.1. Bölge ve Ülke Düzeyinde Planlama

Çeşitli ülkelerde farklı yöntemlerle insangücü planlaması yapılmakla birlikte, özellikle kantitatif planlama yöntemlerini aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür:

#### 4.3.1.1. Kantitatif Planlama Yöntemleri

**Pazardan gelen talebe göre:** Yöntemlerden birisi ülkede sağlık hizmeti veren resmi ve özel kuruluşların talebine cevap verecek şekilde planlama yapmaktır. Bu yöntemde bir anlamda pazar mantığı vardır. Yani, herhangi bir insangücünün eksikliği hissedildiği ve talep geldiği zaman, mevcut eğitim kuruluşlarının kapasitesi göz önünde tutularak bu eksikliğin giderilmesi temeline dayanan bir planlamadır.

**Hedeflenen artış oranlarına göre:** Ülkenin mevcut insangücü, nüfus artış hızı, sağlık personelinin emeklilik-ölüm gibi nedenlerle eksilmesi, ihtiyaç duyulan alanlar gibi çeşitli değişkenlerin dikkate alınarak, ileriye yönelik kısa ya da uzun vadeli hedeflerin belirlenmesidir. Örneğin: Hekim sayısının her yıl %5 arttırılması, ya da 100 000 nüfusa düşen ebe sayısının beş yıl sonra iki katına çıkarılması gibi.

**Nüfus/insangücü standartlarına göre:** Belirlenmiş bir nüfusa hizmet gitmesi için en uygun sağlık insangücü standardından hareketle bölge ya da ülke düzeyinde planlama yapılmasıdır. Standart olarak ülkenin bir bölgesi ya da iyi durumda olduğu bilinen bir başka ülkenin oranları esas alınabilir. Örneğin, bu standart 2500 kişiye bir ebe şeklinde belirlenmiş olabilir. Bu durumda 60 milyon nüfuslu bir ülke için gereken ebe sayısı 24 bin olacaktır. Mevcut ebe sayısını bu miktara çıkarmak ve ölümler-emeklilik gibi değişkenlerin etkisinde sürdürebilmek için hangi eğitim kurumlarında, en kısa yoldan, nasıl, ebe yetiştirileceği planlanır.

Bir başka yöntem de bu konuda uzman olan kişiler bir araya getirilir, eldeki veriler ortaya konulur ve değerlendirme yapmaları istenir. Bu yöntemde, örneğin hekim ihtiyacı için pazarın talepleri, hemşire ihtiyacı için yıllık artış oranı, ebe ihtiyacı için ise belirlenen bir standarda ulaşılması şeklinde sonuçlara varılabilir ve her insangücü için farklı planlamalar yapılabilir. Tabii bu arada eldeki imkanların göz önünde tutulması gerekecektir (Hayran, Sur, 1998; 182-183).

#### **4.3.1.2. Kalitatif Yöntemler**

Sağlık insangücünün sayısını yani kantitatif artışını dikkate alan bu planlama yöntemlerinin yanısıra, kalitatif yöntemler de gereklidir. Bunun için, her tür personelin görev tanımı ve iş analizi yapılmalı, gerekiyorsa planlama ile bunlarda değişikliğe gidilmelidir.

Planlama, kalitatif ya da kantitatif, hangi yöntemle yapılırsa yapılsın, mevcut durum ve ihtiyacın saptanması için güvenilir verilere ihtiyaç vardır. Bu veriler istatistiklere dayanmasının yanında, araştırma yapılmasını da gerektirir. Örneğin, bir sağlık personelinin tanımlanmış işlerini yapması için günde kaç saatini harcaması gerekiyor, birinci basamakta hizmet veren bir hekimin hasta başına ayırdığı ve ayırması gereken süre nedir, halkın hekimden ya da diğer sağlık personelinin hizmet talebinin boyutu ve içeriği nedir, türünden araştırmalar yapılarak hangi türde insangücüne ne miktarlarda gerek olduğuna karar vermek mümkündür.

Bunların yanısıra, yetiştirilen sağlık insangücünün istihdamı için bir başka yönüdür. Yöneticiler ya da karar vericiler açısından son derece gerekli olan bir insangücüne piyasanın çok ihtiyacı olmayabilir. Bu durumda, diplomalı işsiz yetiştirme gibi bir sorunla karşı karşıya kalınabilir.

Türkiye’ de makro düzeyde sağlık insangücü planlaması DPT, Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile yapılmaktadır. Bu makro hedefler de 5 yıllık kalkınma planları ve yıllık planlarda belirlenirler (Güney, 1998; 72).

#### **4.3.2. Kurum ya da Örgüt Düzeyinde Planlama**

Sağlık kurumları ya da örgütlerinde insangücü planlaması aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:



**Profil saptama:** Yapılan plan ister kısa vadeli (1 yıldan az) ister uzun vadeli (1 yıldan fazla) olsun ilk iş olarak, kurumda yapılması istenilen iş türleri ile miktarlarının saptanması gerekir.

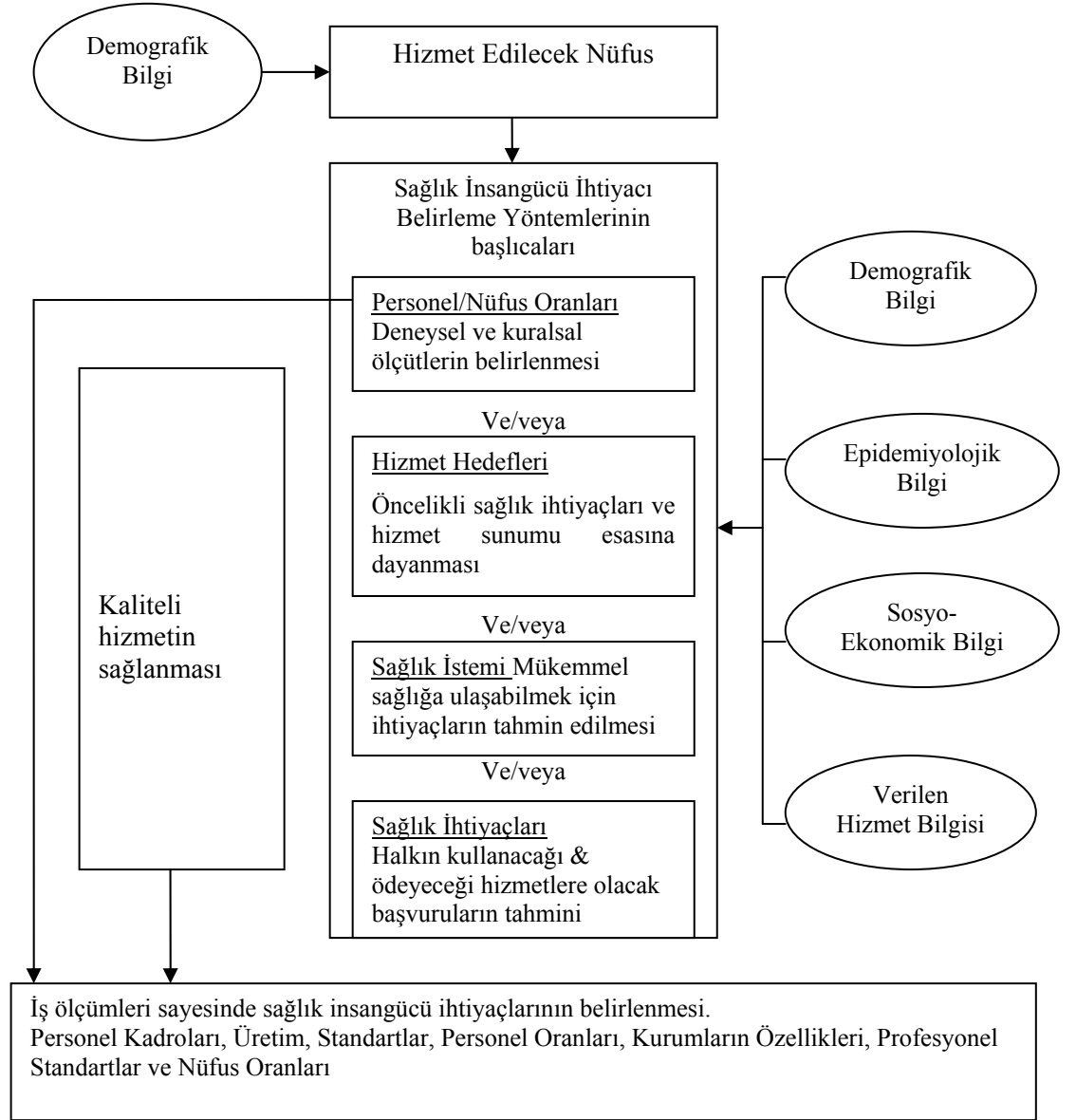
**Tahminde bulunma:** Yapılması beklenen iş türleri ve miktarları saptandıktan sonra, bu işleri yapacak personelin niteliği ve sayısal tahmini yapılmalıdır. Bu amaçla, belli başlı sağlık hizmetleri için geliştirilmiş ölçütlerden yararlanılabilir. Örneğin, hasta yatak sayısı belirlenmiş ise, ihtiyaç duyulacak hemşire ve hastabakıcının tahmini, poliklinik koşulları belirlenmiş ise ihtiyaç duyulacak hekim ve görevli sayısı, ameliyathane, laboratuvar sayısı belirlenmiş ise ihtiyaç duyulacak cerrah, anesteziist, laborant sayılarının tahmini yapılır.

**Envanter çıkarma:** Kurum ya da örgütte halen çalışmakta olan insangücünün, nitelikleri, yaptıkları iş, eğitim ve tecrübe düzeyi, çalışma süresi, unvanı, özel yetenekleri gibi özelliklerin bir dökümü yapılır.

**İhtiyaç belirleme:** Mevcut insangücünün envanteri çıkarıldıktan sonra, bu insangücünün işe giriş-çıkışları ve emeklilik, işten ayrılma ya da atılma, ölüm gibi hareketliliklerinin bir dökümü yapılır. Bunun ışığında zaman içerisinde hangi alanlarda ne tür insangücü kaybının ortaya çıkacağı, dolayısıyla ihtiyaç konusunda saptamalar yapılır.

**Planlama:** Yukarıdaki dört aşamanın sonucunda ne türde ve ne sayıda sağlık personeline ihtiyaç olduğu ve bu ihtiyacın hangi kaynaklardan sağlanacağı kararlaştırılır. Planlamada kalitenin sürekli olarak geliştirilmesi göz önünde tutulmalıdır (Hayran, Sur, 1998; 184-185).

Sağlık sistemlerinin çoğu bu yöntemlerin birkaçını sağlık insangücü ihtiyacını belirleyici olarak kullanır. Bu gereklerin meydana gelmesi birkaç aşamada gerçekleşir. Bu aşamalar Şekil 9'da gösterilmiştir (Hornby, 1992; 2).



**Şekil 9:** Sağlık İnsangücü İhtiyaçlarının Tahmini

**Kaynak:** HORNBY, 1992; 2

Sağlık kurumları ya da örgütleri için gerekli olan insangücünü temin etmenin birinci yolu, iç kaynaklar olup, kurum ya da örgüt içerisindeki kişilere yeni işler verilmesi, başka iş alanlarına kaydırılması, bazı işlerin birleştirilmesi şeklinde olabilir.

Bir diğer yol ise dış kaynaklar olup, gazete ilanı ile, resmi ya da resmi olmayan yollardan istenilen uzmanlara ulaşılması ve istihdamlarının sağlanması şeklindedir (Hayran, 1998; 181).

#### **4.4. Türkiye’ de Sağlık Personelinin Dağılımı**

Ülkede sağlık personelinin gelişiminde olumlu bir ilerleme gözlenmekle birlikte, bu alanda yaşanan temel sorun, sağlık personelinin bölgesel istihdamında görülen dengesizliklerdir. Sağlık insangücünün sayısal dengesizliğinin yanısıra coğrafi dağılım dengesizliği de söz konusudur. Büyük yerleşim merkezlerinde sağlık insangücü yoğunluğu fazla olmaktadır (Hogan, 1979; 115). Personel, genellikle, Ege ve Akdeniz bölgeleri başta olmak üzere, büyük illerde yoğunlaşmıştır. Hekimlerin %48,5’i, uzman hekimlerin %56,1’i Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere, üç büyük ilde toplanmıştır. Ayrıca, Türkiye’deki sağlık personel durumu, Avrupa lkelerinin göstergeleriyle karşılaştırıldığı zaman, yetişmiş sağlık insan gücünün yetersiz olduğu görülmektedir (Tokat, 1997; 72).

Bu çerçevede insangücü planlaması, kalkınma planlarının beşeri kaynak olarak adlandırılan, insangücü potansiyelinin belirlenmesi, eğitim planlaması aracılıyla yetiştirilmesi ve istenen alanlarda istihdamının sağlanması amacıyla yapılacak çalışmalar bakımından; ortak noktaları bulunan ve pek çok alanda da kesiştiği ve hatta çakıştığı görülmektedir. Beşeri kaynak olarak ifade edilen insan kaynaklarının, ülke düzeyinde planlanması, eğitim planlaması ile ilişkilendirilerek, ihtiyaç duyulacak alanlarda gerekli insangücünün yetiştirilmesi ve insan kaynağının ihtiyaç duyulan veya duyulacak alanlara yönlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde yapılan kalkınma planlarında, beşeri kaynak olarak ifade edilen, insangücünün, makro düzeyde planlaması yapılmaktadır (Aykaç, 1999; 96–97). Tablo 12’ de ve Tablo 13’ te de Türkiye’ de ve Sağlık Ocakları’ nda yıllara göre sağlık personelinin dağılımı görülmektedir.

**Tablo 11:** Türkiye’deki Sağlık Personeli

Personelin Unvanı	Yıl / Years						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Hekim</b>	69.349	70.947	73.659	77.344	81.988	85.117	90.757
<b>Uzman</b>	29.846	31.126	32.511	34.189	36.854	38.064	41.907
<b>Pratisyen</b>	39.503	39.821	41.148	43.155	45.134	47.053	48.850
<b>Diş Hekimi</b>	11.717	12.406	12.737	13.421	14.226	16.002	15.866
<b>Eczacı</b>	19.090	19.681	20.557	21.441	22.065	23.266	22.922
<b>Sağlık Memuru</b>	39.342	39.165	39.658	41.461	43.032	46.528	45.560
<b>Hemşire</b>	64.243	64.526	67.265	69.146	70.270	71.600	75.879
<b>Ebe</b>	39.551	38.945	40.230	41.059	41.271	41.590	41.158

**Kaynak:** [http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk\\_2002/s\\_029.htm](http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_029.htm)

Ülkede sağlık personelinin gelişiminde olumlu bir ilerleme gözlenmekle birlikte, bu alanda yaşanan temel sorun, sağlık personelinin bölgesel istihdamında görülen dengesizliklerdir (<http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm>).

**Tablo 12:** Sağlık Ocakları Sağlık Personeli Durumu**SAĞLIK OCAKLARI SAĞLIK PERSONELİ DURUMU, 2003**

UNVANI	Standart Kadro	Mevcut
Pratisyen Hekim	35.362	14.385
Diş Hekimi	4.668	404
Eczacı	1.141	35
Sağlık Memuru	33.230	5.689
Hemşire	42.566	10.712
Ebe	57.861	19.448
Çevre Sağlık Teknisyeni	11.618	2.214
Laboratuvar Teknisyeni	12.938	1.059

(\*) Sağlık evi ebeleri dahildir.

**Kaynak:** <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/44sayfa.htm>

Sağlık ocakları için belirlenen standart kadrolarla, mevcut personel sayısı arasında da bir dengesizlik vardır.

## **BÖLÜM V**

### **PERSONEL PLANLAMASI VE DAĞILIMINDA SAĞLIK GRUP BAŞKANLARININ ROLÜ, İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

#### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmanın amacı; İzmir ilindeki Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan personel dağılımının yeterli olup olmadığını araştırmak ve personel planlaması ve dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının görüşlerini belirlemektir.

Ülkemizde sağlık personeli planlaması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmakta, ancak uygulamada Sağlık Grup Başkanlığı ve bu kuruma bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık ocakları ve sağlık evlerinde personel eksikliği veya fazlalığı görülmektedir.

#### **5.2. Problem Cümlesi**

‘İzmir ilinin ilçelerinde çalışan sağlık personelinin planlaması ve dağılımının yeterli ve dengeli olmayışı’ araştırmanın problem cümlesidir.

##### **5.2.1. Araştırmanın Hipotezleri**

- **Hipotez 1:** İzmir ilindeki sağlık ocak ve sağlık evlerinde yeterli sayıda sağlık personeli mevcut değildir.
- **Hipotez 2:** İzmir ilinde bazı ilçelerde fazla, bazılarında eksik personel sözkonusudur.
- **Hipotez 3:** Sağlık personeli planlaması merkezidir.
- **Hipotez 4:** Grup Başkanlıklarının bulunduğu bölgenin özellikleri, sağlık personeli dağılımını etkilemektedir.
- **Hipotez 5:** Personel dağılımı nüfusa göre yapılmamaktadır.

- **Hipotez 6:** Personel sağlama konusunda getirilen Kamu Personeli Seçme Sınavı en uygun çözümdür.
- **Hipotez 7:** Sağlık personelinin aldığı eğitim ile yaptığı iş arasında uyumsuzluk vardır.
- **Hipotez 8:** Sağlık Grup Başkanları sağlık personelinin planlanması hakkında eğitim almalıdırlar.

### **5.2.2. Varsayım**

Ankete katılan Sağlık Grup Başkanlarının anket sorularına doğru yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

### **5.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırma sadece İzmir İli Sağlık Grup Başkanlıkları ile sınırlıdır.

## **5.4. Gereç ve Yöntem**

• Öncelikle konuyla ilgili literatür taranmış, kitaplar, makaleler, tezler ve diğer yayınlar incelenmiş ve çalışmanın teorik kısmı hazırlanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda ‘İzmir İli Sağlık Grup Başkanlarının Birinci Basamak Sağlık Kurumlarındaki Sağlık Personeli Planlamasına Yönelik Yaklaşımları’ hakkındaki anket formu düzenlenmiştir. (Ek 1).

• Araştırmaya başlamadan önce, hazırlanan anket için ön uygulama yapılmış ön uygulamadaki görüşler doğrultusunda anketin işlemeyen sorular, ankette çıkarılmış ve ankete son şekli verilmiştir.

- Son şekli verilen anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

• Anketin birinci bölümünde araştırma kapsamına alınan Sağlık Grup Başkanlarının bölgelerine ve bu bölgede çalışan Sağlık personeline yönelik 10 soru

sorulmuştur. Bu sorular araştırmaya alınan Sağlık Grup Başkanlıklarının bölgelerinde görev yapan sağlık personeli hakkında somut verilerden oluşmaktadır. Bölüm sayısal veriler içerdiği gibi Sağlık Grup Başkanlarının kendi bölgelerindeki personel planlama ve dağılımıyla da ilgili kapalı uçlu soruları da içermektedir.

- İkinci bölümde; İzmir ili genelinde Sağlık Grup Başkanlarına, toplam 17 soru sorulmuştur. Araştırmanın bu kısmında 5' li Likert ölçeği kullanılarak, 'Tamamen katılıyorum', 'Katılıyorum', 'Kararsızım', 'Katılmıyorum', 'Kesinlikle katılmıyorum' şıklarından birini seçmeleri istenmiştir.

- Araştırmanın kapsamına İzmir ilinde merkezde ve periferde çalışan 28 Sağlık Grup Başkanının tamamı alınmış, evrenin tamamına ulaşılmıştır. Evrendeki 28 Sağlık Grup Başkanına İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Ocakları şubesi aracılığıyla Haziran 2005 tarihinde ulaşılmış ve anketler fax yardımıyla gönderilerek yine aynı yöntemle toplanmıştır.

- Ankete 28 Sağlık Grup Başkanından 26' sı cevap vermiştir. Ancak 1' i ilk 5 soruya cevap verdiği için araştırmadan çıkarılmış, değerlendirmeler 25 SGB üzerinden yapılmıştır.

- Evrenin tamamına ulaşılmasına rağmen, sayının az olması ve verilerin bazı bilinen dağılım tiplerine uyumsuzluk göstermesi nedenleriyle non parametrik yöntemler (Mann-Whitney U-Kruskal Wallis ) seçilmiş ve uygulanmış, frekans, ortalama ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Sağlık personeli başına düşen nüfus için nüfus/insangücü formülü kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarını karşılaştırmak için kullanılan Ege Bölgesine ve Türkiye' ye ait veriler Sağlık Bakanlığının [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresinden 15.08.2005 tarihinde alınmıştır ve 2003 tarihine aittir. (Ek-2)

### **5.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması**

Veriler bilgisayarda SPSS 10,0 for Windows programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel çözümlemede elde edilen verilerin analizinde Mann

Whitney U testi, yüzde ve frekans hesapları yapılmıştır.

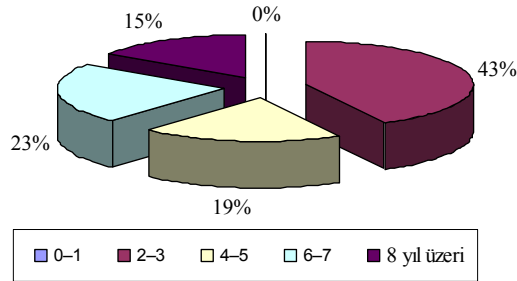
## 6. BULGULAR ve TARTIŞMA

### 6.1.1. Sağlık Grup Başkanlarının Görev Süresi

**Tablo 13:** Sağlık Grup Başkanının Görev Süresi

Görev süresi	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
0-1	0	0	0	0
2-3	11	42.3	42.3	42.3
4-5	5	19.2	19.2	61.5
6-7	6	23.1	23.1	84.6
8 yıl üzeri	4	15.4	15.4	100
Toplam	26	100	100	

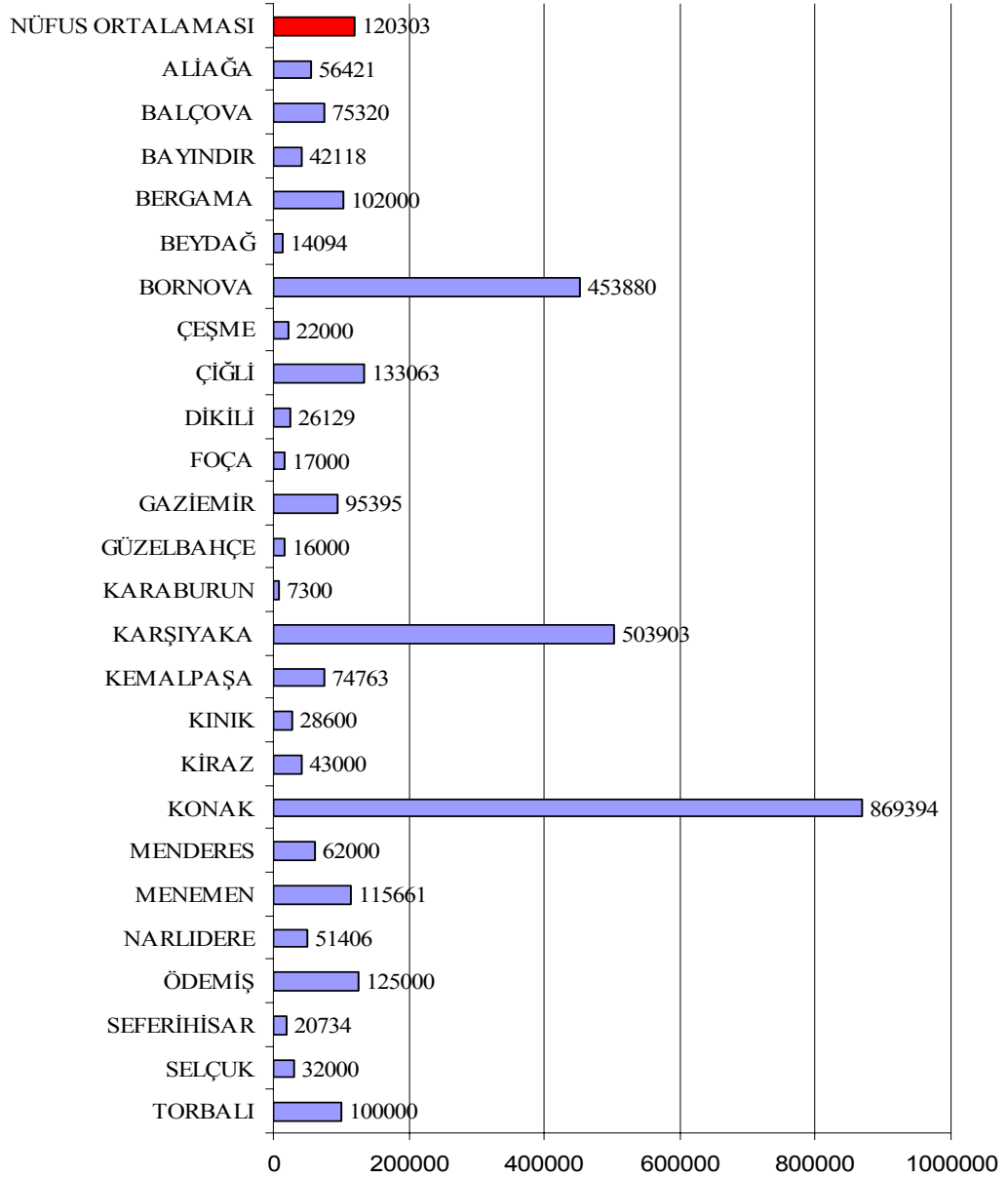
Tablo 13 Sağlık Grup Başkanlarının görev süresini göstermektedir. Bulgulara göre 2-3 yıl arasında yönetim tecrübesine sahip olan yönetici oranı % 42,3' tür. 0-1 yıl arasında görev yapan Sağlık Grup Başkanı mevcut değildir. Sağlık Grup Başkanlığı pozisyonuna sık sık yeni atamaların yapılması bu bulgunun nedeni olabilir. Şekil 10' da bu oranlar gösterilmiştir.



**Şekil 10:** Sağlık Grup Başkanının görev süresi



### 6.1.2. İlçelerin Nüfus ve Nüfus Ortalamaları



**Şekil 11:** SGB' lerin Nüfus ve Nüfus Ortalamaları

İzmir ili' nin toplam 3 127 181 olan nüfusu Sağlık Grup Başkanlıklarına şekil 11' deki gibi dağılmıştır. Sağlık Grup Başkanlıkları' nda en düşük nüfus Karaburun (7300) ilçesinde bulunurken, en yüksek nüfus ise Konak (869 394) ilçesinde bulunmaktadır. Tüm Sağlık Grup Başkanlıklarının hizmet verdiği nüfus ortalaması ise 120 303 olarak bulunmuştur.

Şekilde grup başkanlıklarının nüfuslarının birbirinden önemli ölçüde farklılaştığı dikkat çekmektedir. Bunun nedeni; Sağlık Grup Başkanlıklarının ilçe sınırları dikkate alınarak kurulmasındandır.

### 6.1.3. Sağlık Grup Başkanlıklarının Bulunduğu İlçe Tanımı

**Tablo 14:** Sağlık Grup Başkanlıklarının Bulunduğu İlçe Tanımı

İlçe Tanımı	Frekans	Yüzde %
Metropol	9	35
Sanayi Bölgesi	1	3.8
Tarımsal	7	19
Turistik	5	11.4
Karma	6	23.2
Turistik ve Tarımsal	2	7.6
Toplam	26	100

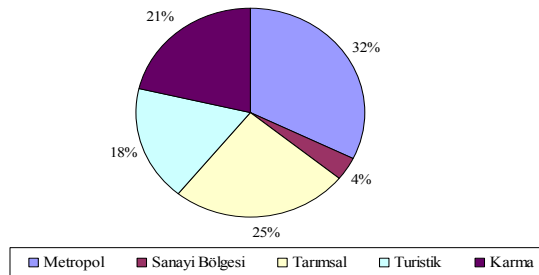
Metropolde; Balçova, Bornova, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karşıyaka, Konak, Menemen ve Narlıdere Grup Başkanlıkları,

Sanayi Bölgesinde; Aliğa Grup Başkanlığı,

Tarımsal alanda; Bayındır, Bergama, Beydağ, Kınık, Kiraz, Ödemiş ve Seferihisar Grup Başkanlıkları,

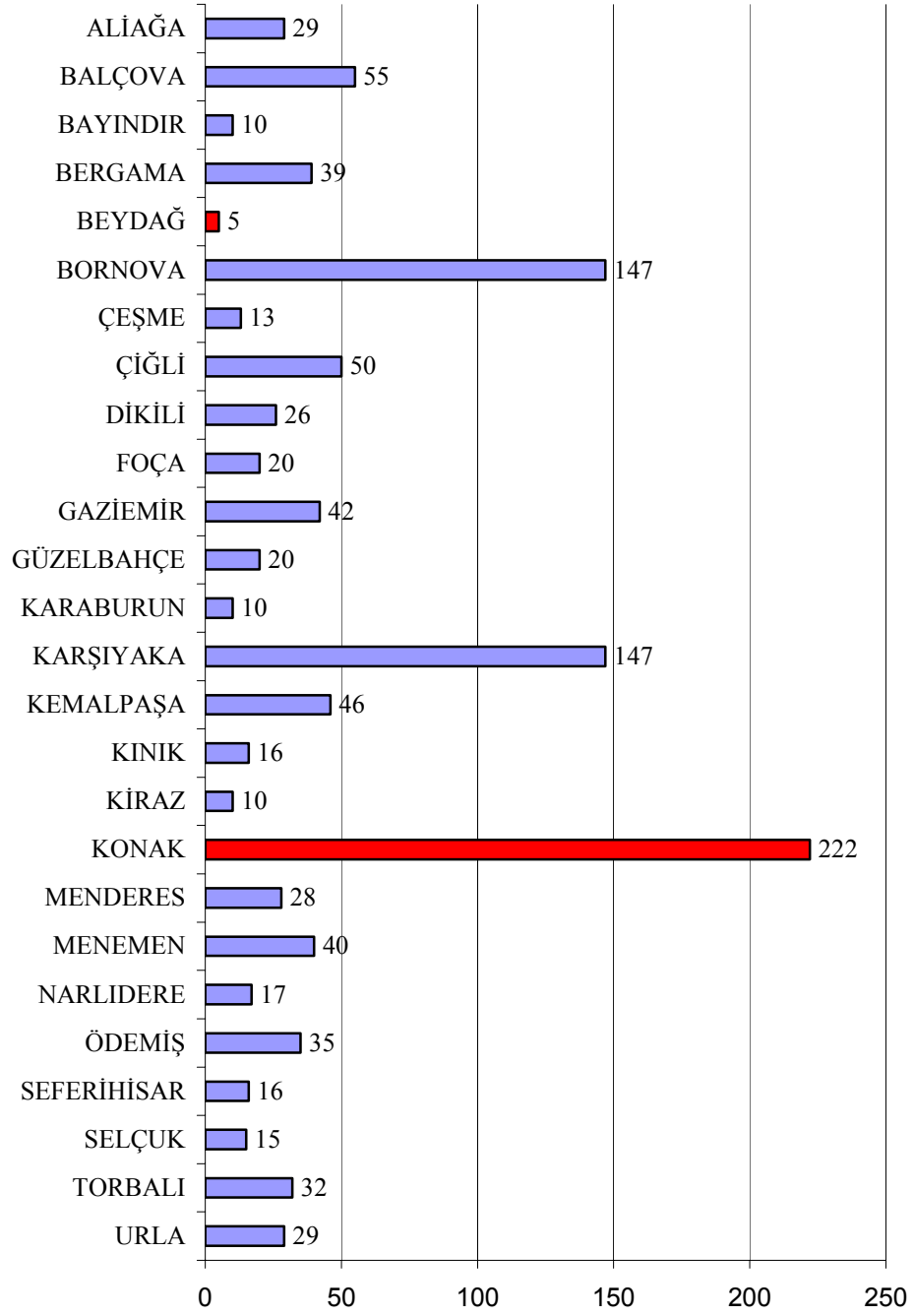
Turistik bölgelerde; Bergama, Çeşme, Dikili, Selçuk, Seferihisar Grup Başkanlıkları,

Karma olarak da; Foça, Karaburun, Kemalpaşa, Menderes, Torbalı ve Urla Grup Başkanlıkları yer almaktadır.

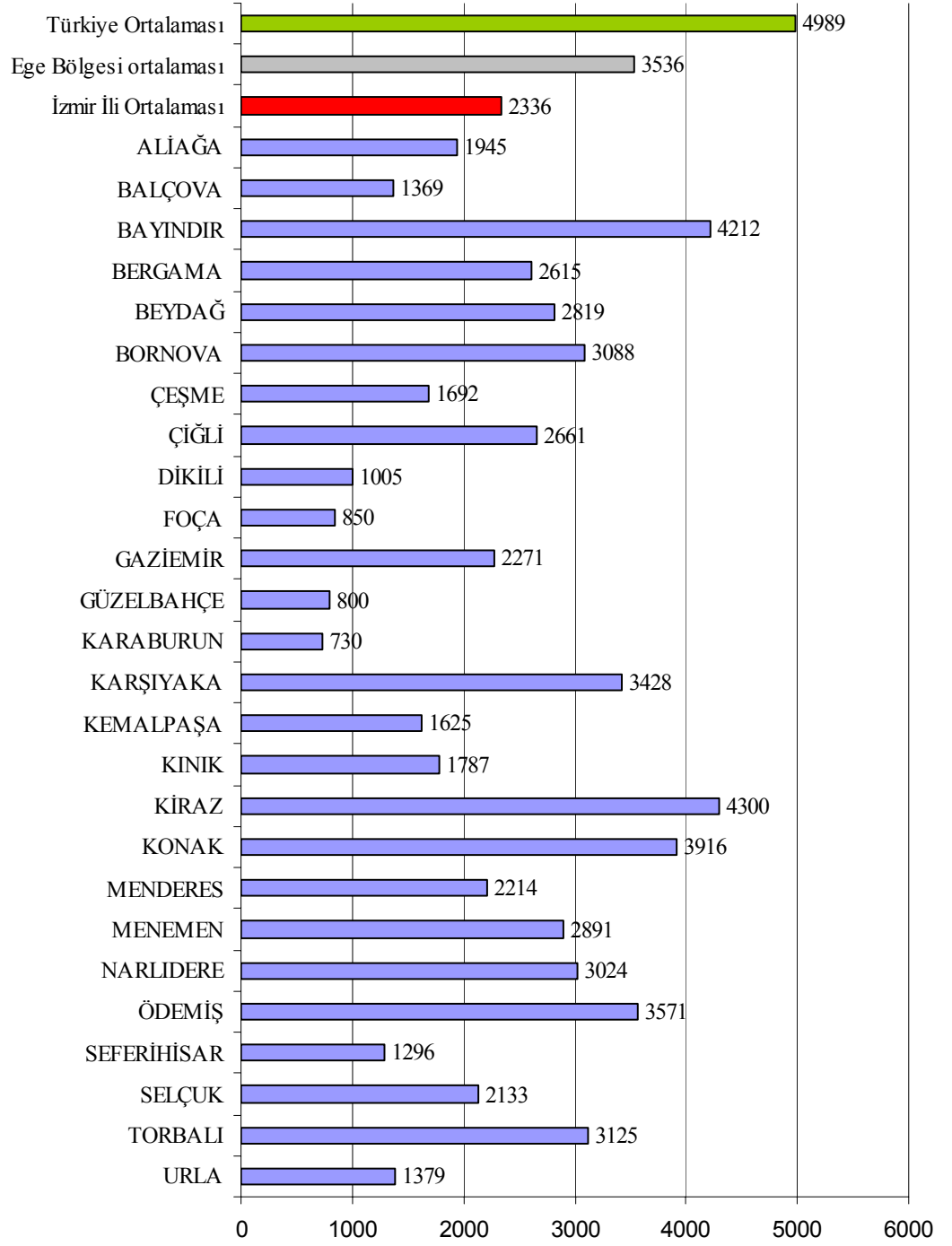


**Şekil 12:** Sağlık Grup Başkanlıklarının Bulunduğu İlçe Tanımı

#### 6.1.4. SGB'lerin Nüfus, Hekim Sayı, Oran ve Ortalamaları



Şekil 13: İlçelere Göre Hekim Sayıları



**Şekil 14:** İlçelere göre Hekim Başına Düşen Nüfus

**Tablo 15:** SGB' lerin Nüfus, Hekim Sayıları ve Ortalamalar

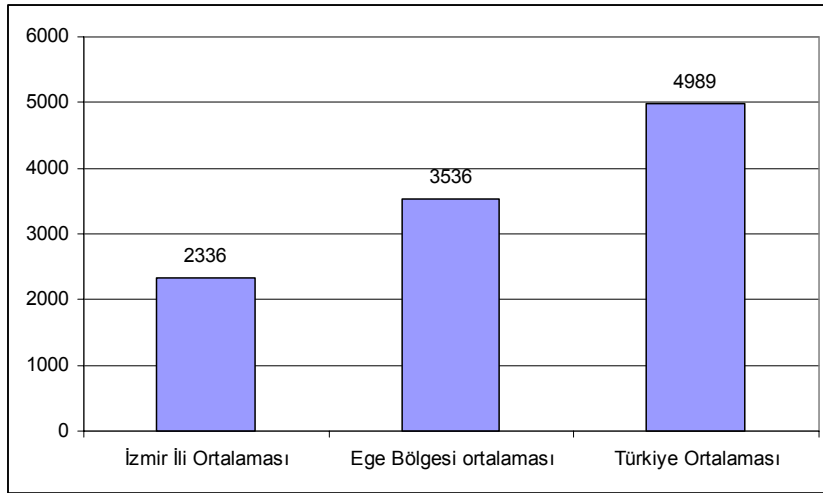
İLÇE	Nüfus	Hekim sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi	İzmir İli Ortalaması	Ege Bölgesi ortalaması	P	Türkiye Ortalaması	P
ALIAĞA	56421	29	1945	2336	3536	,000	4989	,000
BALÇOVA	75320	55	1369					
BAYINDIR	42118	10	4212					
BERGAMA	102000	39	2615					
BEYDAĞ	14094	5	2819					
BORNOVA	453880	147	3088					
ÇEŞME	22000	13	1692					
ÇİĞLİ	133063	50	2661					
DİKİLİ	26129	26	1005					
FOÇA	17000	20	850					
GAZİEMİR	95395	42	2271					
GÜZELBAHÇE	16000	20	800					
KARABURUN	7300	10	730					
KARŞIYAKA	503903	147	3428					
KEMALPAŞA	74763	46	1625					
KINIK	28600	16	1787					
KIRAZ	43000	10	4300					
KONAK	869394	222	3916					
MENDERES	62000	28	2214					
MENEMEN	115661	40	2891					
NARLIDERE	51406	17	3024					
ÖDEMİŞ	125000	35	3571					
SEFERİHİSAR	20734	16	1296					
SELÇUK	32000	15	2133					
TORBALI	100000	32	3125					
URLA	40000	29	1379					
TOPLAM	3127181	1119						

Tablo 15' deki bulgular incelendiğinde İzmir ilindeki 1119 hekimin dağılımında en az hekimin Beydağ ilçesinde (5 hekim), en fazla hekimin Konak ilçesinde (222 hekim) olduğu görülmektedir. Oysa hekim başına düşen nüfusa bakıldığında en düşük Karaburun ilçesinde (730 kişi), en yüksek Kiraz ilçesinde 4300 kişi olarak Ege bölgesi ortalamasının üzerinde Türkiye ortalamasının altındadır.

Hekim başına düşen nüfus; Foça, Karaburun, Güzelbahçe, Dikili, Seferihisar, Urla, Kemalpaşa, Balçova ve Çeşme ilçelerinde İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının çok altında iken; Gaziemir Menemen ve Selçuk ilçelerinde İzmir ortalamasına yakın, Ege ve Türkiye ortalamasının altında; Bayındır, Bornova, Karşıyaka, Kiraz, Konak, Beydağ, Bergama, Menemen, Narlıdere, Ödemiş ve Torbalı' da İzmir ve Ege Bölgesi ortalamasından yüksek, Türkiye ortalamasından düşük olarak bulunmuştur.

Tablo 14' deki verilerle birlikte incelendiğinde hekimlerin genellikle turistik ve karma ilçelerde toplandığı söylenebilir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında hekim başına düşen kişi sayısı için 2005 yılı sonundaki hedef 789 kişi olmasına rağmen (Tablo 7), İzmir ili ortalaması 2336 kişi ile bu hedefe ulaşamamış, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamaları ile karşılaştırıldığında bulgular olumludur. Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının altında bir ortalama bulunmasının nedeni hekimlerin üç büyük ili tercih etmesinden kaynaklandığı söylenebilir.



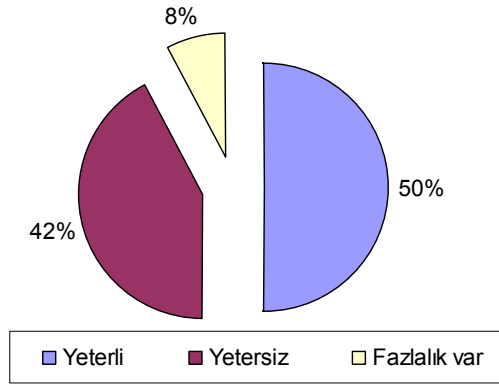
**Şekil 15:** Hekim Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması

### 6.1.5. Sağlık Grup Başkanlarının Hekim Sayısına İlişkin Görüşleri

**Tablo 16:** Sağlık Grup Başkanlarının Hekim sayılarına ilişkin görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Fazlalık var	2	7.7
Yeterli	13	50.0
Yetersiz	11	42.3
Toplam	26	100

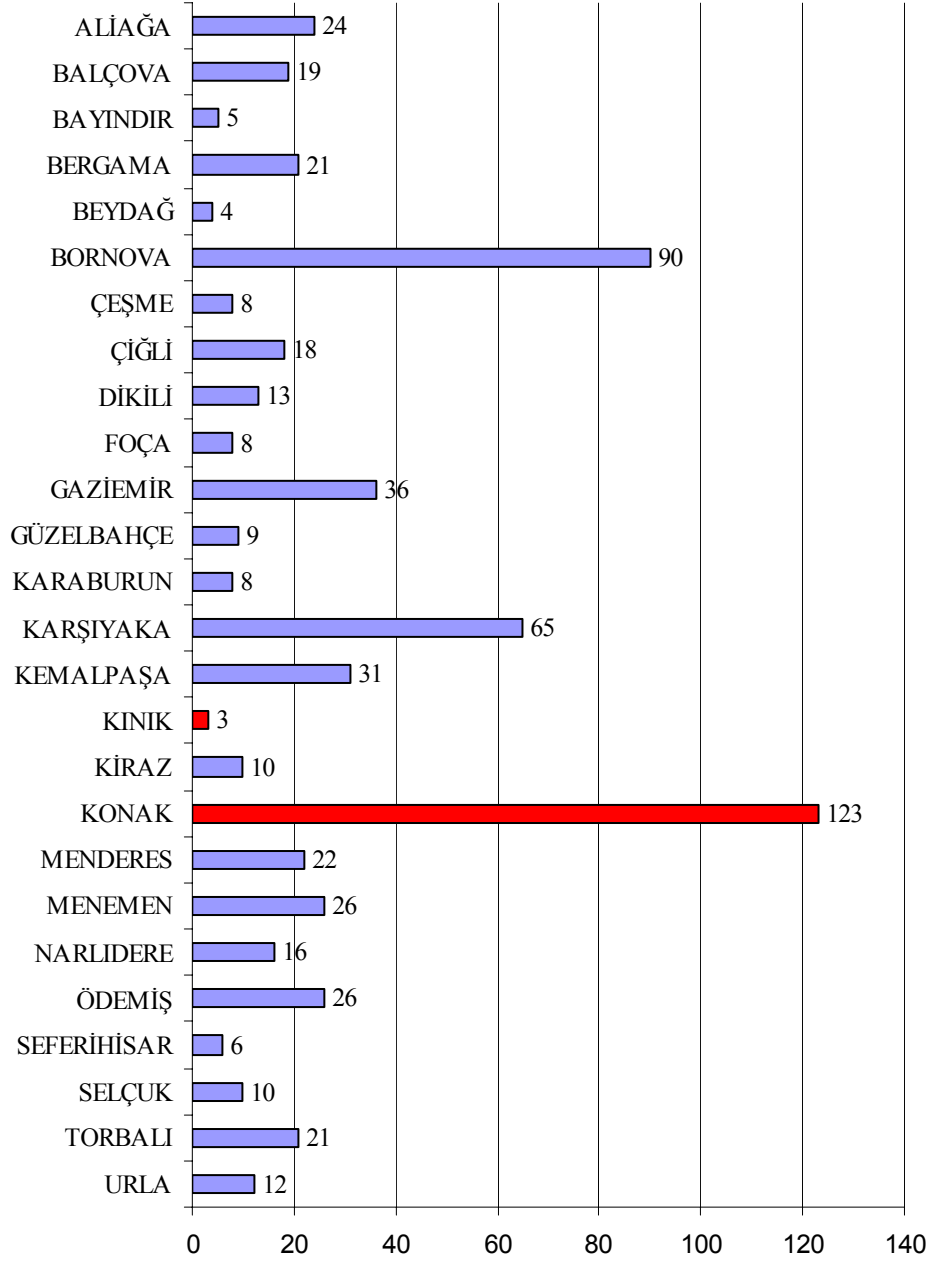
İzmir ilindeki Grup Başkanlarının % 7,7' si hekim sayısının fazla, % 50 si yeterli; % 42,3' ü ise yetersiz olduğu görüşündedir.



**Şekil 16:** Sağlık Grup Başkanlarının Hekim sayılarına ilişkin görüşleri

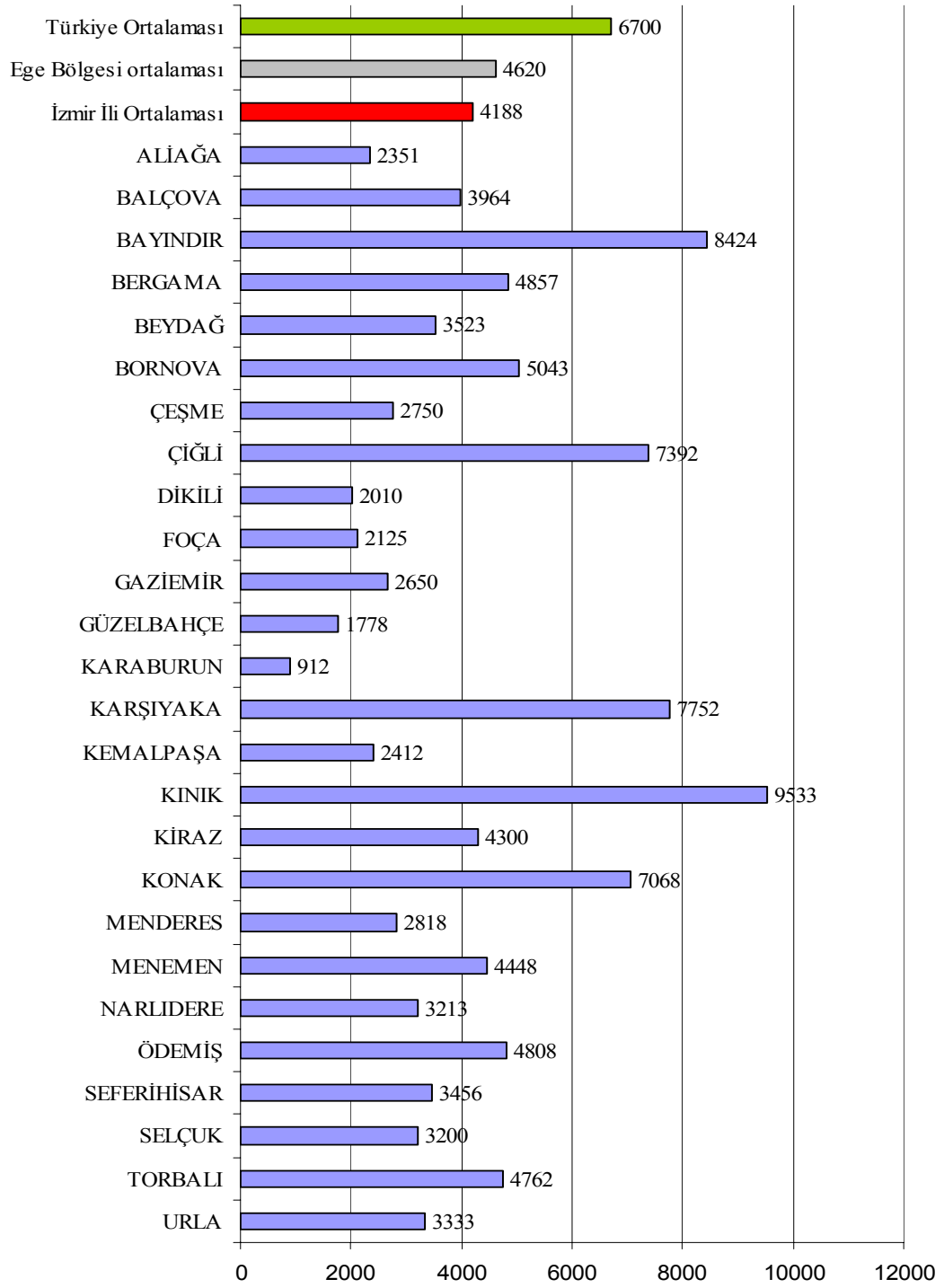
Karşıyaka ve Balçova Sağlık Grup Başkanları hekim fazlası olduğu görüşündedirler. Balçova' da bir hekime 1369 kişi, Karşıyaka' da ise 3428 kişi düşmektedir. Karşıyaka ilçesinde hekim başına düşen nüfus İzmir ortalamasının üzerinde olmasına rağmen Sağlık Grup başkanı hekim fazlası olduğunu düşünmektedir. Balçova ilçesi ortalaması İzmir ili ortalamasının çok altında olması nedeniyle hekim fazlası olduğu söylenebilir.

### 6.1.6. SGB' lerin Nüfus, Hemşire Sayı, Oran ve Ortalamaları



Şekil 17: İlçelere göre hemşire sayısı





**Şekil 18:** İlçelere göre Hemşire Başına Düşen Kişi Sayıları

**Tablo 17: SGB' lerin Nüfus, Hemşire Sayıları ve Ortalamalar**

İLÇE	Nüfus	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Düşen Kişi	İzmir İli Ortalaması	Ege Bölgesi ortalaması	p	Türkiye Ortalaması	p
ALİAĞA	56421	24	2351	4188	4620	,354	6700	,000
BALÇOVA	75320	19	3964					
BAYINDIR	42118	5	8424					
BERGAMA	102000	21	4857					
BEYDAĞ	14094	4	3523					
BORNOVA	453880	90	5043					
ÇEŞME	22000	8	2750					
ÇIĞLI	133063	18	7392					
DİKİLİ	26129	13	2010					
FOÇA	17000	8	2125					
GAZİEMİR	95395	36	2650					
GÜZELBAHÇE	16000	9	1778					
KARABURUN	7300	8	912					
KARŞIYAKA	503903	65	7752					
KEMALPAŞA	74763	31	2412					
KINIK	28600	3	9533					
KIRAZ	43000	10	4300					
KONAK	869394	123	7068					
MENDERES	62000	22	2818					
MENEMEN	115661	26	4448					
NARLIDERE	51406	16	3213					
ÖDEMİŞ	125000	26	4808					
SEFERİHİSAR	20734	6	3456					
SELÇUK	32000	10	3200					
TORBALI	100000	21	4762					
URLA	40000	12	3333					
TOPLAM	3127181	634						

Tablo 17' deki bulgular incelendiğinde; İzmir ilindeki 634 hemşirenin en az Kınık (3) ilçesinde, en fazla Konak (123) ilçesinde olduğu görülmektedir. Oysa

hemşire başına düşen kişi sayısı en düşük Karaburun (912) ilçesinde iken, en yüksek Kınık ilçesinde 9533 olarak her üç ortalamanın üzerindedir.

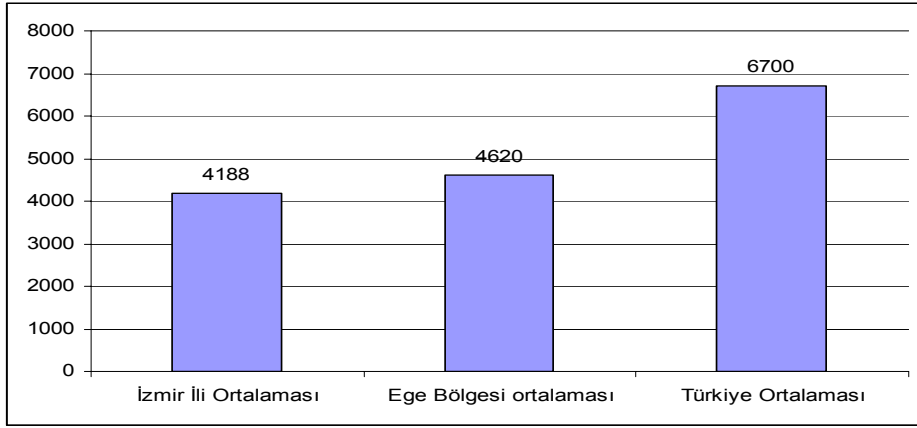
Hemşire başına düşen nüfus; Aliğa, Balçova, Beydağ, Çeşme, Dikili, Foça, Gaziemir, Güzelbahçe, Karaburun, Kemalpaşa, Menderes, Narlıdere, Seferihisar, Selçuk ve Urla ilçelerinde İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının çok altında iken; Bergama, Bornova, Ödemiş ve Torbalı ilçelerinde İzmir ve Ege Bölgesi ortalamalarının üzerinde Türkiye ortalamasının altında, Kiraz ve Menemen ilçelerinde İzmir ortalamasından yüksek, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamasından düşük; Bayındır, Çiğli, Karşıyaka, Kınık ve Konak ilçelerinde ise her üç ortalamanın üzerinde bulunmuştur.

Hemşire dağılımı açısından ise; aynı sayıdaki (8 hemşire) hemşirenin, Çeşme ilçesinde 22000 nüfusa, Foça ilçesinde 17000 nüfusa, Karaburun ilçesinde 7300 nüfusa hizmet verdiği;

Seferihisar ilçesinde 20734 nüfusa 6 hemşire düştüğü, daha fazla nüfusa sahip Kınık ilçesinde (28600 nüfus) 3 hemşirenin, 26129 nüfusa sahip Dikili' de ise 13 hemşirenin çalıştığı;

56421 nüfusa sahip Aliğa' da 24 hemşirenin, iki katı nüfuslu Menemen' de (115661 nüfus) 26 hemşirenin çalıştığı;

Karaburun ilçesindeki 7300 nüfus için 8 hemşire çalışırken, nüfusun neredeyse iki katı olan Beydağ (14094 nüfus) ilçesinde 4 hemşire, Bayındır ilçesinde de (42118 nüfus) 5 hemşirenin çalıştığı bulunmuştur.



**Şekil 19:** Hemşire Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması

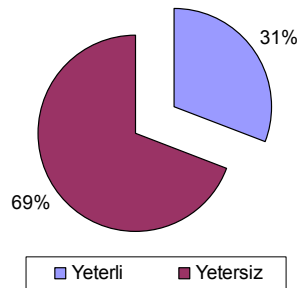
Sekizinci beş yıllık kalkınma planında hemşire başına düşen kişi sayısı 2005 yılı sonundaki hedef 910 kişi (Tablo 7) olmasına rağmen İzmir ili ortalaması 4188 kişi ile bu hedefe ulaşamamış, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamaları ile karşılaştırıldığında bulgular olumludur.

#### 6.1.7. Sağlık Grup Başkanlarının Hemşire Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 18:** Sağlık Grup Başkanlarının Hemşire Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Yeterli	8	30.8
Yetersiz	18	69.2
Toplam	26	100

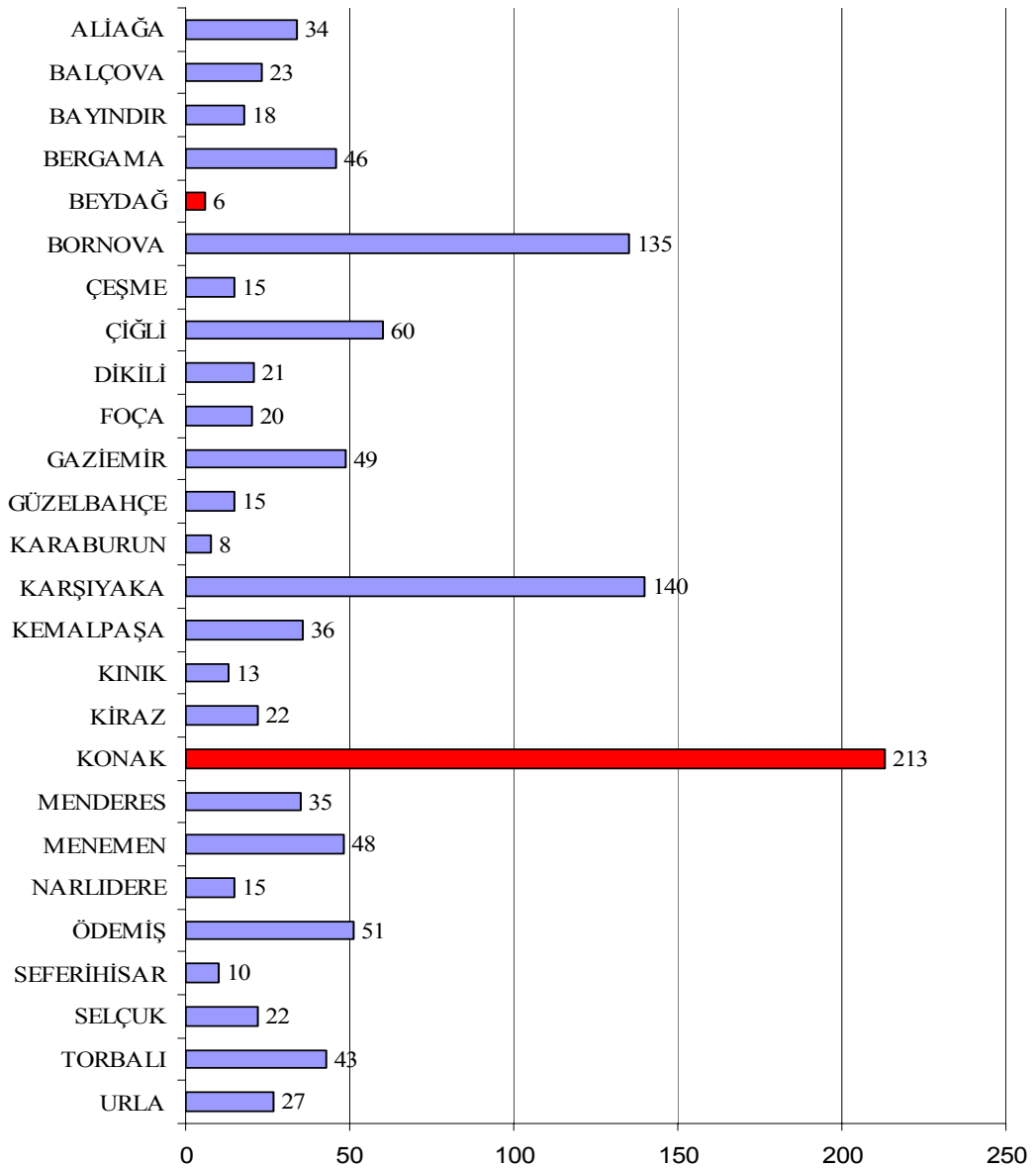
Sağlık Grup Başkanlarının % 69,2' sine göre hemşire sayısı yetersiz, % 30,8' ine göre ise yeterlidir.



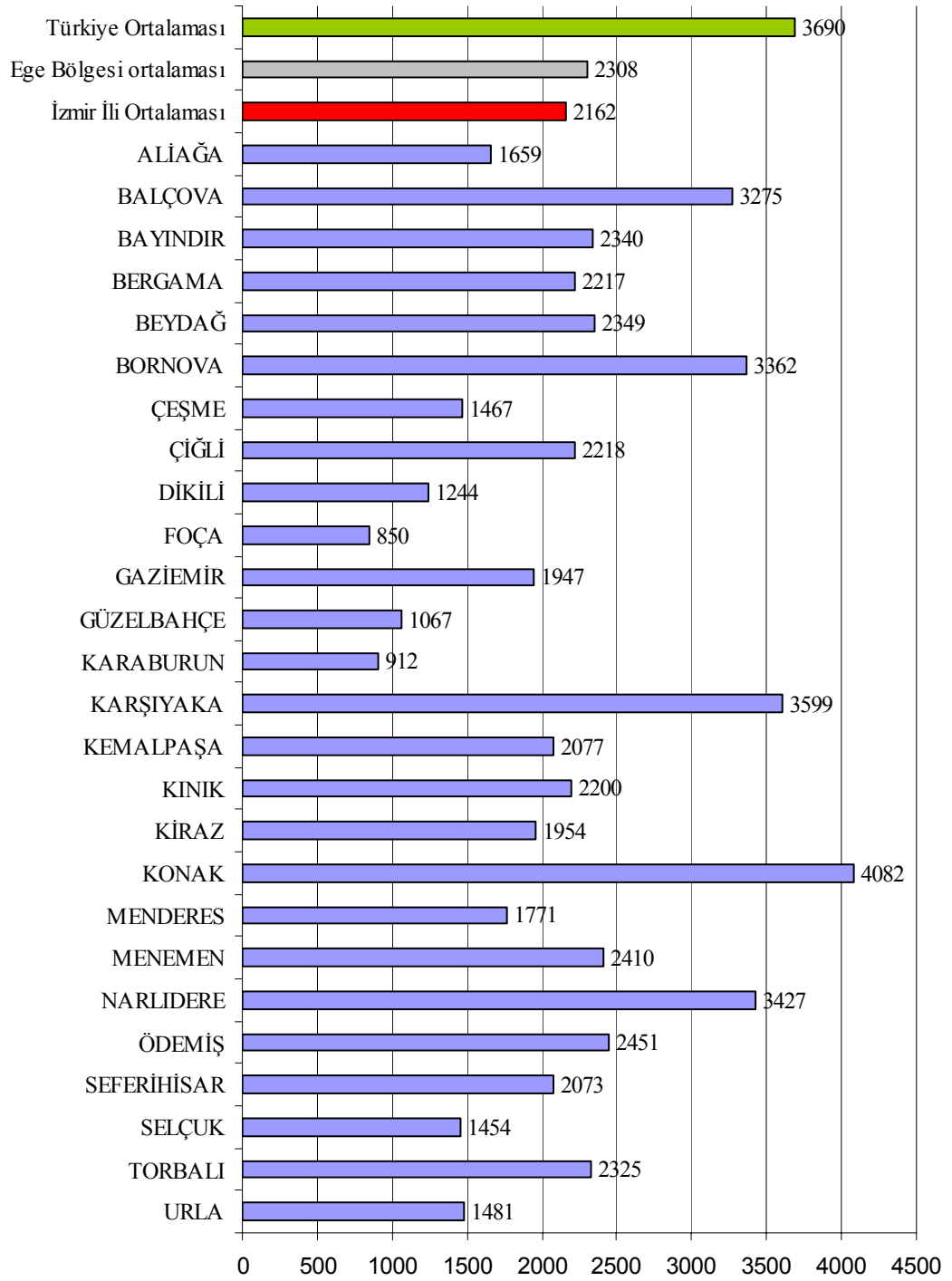
**Şekil 20:** Sağlık Grup Başkanlarının Hemşire Sayılarına İlişkin Görüşleri

Hemşire başına düşen kişi sayısı Türkiye ortalamasının altında olmasına rağmen, Sağlık Grup Başkanlarına göre hemşire sayısının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Gaziemir, Karaburun, Aliğa, Menemen, Güzelbahçe, Ödemiş, Bornova ve Foça grup başkanları yeterli olduğunu düşünmektedirler. Bornova(5043) ve Ödemiş(4808) ilçelerinde hemşire başına düşen nüfus İzmir ve Ege Bölgesi ortalamalarının üzerinde olmasına rağmen Sağlık Grup Başkanları yeterli olduğu görüşündedir.

#### 6.1.8. SGB'lerin Nüfus, Ebe Sayı, Oran ve Ortalamaları



Şekil 21: İlçelere göre Ebe Sayısı



Şekil 22: İlçelere göre Ebe Başına Düşen Kişi Sayıları

**Tablo 19: SGB' lerin Nüfus, Ebe Sayıları ve Ortalamalar**

İLÇE	Nüfus	Ebe Sayısı	Ebe Başına Düşen Kişi	İzmir İli Ortalaması	Ege Bölgesi ortalaması	P	Türkiye Ortalaması	P
ALİAĞA	56421	34	1659	2162	2308	,308	3690	,000
BALÇOVA	75320	23	3275					
BAYINDIR	42118	18	2340					
BERGAMA	102000	46	2217					
BEYDAĞ	14094	6	2349					
BORNOVA	453880	135	3362					
ÇEŞME	22000	15	1467					
ÇİĞLİ	133063	60	2218					
DİKİLİ	26129	21	1244					
FOÇA	17000	20	850					
GAZİEMİR	95395	49	1947					
GÜZELBAHÇE	16000	15	1067					
KARABURUN	7300	8	912					
KARŞIYAKA	503903	140	3599					
KEMALPAŞA	74763	36	2077					
KINIK	28600	13	2200					
KİRAZ	43000	22	1954					
KONAK	869394	213	4082					
MENDERES	62000	35	1771					
MENEMEN	115661	48	2410					
NARLIDERE	51406	15	3427					
ÖDEMİŞ	125000	51	2451					
SEFERİHİSAR	20734	10	2073					
SELÇUK	32000	22	1454					
TORBALI	100000	43	2325					
URLA	40000	27	1481					
TOPLAM	3127181	1125						

Tablo 19' daki bulgulara; İzmir ili' ndeki 1125 ebenin dağılımında en az ebenin Beydağ ilçesinde (6 ebe), en fazla ebenin Konak ilçesinde (213 ebe) olduğu görülmektedir.

Ebe başına düşen nüfus; en düşük Foça ilçesinde (850 kişi), en yüksek Konak ilçesinde 4082 olarak İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının üzerindedir.

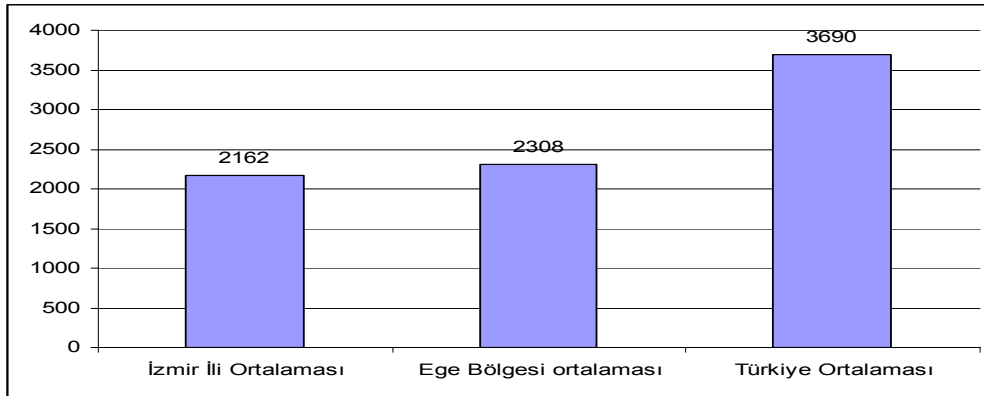
Aliğa, Çeşme, Dikili, Foça, Gaziemir, Güzelbahçe, Karaburun, Kemalpaşa, Kiraz, Menderes, Seferihisar, Selçuk ve Urla ilçelerinde İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının çok altında iken; Bergama, Çiğli ve Kınık ilçelerinde İzmir ortalamasının üzerinde Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamasının altında, Balçova, Bayındır, Beydağ, Bornova, Karşıyaka, Kınık, Menemen, Narlıdere, Ödemiş ve Torbalı İzmir ve Ege Bölgesi ortalamalarının üstünde, Türkiye ortalamasının altında, Konak ilçesinde ise tüm ortalamalardan yüksek bulunmuştur.

Ebe dağılımı açısından ise; 7300 nüfuslu Karaburun ilçesinde 8 ebinin, iki katı nüfuslu Beydağ (14094 nüfus) ilçesinde 6 ebinin çalıştığı;

Narlıdere ilçesinde (51406 nüfus) 15 ebe çalışırken, Aliğa ilçesinde (56421 nüfus) 34 ebe çalıştığı;

Urla ilçesinde (40000 nüfus) 27 ebinin, 42118 nüfuslu Bayındır ilçesinde 18 ebinin çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 14' deki verilerle birlikte incelendiğinde ebe sayılarının genellikle turistik ve karma ilçelerde artış gösterdiği bulunmuştur.



**Şekil 23** Ebe Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması



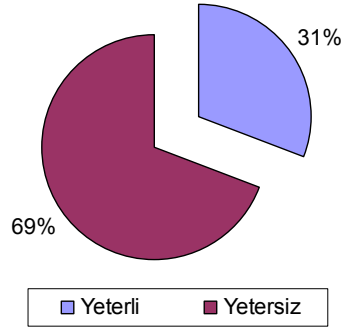
İzmir ili ile Ege bölgesi ortalamaları birbirine yakın iken, Türkiye ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

#### 6.1.9. Sağlık Grup Başkanlarının Ebe Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 20:** Sağlık Grup Başkanlarının Ebe Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Yeterli	8	30.8
Yetersiz	18	69.2
Toplam	26	100

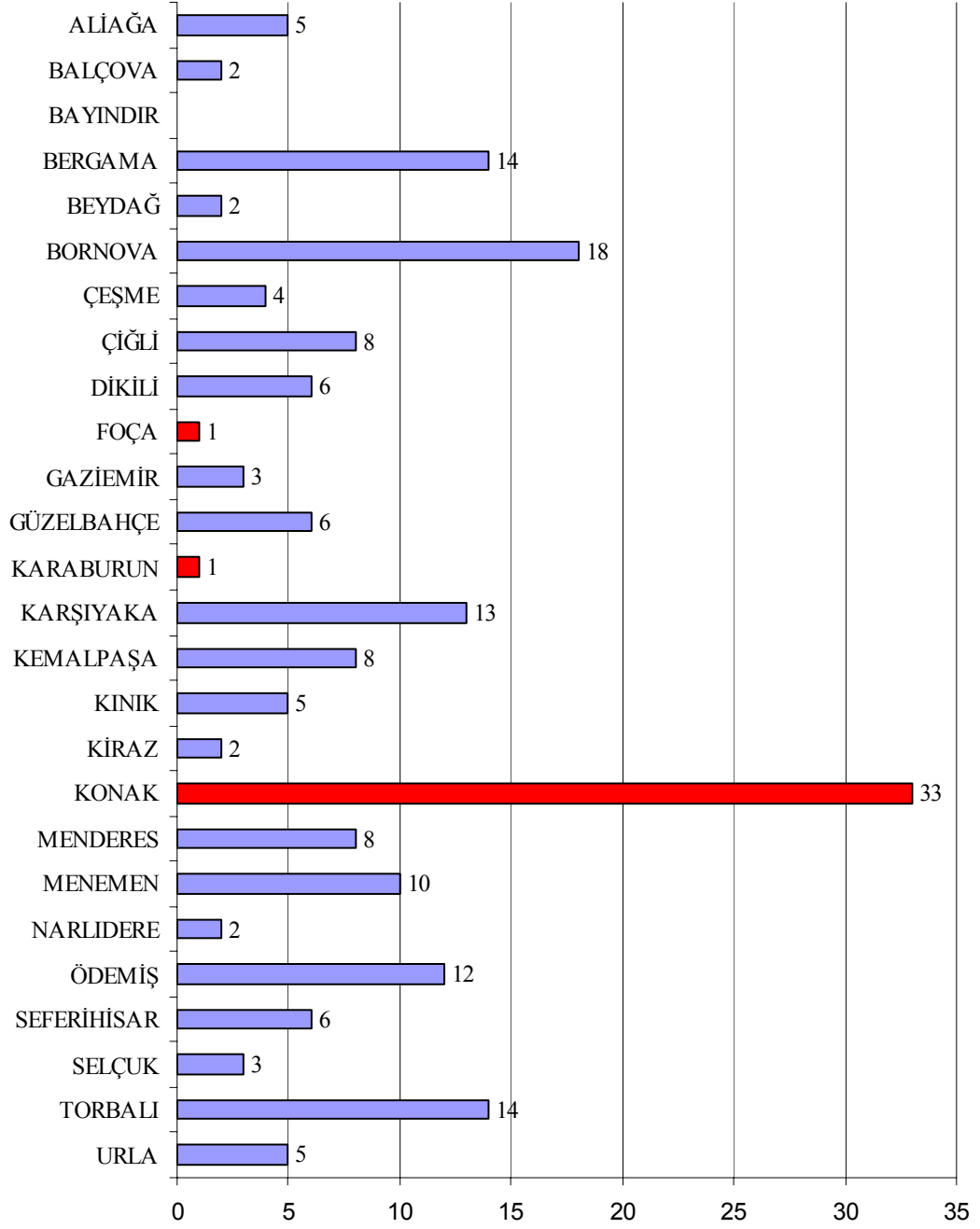
Sağlık Grup Başkanlarının % 69,2' si ebe sayısının yetersiz, % 30,8' i ise yeterli olduğu görüşündedirler.



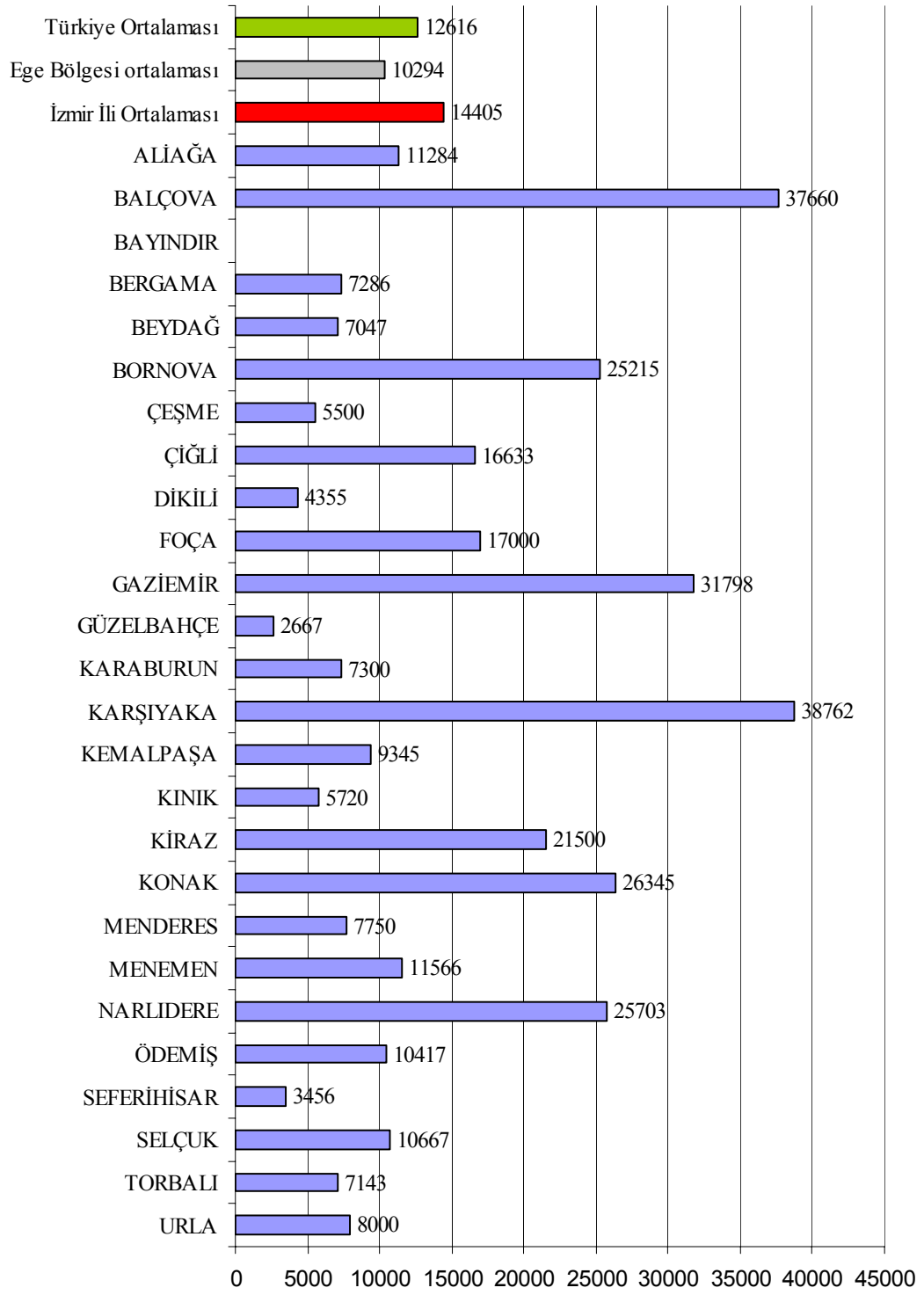
**Şekil 24:** Sağlık Grup Başkanlarının Ebe sayılarına ilişkin görüşleri

Ebe başına düşen kişi sayısı Türkiye ortalamasının altında olmasına rağmen, Sağlık Grup Başkanları ebe sayısının yetersiz olduğu görüşündedirler. Çiğli, Urla, Gazıemir, Karaburun, Aliğa, Güzelbahçe, Ödemiş ve Foça grup başkanları ebe sayısının yeterli olduğunu düşünmektedirler.

### 6.1.10. SGB'lerin Nüfus, SM Sayı, Oran ve Ortalamaları



Şekil 25: İlçelere göre SM Sayıları



**Şekil 26:** İlçelere göre SM Başına Düşen Kişi Sayıları

**Tablo 21: SGB' lerin Nüfus, SM Sayıları ve Ortalamalar**

İLÇE	Nüfus	SM Sayısı	SM Başına Düşen Kişi	İzmir İli Ortalaması	Ege Bölgesi ortalaması	P	Türkiye Ortalaması	P
ALİAĞA	56421	5	11284	14405	10294	,058	12616	,146
BALÇOVA	75320	2	37660					
BAYINDIR	42118							
BERGAMA	102000	14	7286					
BEYDAĞ	14094	2	7047					
BORNOVA	453880	18	25215					
ÇEŞME	22000	4	5500					
ÇİĞLİ	133063	8	16633					
DİKİLİ	26129	6	4355					
FOÇA	17000	1	17000					
GAZİEMİR	95395	3	31798					
GÜZELBAHÇE	16000	6	2667					
KARABURUN	7300	1	7300					
KARŞIYAKA	503903	13	38762					
KEMALPAŞA	74763	8	9345					
KINIK	28600	5	5720					
KİRAZ	43000	2	21500					
KONAK	869394	33	26345					
MENDERES	62000	8	7750					
MENEMEN	115661	10	11566					
NARLIDERE	51406	2	25703					
ÖDEMİŞ	125000	12	10417					
SEFERİHİSAR	20734	6	3456					
SELÇUK	32000	3	10667					
TORBALI	100000	14	7143					
URLA	40000	5	8000					
TOPLAM	3127181	191						

Tablo 21' deki bulgular incelendiğinde; İzmir ilindeki 191 SM' nin dağılımında en az SM' nin Foça ve Karaburun (1 SM) ilçelerinde, en fazla SM' nin Konak ilçesinde (33 SM) olduğu görülmektedir.

Oysa SM başına düşen nüfusa bakıldığında; en düşük Güzelbahçe (2667 SM), en yüksek Karşıyaka ilçesinde 38762 SM olarak İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının üzerindedir.

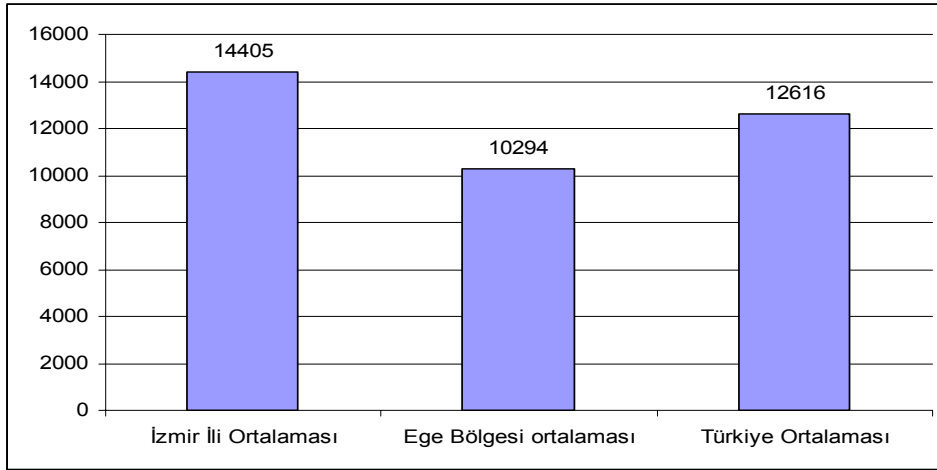
SM başına düşen nüfus; Bergama, Beydağ, Çeşme, Dikili, Güzelbahçe, Karaburun, Kemalpaşa, Kınık, Menderes, Seferihisar, Torbalı ve Urla ilçelerinde İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarının çok altında iken; Aliğa, Menemen, Ödemiş ve Selçuk ilçeleri Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarına yakın, İzmir ortalamasının altında, Balçova, Bornova, Çiğli, Foça, Gaziemir, Karşıyaka, Kiraz, Konak ve Narlıdere ilçelerinde her üç ortalamadan yüksek bulunmuştur. İzmir ili Sağlık Grup Başkanlıklarında SM/nüfus oranı Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamalarından yüksek bulunmuştur. SM sayısının Metropol ilçelerde azaldığı tespit edilmiştir.

SM dağılımı açısından ise; Kınık ilçesinde (28600 nüfus) 5 SM çalışırken, nüfusu iki katı olan Aliğa ilçesinde de (56421 nüfus) aynı sayıda SM' nin (5) görev yaptığı;

16000 nüfuslu Güzelbahçe ilçesinde 6 SM bulunurken, iki katı nüfusa sahip Selçuk ilçesinde (32000 nüfus) 3 SM, 3 katı nüfusa sahip Gaziemir ilçesinde (95395 nüfus) 3 SM çalıştığı;

Seferihisar ilçesinde (20734 nüfus) 6 SM, iki katı nüfuslu Kiraz ilçesinde (43000 nüfus) 2 SM bulunduğu;

Dikili ilçesinde (26129 nüfus) 6 SM, Narlıdere ilçesinde (51406 nüfus) 2 SM çalıştığı bulunmuştur.



**Şekil 27:** SM Başına Düşen Kişi Sayısının Karşılaştırılması

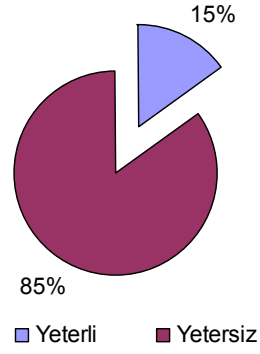
Karşılaştırmalı grafik diğer grafiklere göre farklılık göstermektedir. İzmir İli'nin ortalama değerleri diğer grafiklerde düşükken, burada yüksek çıkmıştır. Ortalama olarak SM başına düşen kişi sayısı İzmir ili'nde fazladır.

#### 6.1.11. Sağlık Grup Başkanlarının SM sayılarına ilişkin görüşleri

**Tablo 22:** Sağlık Grup Başkanlarının SM Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Yeterli	4	15.4
Yetersiz	22	84.6
Toplam	26	100

Sağlık Grup Başkanlarının büyük çoğunluğu (% 84,6) SM sayısının yetersiz, Aliğa, Güzelbahçe, Bayındır ve Seferihisar grup başkanları ise yeterli olduğu görüşündedir.



**Şekil 28:** Sağlık Grup Başkanlarının SM Sayılarına İlişkin Görüşleri

SM başına düşen kişi sayısı hem Ege Bölgesi hem de Türkiye ortalamasının üzerindedir ve Sağlık Grup Başkanlarının % 84, 6' sını da SM sayısının yetersiz olduğu görüşündedirler. Sağlık Bakanlığı tarafından uzun yıllardır özellikle batı illerine SM ataması yapılmaması yardımcı sağlık personellerinden en fazla sağlık memuru yetersizliğini ortaya çıkarmaktadır.

### 6.1.12. İlçe Bazında Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfusun İzmir, Ege Bölgesi ve Türkiye Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

**Tablo 23:** Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfusun İlçe Bazında Karşılaştırılması

İLÇELER	HEKİM BAŞINA DÜŞEN NÜFUS			HEMŞİRE BAŞINA DÜŞEN NÜFUS			EBE BAŞINA DÜŞEN NÜFUS			SM BAŞINA DÜŞEN NÜFUS						
		İÖ	EBO	TO		İÖ	EBO	TO		İÖ	EBO	TO		İÖ	EBO	TO
ALİAĞA	1945	D	D	D	2351	D	D	D	1659	D	D	D	11284	D	Y	D
ALÇOVA	1369	D	D	D	3964	D	D	D	3275	Y	Y	D	37660	Y	Y	Y
BAYINDIR	4212	Y	Y	D	8424	Y	Y	Y	2340	Y	Y	D				
BERGAMA	2615	Y	D	D	4857	Y	Y	D	2217	Y	D	D	7286	D	D	D
BEYDAĞ	2819	Y	D	D	3523	D	D	D	2349	Y	Y	D	7047	D	D	D
BORNOVA	3088	Y	D	D	5043	Y	Y	D	3362	Y	Y	D	25215	Y	Y	Y
ÇEŞME	1692	D	D	D	2750	D	D	D	1467	D	D	D	5500	D	D	D
ÇİĞLİ	2661	Y	D	D	7392	Y	Y	Y	2218	Y	D	D	16633	Y	Y	Y
DİKİLİ	1005	D	D	D	2010	D	D	D	1244	D	D	D	4355	D	D	D
FOÇA	850	D	D	D	2125	D	D	D	850	D	D	D	17000	Y	Y	Y
GAZİEMİR	2271	D	D	D	2650	D	D	D	1947	D	D	D	31798	Y	Y	Y
G.BAHÇE	800	D	D	D	1778	D	D	D	1067	D	D	D	2667	D	D	D
K.BURUN	730	D	D	D	912	D	D	D	912	D	D	D	7300	D	D	D
K.YAKA	3428	Y	D	D	7752	Y	Y	Y	3599	Y	Y	D	38762	Y	Y	Y
K.PAŞA	1625	D	D	D	2412	D	D	D	2077	D	D	D	9345	D	D	D
KINIK	1787	D	D	D	9533	Y	Y	Y	2200	Y	D	D	5720	D	D	D
KİRAZ	4300	Y	Y	D	4300	Y	D	D	1954	D	D	D	21500	Y	Y	Y
KONAK	3916	Y	Y	D	7068	Y	Y	Y	4082	Y	Y	Y	26345	Y	Y	Y
MENDERES	2214	D	D	D	2818	D	D	D	1771	D	D	D	7750	D	D	D
MENEMEN	2891	Y	D	D	4448	Y	D	D	2410	Y	Y	D	11566	D	Y	D
NARLIDERE	3024	Y	D	D	3213	D	D	D	3427	Y	Y	D	25703	Y	Y	Y
ÖDEMİŞ	3571	Y	Y	D	4808	Y	Y	D	2451	Y	Y	D	10417	D	Y	D
S.HİSAR	1296	D	D	D	3456	D	D	D	2073	D	D	D	3456	D	D	D
SELÇUK	2133	D	D	D	3200	D	D	D	1454	D	D	D	10667	D	Y	D
TORBALI	3125	Y	D	D	4762	Y	Y	D	2325	Y	Y	D	7143	D	D	D
URLA	1379	D	D	D	3333	D	D	D	1481	D	D	D	8000	D	D	D

İÖ= İzmir ili ortalaması EBO= Ege bölgesi ortalaması TO= Türkiye ortalaması D= Düşük Y= Yüksek



Tablo 23’ de İzmir ilindeki Sağlık Grup Başkanlıklarında sağlık insangücü başına düşen nüfus ortalamasıyla Ege Bölgesi ve Türkiye ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sağlık personeli başına düşen nüfus Çeşme, Dikili, Güzelbahçe, Karaburun, Kemalpaşa, Menderes, Seferihisar ve Urla’ da tüm ortalamaların altındadır. Konak ilçesi Ege bölgesi ve Türkiye ortalamalarından da fazla bir nüfusa hizmet vermektedir. İzmir ilçelerinde sağlık insangücü başına daha az sayıda insan düşmesine rağmen Sağlık Grup Başkanlarının görüşleri sağlık insangücü yetersizliği yönündedir.

### 6.1.13. Yardımcı Sağlık Personelinin Hekim Sayısına Oranı

**Tablo 24:** Yardımcı Sağlık Personelinin Hekim Sayısına Oranı

MESLEK ADI	HEKİM	HEMŞİRE	EBE	SM
SAYI	1119	634	1125	191
YSP/HEKİM ORANI	–	0,6	1,00	0,2

Tablo 24’ de hemşire ve sağlık memurlarının hekimlere oranının 1’ den az olduğu görülmektedir. Oysa çağdaş sağlık hizmetinde, hizmet piramidinin tabanını sırasıyla sağlık memuru, ebe ve hemşirelerin, tepe noktasını ise hekimlerin oluşturması gerekir. Tablodaki sayılar ise bu oranı yansıtmamakta, hemşire ve sağlık memuru sayıları çok yetersiz kalmaktadır. Özellikle sağlık hizmetinin ekip anlayışıyla verilmesi gerekliliği, oranların önemini ortaya çıkarmaktadır. Ekip içinde olması gerekenden az sayıda insangücünün bulunması, sunulan hizmetin aksamasına yol açabileceği gibi dolaylı olarak sorunlara da yol açabilmektedir.

#### 6.1.14. SGB'lerin Nüfus/ Lab. Tek. Sayı ve Oranları

**Tablo 25:** İlçelere Göre Nüfus, Lab. Tek Sayısı ve Lab. Tek Başına Düşen Nüfus

İLÇE	Nüfus	Lab. Tek. Sayısı	Lab.Tek. Başına Düşen Kişi
ALIAĞA	56421	1	56421
BALÇOVA	75320	1	75320
BAYINDIR	42118		
BERGAMA	102000	2	51000
BEYDAĞ	14094		
BORNOVA	453880	4	113470
ÇEŞME	22000	2	11000
ÇİĞLİ	133063	3	44354
DIKİLİ	26129	2	13064
FOÇA	17000	1	17000
GAZİEMİR	95395	2	47697
GÜZELBAHÇE	16000	2	8000
KARABURUN	7300		
KARŞIYAKA	503903	7	71986
KEMALPAŞA	74763	1	74763
KINIK	28600	1	28600
KIRAZ	43000		
KONAK	869394	9	96599
MENDERES	62000	1	62000
MENEMEN	115661	1	115661
NARLIDERE	51406		
ÖDEMİŞ	125000	4	31250
SEFERİHİSAR	20734	2	10367
SELÇUK	32000	2	16000
TORBALI	100000	2	50000
URLA	40000		
TOPLAM	3127181	50	

Tablo 25' deki bulgulara göre İzmir ilindeki 50 Lab. Tek. dağılımında en az Lab. Tek' in Aliağa, Balçova, Foça, Kemalpaşa, Kınık, Menderes ve Menemen ilçelerinde (1 Lab. Tek.), en fazla Lab. Tek' in Konak ilçesinde (9 Lab.Tek.) olduğu görülmektedir.

6 ilçe (Bayındır, Beydağ, Karaburun, Kiraz, Narlıdere, Urla) ise Lab. Tek.' e sahip değildir. Bu ilçeler oluşan sağlık personeli açığını nasıl karşılıyorsunuz sorusuna sırasıyla sağlık personeline farklı görevler yüklüyorum, personelin görev yükü artıyor, il içinden geçici görevlendirme, karşılayamıyorum yanıtlarını vermişlerdir. (Tablo 41)

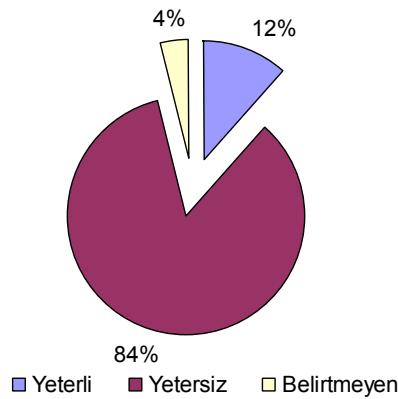
Laboratuvar Teknisyeni başına düşen nüfus en yüksek oranda Menemen (115661) ilçesinde görülürken; en düşük Güzelbahçe (8000) ilçesindedir.

#### 6.1.15. Sağlık Grup Başkanlarının Lab. Tek. Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 26:** Sağlık Grup Başkanlarının Lab. Tek. Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Yeterli	3	11.5
Yetersiz	22	84.6
Belirtmeyen	1	3.8
Toplam	26	100

İzmir ilindeki Sağlık Grup Başkanlarının % 84,6' sı (22 Sağlık Grup Başkanı) laboratuvar teknisyeninin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Güzelbahçe, Ödemiş ve Seferihisar grup başkanları Lab. Tek. Sayısının yeterli olduğu görüşündedirler.



**Şekil 29:** Sağlık Grup Başkanlarının Lab. Tek. Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.16.SGB' lerin Nüfus/ Rönt. Tek. Sayı ve Oranları

**Tablo 27:** İlçelere Göre Nüfus, Rönt. Tek Sayısı ve Rönt. Tek Başına Düşen Nüfus

İLÇE	Nüfus	Rönt.Tek. Sayısı	Rönt.Tek. Başına Düşen Kişi
ALIAĞA	56421		
BALÇOVA	75320		
BAYINDIR	42118		
BERGAMA	102000	1	102000
BEYDAĞ	14094		
BORNOVA	453880	1	453880
ÇEŞME	22000		
ÇİĞLİ	133063	1	133063
DİKİLİ	26129		
FOÇA	17000		
GAZİEMİR	95395		
GÜZELBAHÇE	16000		
KARABURUN	7300		
KARŞIYAKA	503903	2	251951
KEMALPAŞA	74763		
KINIK	28600		
KIRAZ	43000		
KONAK	869394	4	217348
MENDERES	62000		
MENEMEN	115661		
NARLIDERE	51406		
ÖDEMİŞ	125000	1	125000
SEFERİHİSAR	20734		
SELÇUK	32000		
TORBALI	100000		
URLA	40000		
TOPLAM	3127181	10	

Tablo 27' deki bulgular incelendiğinde; Rönt. Tek sayısının en düşük Bergama, Bornova, Çiğli ve Ödemiş ilçelerinde (1 Rönt. Tek.), en yüksek Konak

ilçesinde (4 Rönt. Tek.) olduğu görülmektedir. İzmir ilindeki Grup Başkanlıklarında toplam 10 Rönt. Tek olduğu, 20 Grup Başkanlığında röntgen teknisyeni bulunmadığı tespit edilmiştir.

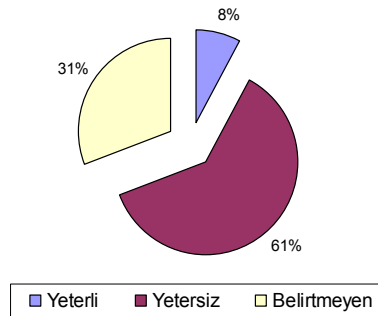
Rönt. Tek başına düşen nüfus oranları incelendiğinde; en yüksek oranda Bornova (453880) ilçesinde, en düşük Bergama (102000) ilçesinde olduğu bulunmuştur.

### 6.1.17. Sağlık Grup Başkanlarının Röntgen Teknisyeni Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 28:** Sağlık Grup başkanlarının Röntgen Teknisyeni Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Yeterli	2	7.7
Yetersiz	16	61.5
Belirtmeyen	8	30.8
Toplam	26	100

Sağlık Grup Başkanlarının % 61,5' i röntgen teknisyeninin yetersiz olduğunu belirtmiştir. 8 Grup Başkanı (Selçuk, Balçova, Gaziemir, Menderes, Bergama, Dikili, Güzelbahçe ve Seferihisar) yargı belirtmemiştir. Bayındır ve Foça Grup Başkanları ise Rönt. Tek.' e sahip değildir ancak sayının yeterli olduğu görüşündedir.



**Şekil 30:** Grup Başkanlarının Rönt. Tek. Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.18. SGB'lerin Nüfus/ÇST Sayı ve Oranları

**Tablo 29:** İlçelere Göre Nüfus, ÇST Sayısı ve ÇST Başına Düşen Nüfus

İLÇE	Nüfus	ÇST Sayısı	ÇST. Başına Düşen Kişi
ALİAĞA	56421	4	14105
BALÇOVA	75320	4	18830
BAYINDIR	42118	1	42118
BERGAMA	102000	2	51000
BEYDAĞ	14094	1	14094
BORNOVA	453880	7	64840
ÇEŞME	22000		
ÇİĞLİ	133063	8	16633
DİKİLİ	26129	2	13064
FOÇA	17000	1	17000
GAZİEMİR	95395	4	23849
GÜZELBAHÇE	16000	1	16000
KARABURUN	7300	1	7300
KARŞIYAKA	503903	5	100781
KEMALPAŞA	74763	7	10680
KINIK	28600		
KİRAZ	43000	2	21500
KONAK	869394	24	36225
MENDERES	62000		
MENEMEN	115661	5	23132
NARLIDERE	51406	1	51406
ÖDEMİŞ	125000	2	62500
SEFERİHİSAR	20734	1	20734
SELÇUK	32000	3	10667
TORBALI	100000	9	11111
URLA	40000	2	20000
TOPLAM	3127181	97	

Tablo 29' daki bulgulara, İzmir ilindeki 97 ÇST' nin en düşük Bayındır, Beydağ, Foça, Güzelbahçe, Karaburun, Narlıdere ve Seferihisar ilçelerinde (1 ÇST), en yüksek Konak ilçesinde (24 ÇST) olduğu bulunmuştur.

Çeşme, Kınık ve Menderes ilçelerinde ÇST bulunmamaktadır.

ÇST başına düşen nüfus oranları incelendiğinde en yüksek Karşıyaka (100781) ilçesinde, en düşük Karaburun (7300) ilçesinde olduğu görülmüştür.

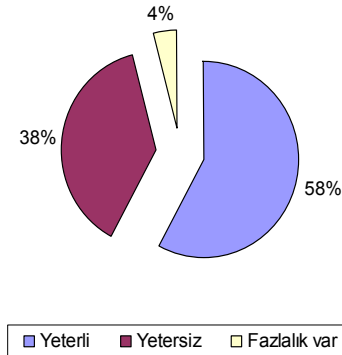
Elde edilen verilere göre sağlık personeli dağılımında dengesizlik olduğu söylenebilir. 5179 sayılı kanun çerçevesinde ÇST'lerin bir kısmının Tarım Bakanlığına devredilmiş olması nedeniyle, araştırmanın yapıldığı dönemde henüz tamamlanmamış bir süreç yaşanmaktadır.

#### 6.1.19. Sağlık Grup Başkanlarının ÇST Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 30:** Sağlık Grup Başkanlarının ÇST Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Frekans	Yüzde
Fazlalık var	1	3.8
Yeterli	15	57.7
Yetersiz	10	38.5
Toplam	26	100

Grup başkanlarının % 38,5' i ÇST sayısının yetersiz, % 57,7' si yeterli olduğunu düşünmektedir. Aliğa Grup Başkanına göre ise fazlalık vardır. Buradaki ÇST sayısı 4' tür.



**Şekil 31:** Grup Başkanlarının ÇST Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.20. İlçelere Göre Yeşil Kartlı Kişi ve Yeşil Kart Sekreteri Sayısı

**Tablo 31:** İlçelere Göre Yeşil Kartlı Kişi ve Yeşil Kart Sekreteri Sayısı

İLÇE	Yeşil Kart Sekreter sayısı	Yeşil Kartlı Kişi Sayısı	Sekreter Başına Düşen Kişi
ALİAĞA	1	2854	2854
BALÇOVA		2804	
BAYINDIR	1	3580	3580
BERGAMA		8332	
BEYDAĞ		1313	
BORNOVA		13996	
ÇEŞME		2012	
ÇİĞLİ		6395	
DİKİLİ	1	2960	2960
FOÇA		1230	
GAZİEMİR		1890	
GÜZELBAHÇE		1381	
KARABURUN		418	
KARŞIYAKA		16541	
KEMALPAŞA	2	3924	1962
KINIK	1	2570	2570
KİRAZ		5588	
KONAK	5	25466	5093
MENDERES	1	4404	4404
MENEMEN		7770	
NARLIDERE	1	6669	6669
ÖDEMİŞ	3	7505	2502
SEFERİHİSAR		1153	
SELÇUK		2774	
TORBALI	2	12047	6023
URLA	1	5288	5288
TOPLAM	19	150864	

Tablo 31’ deki bulgularda, Yeşil Kart sekreterinin sayı olarak 19 olduğu ancak 26 ilçenin sadece 11 tanesinde bulunduğu görülmüştür. 15 ilçenin bu hizmeti



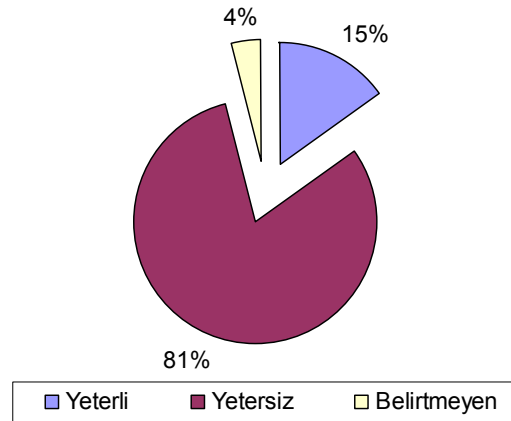
yerine getirecek personeli mevcut değildir. Bu durumda Sağlık Grup Başkanlıklarının bu alandaki personel açıklarını nasıl karşıladığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Özel sektörde işler ve tanımları ihtiyaca göre değişmekte ve bu duruma uygun olarak ihtiyaçlar en kısa sürede karşılanmaktadır. Ancak kamu sektöründe eleman ihtiyacı ile karşılanması arasında uzun süre olabilmektedir.

#### 6.1.21. Sağlık Grup Başkanlarının Yeşil Kart Sekreterliğinde Çalışan Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 32:** Sağlık Grup Başkanlarının Yeşil Kart Sekreterliğinde Çalışan Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Yeterli	4	15.4
Yetersiz	21	80.8
Belirtmeyen	1	3.8
Toplam	26	100

Sağlık Grup Başkanlarının 21' i (%80,8) yeşil kart sekreterinin yetersiz, 4' ü (Konak, Kınık, Bayındır ve Foça) yeterli olduğunu düşünmektedir.



**Şekil 32:** Grup Başkanlarının Yeşil Kart Sekreter Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.22. SGB' lere Bağlı Sağlık Kurumlarında Fiilen alışan Memur Sayısı

**Tablo 33:** SGB' lere bağlı Sağlık Kurumlarında Fiilen alışan Memur Sayısı

Personel	Toplam personel Sayısı
Satın alma memuru	0
Tahakkuk memuru	0
Sayman	6
Ambar memuru	8

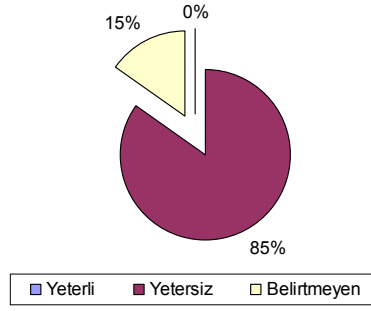
Tablo 33' de 26 Sağlık Grup Başkanlığında 6 sayman, 8 ambar memuru bulunurken; satın alma memuru ve tahakkuk memuru bulunmadığı görülmektedir. Satın alma ve tahakkuk memur sayılarının sıfır olmasının nedeni İl Sağlık Müdürlüğünde görev yapmaları olabilir ancak satın alma ve tahakkuk işlemleri Sağlık Grup Başkanlıklarından gelen talebe göre gerçekleştirilmektedir. Bu durumda satın almanın yapılabilmesi için gerekli işlemler diğer personel tarafından gerçekleştiriliyor olabilir.

### 6.1.23. Sağlık Grup Başkanlarının Satın Alma Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 34:** Sağlık Grup Başkanlarının Satın Alma Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Yeterli	0	0
Yetersiz	22	84.6
Belirtmeyen	4	15.4
Toplam	26	100

Soruyu yanıtlayan 22 Sağlık Grup Başkanının tamamı satın alma memuru sayısının yetersiz olduğunu ifade etmiştir.



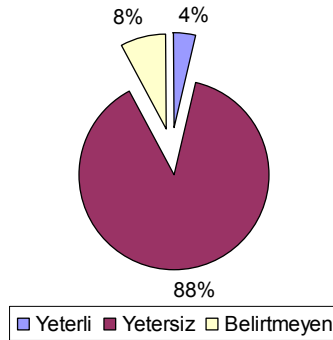
**Şekil 33:** Grup Başkanlarının Satın Alma Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

#### 6.1.24. Sağlık Grup Başkanlarının Tahakkuk Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 35:** Sağlık Grup Başkanlarının Tahakkuk Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Yeterli	1	3.8
Yetersiz	23	88.5
Belirtmeyen	2	7.7
Toplam	26	100

Tahakkuk memuru sayısının 23 Grup Başkanınca (% 88,5) yetersiz bulunduğu tespit edilmiştir. Tablo 32' de tahakkuk memuru sayısının 0(sıfır) olarak gösterilmesine rağmen Foça grup başkanı bu sayının yeterli olduğunu düşünmektedir.



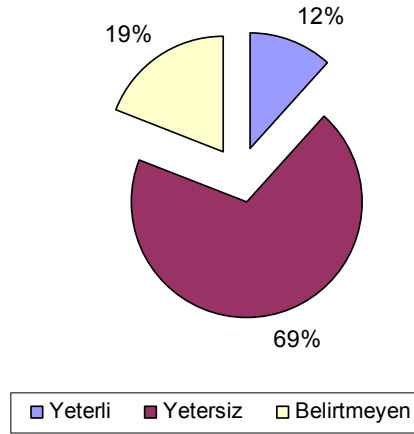
**Şekil 34:** Grup Başkanlarının Tahakkuk Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.25. Sağlık Grup Başkanlarının Sayman Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 36:** Sağlık Grup Başkanlarının Sayman Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Yeterli	3	11.5
Yetersiz	18	69.2
Belirtmeyen	5	19.2
Toplam	26	100

Sağlık Grup Başkanlarının çoğunluğu (% 69,2) sayının yetersiz olduğunu belirtmiştir. 5 Grup Başkanı (%19,2) yargı belirtmemiştir. Menemen, Ödemiş ve Foça grup başkanlarına göre sayı yeterlidir.



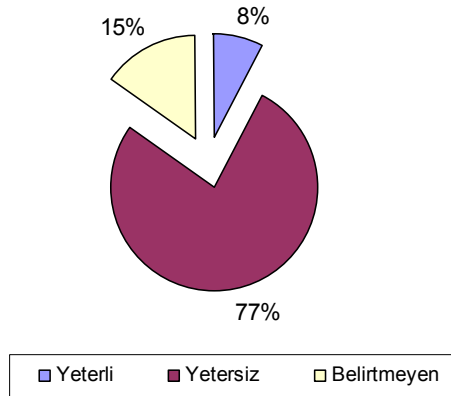
**Şekil 35** Grup Başkanlarının Sayman Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

### 6.1.26. Sağlık Grup Başkanlarının Ambar Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

**Tablo 37:** Sağlık Grup Başkanlarının Ambar Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Yeterli	2	7.7
Yetersiz	20	76.9
Belirtmeyen	4	15.4
Toplam	26	100

Sağlık Grup Başkanlarının % 76,9' u ambar memuru sayısının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Ancak yargı belirtmeyenlerin oranı da %15,4' dür. Ödemiş ve Foça grup başkanları yeterli olduğunu düşünmektedir. SGB' lere uzun yıllardır tahakkuk, ambar ve sayman memuru ataması yapılmamaktadır. Bu görevlerin diğer YSP tarafından sürdürülmesi beklenmektedir.



**Şekil 36:** SGB' lerin Ambar Memuru Sayılarına İlişkin Görüşleri

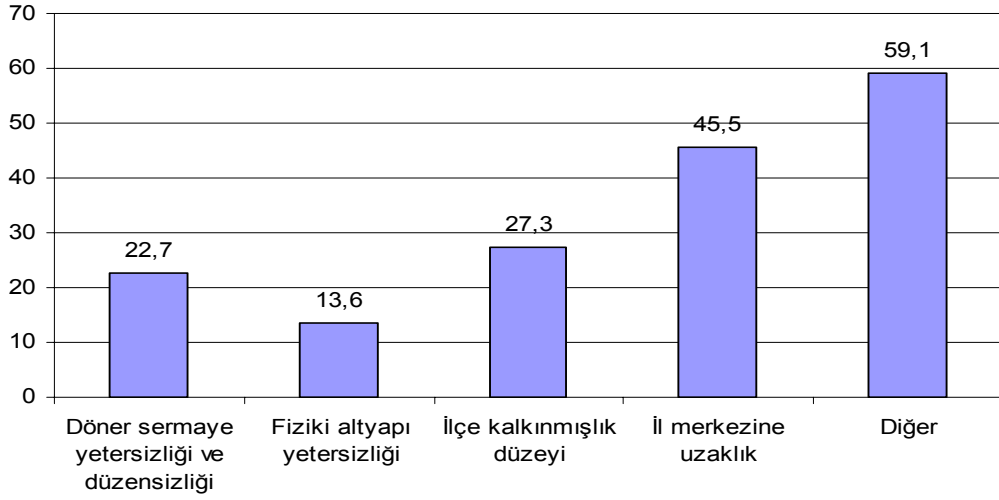
Bu aşamadan sonra personel açık ve ihtiyacına yönelik, Sağlık Grup Başkanlarının bilgi ve yaklaşımlarını öğrenmeye yönelik kapalı uçlu sorular sorulmuştur.

**6.2.1. Bölgenizde Personel Açığı Olduğunu Düşünüyorsanız Nedenleri Hangisi Olabilir?**

**Tablo 38:** Personel Açığı Nedenleri

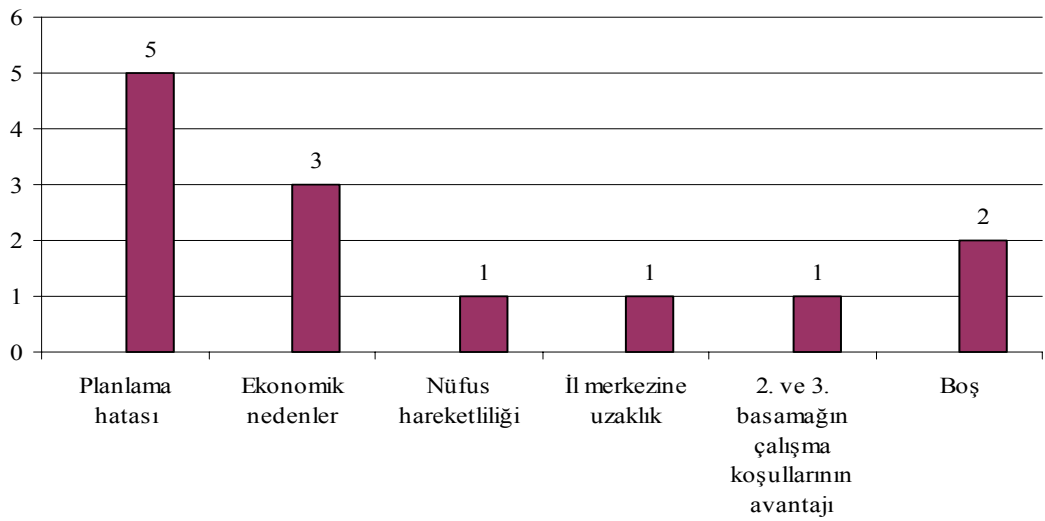
İLÇE	Döner sermaye yetersizliği ve düzensizliği	Fiziki altyapı yetersizliği	İlçe kalkınmışlık düzeyi	İl merkezine uzaklık	Diğer
ALİAĞA					X
BALÇOVA					X
BAYINDIR			X	X	
BERGAMA				X	X
BEYDAĞ			X	X	
BORNOVA	X				X
ÇEŞME		X			X
ÇİĞLİ					
DİKİLİ		X		X	X
FOÇA					
GAZİEMİR					X
GÜZELBAHÇE	X				
KARABURUN			X	X	
KEMALPAŞA		X	X	X	
KINIK			X	X	
KİRAZ			X	X	X
KONAK					X
MENDERES					
MENEMEN					X
NARLIDERE	X				X
ÖDEMİŞ				X	
SEFERİHİSAR	X			X	
SELÇUK	X				
TORBALI					X
URLA					X
<b>TOPLAM</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>13</b>

Araştırmaya katılan Grup Başkanlarının % 45,5' i il merkezine uzaklıktan, % 27,3' ü ilçe kalkınmışlık düzeyinin düşük olmasından % 22,7' si döner sermaye yetersizliği ve düzensizliğinden, % 13,6 oranında fiziki alt yapı yetersizliğinden dolayı personel açıkları olduğunu düşünmektedirler. % 59,1' i diğer nedenler olarak belirtmiştir.



**Şekil 37:** Bölgenizde Personel Açığı Olduğunu Düşünüyorsanız Nedenleri Hangisi Olabilir?

13 grup başkanının işaretlediği diğer nedenler şekil 38' de açıklanmıştır.



**Şekil 38:** Personel Açığının Diğer Nedenleri

## 6.2.2. Personel İhtiyacınızda Dönemsel Olarak Değişiklikler Oluyor mu?

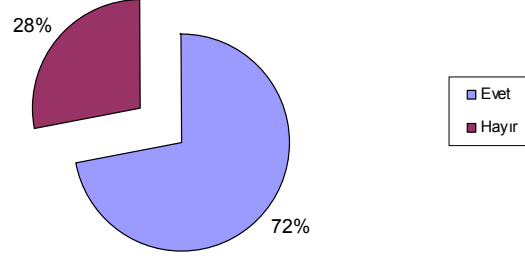
**Tablo 39:** Personel İhtiyacınızda Dönemsel Olarak Değişiklikler Oluyor Mu?

İLÇE	İLÇE TÜRÜ	EVET	HAYIR
ALİAĞA	Sanayi		X
BALÇOVA	Metropol	X	
BAYINDIR	Tarımsal	X	
BERGAMA	Tarımsal,Turistik	X	
BEYDAĞ	Tarımsal		X
BORNOVA	Metropol	X	
ÇEŞME	Turistik	X	
ÇİĞLİ	Metropol		X
DİKİLİ	Turistik	X	
FOÇA	Karma	X	
GAZİEMİR	Metropol		X
GÜZELBAHÇE	Metropol	X	
KARABURUN	Karma	X	
KEMALPAŞA	Karma		X
KINIK	Tarımsal	X	
KİRAZ	Tarımsal	X	
KONAK	Metropol	X	
MENDERES	Karma	X	
MENEMEN	Metropol	X	
NARLIDERE	Metropol	X	
ÖDEMİŞ	Tarımsal		X
SEFERİHİSAR	Tarımsal,Turistik	X	
SELÇUK	Turistik	X	
TORBALI	Karma		X
URLA	Karma	X	
TOPLAM		18	7

25 Sağlık Grup Başkanlığının 18' inde dönemsel olarak personel sayılarında değişiklik yaşandığı tespit edilmiştir. 6 Metropol, 5 Tarımsal, 5 Turistik, 4 Karma ilçede değişiklik yaşanmaktadır. Aliağa, Beydağ, Çiğli, Gaziemir, Kemalpaşa,



Ödemiş ve Torbalı' daki Grup Başkanlıklarında dönemsel değişiklik olmadığı tespit edilmiştir.



**Şekil 39:** Personel İhtiyacınızda Dönemsel Olarak Değişiklikler Oluyor Mu?

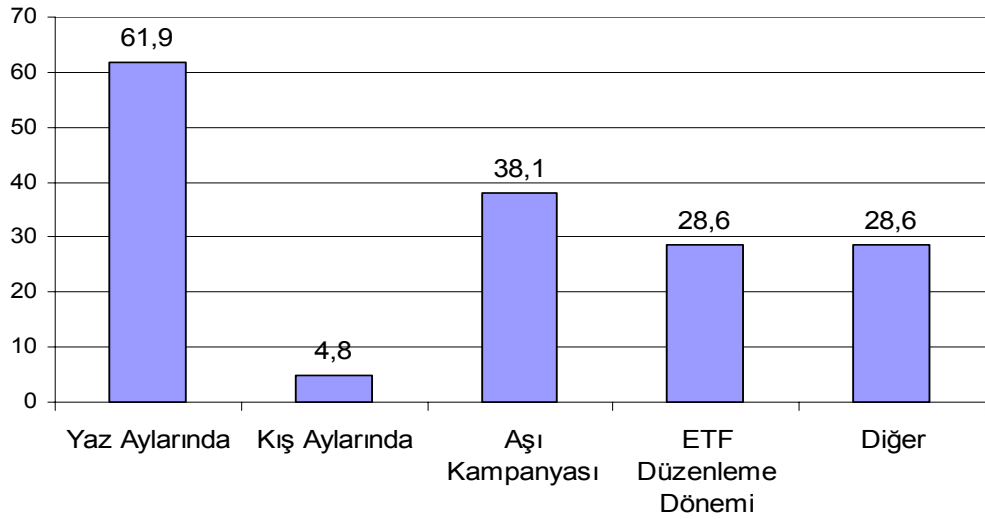
Grup başkanlarının % 72' si personel ihtiyacında dönemsel değişiklik yaşarken, % 28' i böyle bir değişiklik olmadığını belirtmiştir.

### 6.2.3. Personel İhtiyacındaki Değişikliğin Nedenleri

**Tablo 40:** Hangi Nedenlerden Dolayı Personel İhtiyacında Değişiklik Olmaktadır?

İLÇE	Yaz Aylarında	Kış Aylarında	Aşı Kampanyası	ETF Düzenleme Dönemi	Diğer
ALİAĞA					X
BALÇOVA	X				
BAYINDIR			X	X	X
BERGAMA	X		X		
BEYDAĞ			X	X	X
BORNOVA	X				
ÇEŞME	X				
ÇİĞLİ					
DİKİLİ	X				
FOÇA	X				
GAZİEMİR	X		X	X	
GÜZELBAHÇE					
KARABURUN	X				
KEMALPAŞA					
KINIK			X	X	
KIRAZ	X		X		
KONAK					X
MENDERES	X				
MENEMEN					X
NARLIDERE		X	X	X	
ÖDEMİŞ					
SEFERİHİSAR	X		X	X	
SELÇUK	X				
TORBALI					X
URLA	X				
TOPLAM	13	1	8	6	6
YÜZDE	61.9	4.8	38.1	28.6	28.6

Grup başkanlarının yaklaşık % 62' si bölgelerinde, yaz aylarında personel ihtiyacında değişiklik yaşadığını belirtmiştir. Narlıdere grup başkanı kış aylarında personel ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Turistik ilçe olma özelliği taşıyan yerlerde özellikle yaz aylarında personel ihtiyacında değişiklikler olduğu görülebilir. Metropolden turistik ilçelere yaz aylarında nüfus akımı bunun sebebi olduğu gibi, yaz aylarında sağlık personelinin yıllık izin kullanma talebi de bunu etkilediği söylenebilir. Özellikle yaz aylarında nüfus artışının yaşandığı turistik bölgelerde yetersiz personelin olması sağlık hizmetinin sunumunu olumsuz etkileyebilir.



**Şekil 40:** Hangi Nedenlerden Dolayı Personel İhtiyacında Değişiklik Olmaktadır?

Diğer şıklarını işaretleyen 6 grup başkanının görüşleri aşağıda belirtilmiştir;

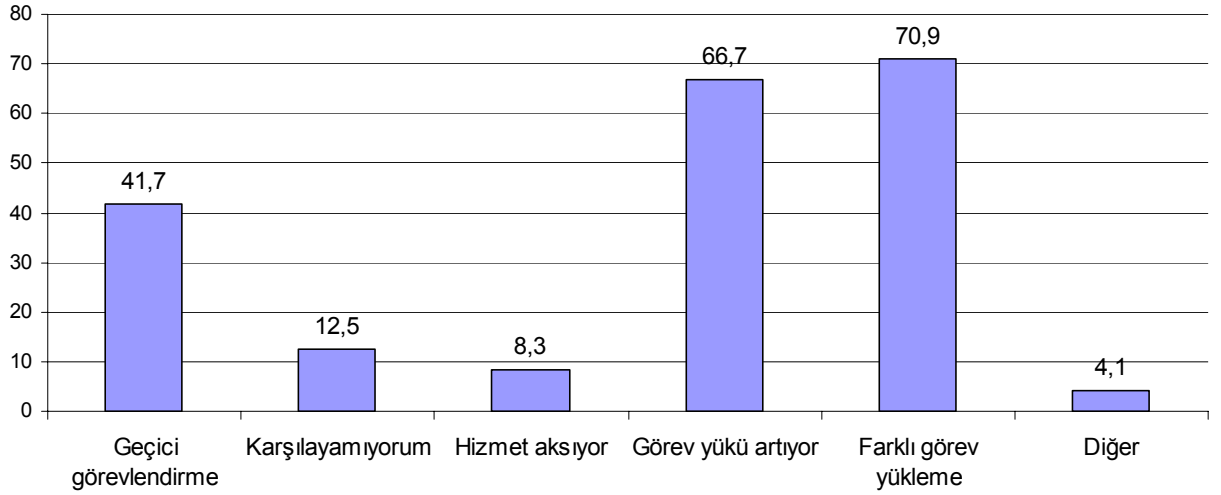
- Aliğa grup başkanı; geçici görevlendirme.
- Bayındır ve Beydağ grup başkanları; izin dönemlerinde.
- Konak grup başkanı; planlama hatası.
- Menemen grup başkanı; asker eşlerinin tayin dönemlerinde.
- Torbalı grup başkanı ise çalışma temposu ve işyükü fazlalığından dolayı yılın her ayı personel ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

#### 6.2.4. Oluşan Sağlık Personeli Açığını Nasıl Karşılıyorsunuz?

**Tablo 41:** Oluşan Sağlık Personeli Açığını Nasıl Karşılıyorsunuz?

İLÇE	Geçici görevlendirme	Karşılıyamiyorum	Hizmet aksıyor	Görev yükü artıyor	Farklı görev yükleme	Diğer
ALİAĞA				X	X	
BALÇOVA				X		
BAYINDIR	X	X		X	X	
BERGAMA		X	X	X	X	X
BEYDAĞ	X				X	
BORNOVA				X	X	
ÇEŞME	X			X		
ÇİĞLİ						
DİKİLİ				X	X	
FOÇA	X					
GAZİEMİR					X	
GÜZELBAHÇE	X					
KARABURUN	X			X	X	
KEMALPAŞA				X		
KINIK	X			X	X	
KIRAZ				X	X	
KONAK	X			X		
MENDERES				X		
MENEMEN	X			X	X	
NARLIDERE	X			X	X	
ÖDEMİŞ					X	
SEFERİHİSAR			X		X	
SELÇUK					X	
TORBALI		X			X	
URLA				X	X	
TOPLAM	10	3	2	16	17	1
YÜZDE	41,7	12,5	8,3	66,7	70,9	4,1

Grup başkanları, sağlık personeli açığını önlemede en çok farklı görev yükleyerek (% 70.9), personelin görev yüklerini artırarak (%66.7) veya geçici görevlendirme(%41.7) gibi hızlı sürede yanıt alabilecekleri eylemleri tercih etmektedirler. Bununla birlikte sağlık personeli açığını karşılayamayan ve sunulan hizmette aksaklıklar olduğunu belirten grup başkanları da mevcuttur.



**Şekil 41:** Oluşan Sağlık Personeli Açığını Nasıl Karşılıyorsunuz?

### 6.2.5. SGB' lerde Personelle İlgili İş Yükü Analizi Yapılıyor Mu?

**Tablo 42:** Sağlık Grup Başkanlığınızın kapsadığı alan içinde personelle ilgili iş yükü analizi yapılıyor mu? Sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Yargı	Gözlenen frekans	Yüzde
Evet	13	54.2
Hayır	11	45.8
Toplam	24	100

Gelecekteki personel durumunun tahmin edilmesinde önemli bir araç olan işyükü analizi % 54,2 oranında yapılırken, % 45,8' oranında yapılmamaktadır. Her sağlık kurumunun işyükünü belirleyen çeşitli faaliyetleri vardır; bir sağlık ocağındaki ev ziyareti, poliklinik, eğitim sayıları gibi. Bu faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için

sağlık personeli tarafından yapılan her cins iş için bir performans standardı belirlemek mümkündür. Performans standardı, belirli bir işi yapmak için, iyi yetişmiş bir meslek mensubunun ülke koşullarında ortalama olarak kullanacağı süre, yani birim zamandır. Kurumların işyükü ile personelin performans standardı karşılaştırıldığında ortaya kurumların personel ihtiyacı çıkar.

### 6.3. Sağlık Grup Başkanlarının Personel Planlama ve Dağılımı Hakkındaki Görüşleri ile İlgili Bulgular

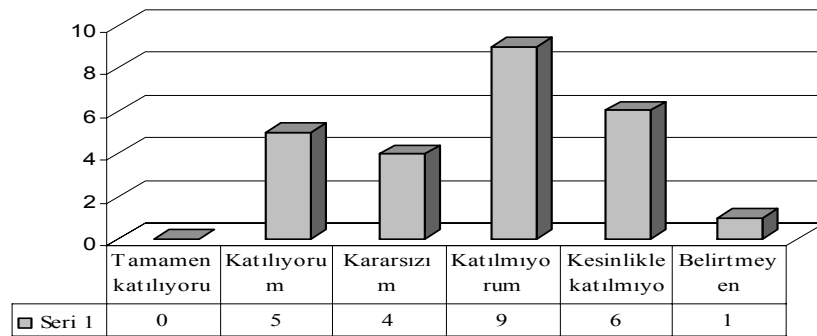
Personel Planlaması ve Dağılımına yönelik görüşlerin ölçülmesine yönelik olarak 17 önerme sunulmuş ve bu önermelere katılma oranları Likert ölçeği ile (5' li) ölçülmüştür.

#### 6.3.1. Personel Planlamasının Sağlık Bakanlığı Tarafından Yapılması Doğru Mudur?

**Tablo 43:** 'Personel Planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum' önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 11	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	0	0
Katılıyorum	5	20.0
Kararsızım	4	16.0
Katılmıyorum	9	36.0
Kesinlikle katılmıyorum	6	24.0
Belirtmeyen	1	4.0

Sağlık Grup Başkanlarının ortalama % 60' ı personel planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünmemektedirler. Kamu sektöründe merkezîyetçi personel rejimi, personel planlamasını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.



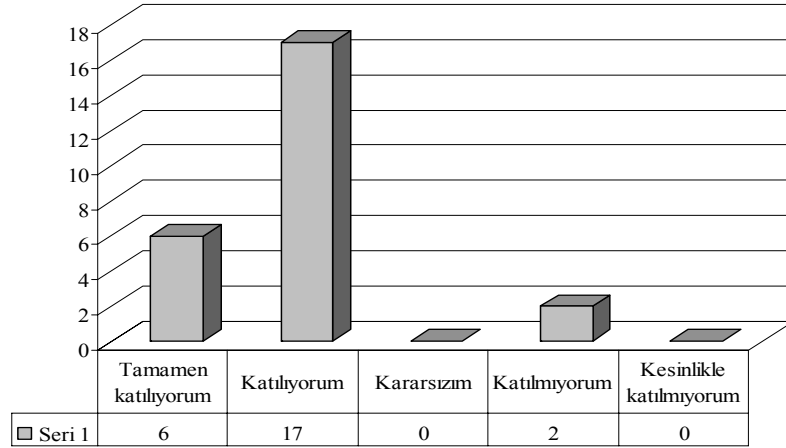
**Şekil 42:** 'Personel Planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum' önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.2. Sağlık Müdürlüğünün İl İçi Personel Planlamasında Etkililiği

**Tablo 44:** ‘İl Sağlık Müdürlüğü il içi personel planlamasında etkilidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 12	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	6	24,0
Katılıyorum	17	68,0
Kararsızım	0	0
Katılmıyorum	2	8,0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

İl düzeyinde sağlık hizmetleri Valiliklerin gözetimi altında İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Sağlık Grup Başkanlarının % 92’ si İl Sağlık Müdürlüğünün il içi personel planlamasında etkili olduğunu düşünmektedirler. Bayındır ve Seferihisar grup başkanları bu önermeye katılmamışlardır.



**Şekil 43:** ‘İl Sağlık Müdürlüğü il içi personel planlamasında etkilidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

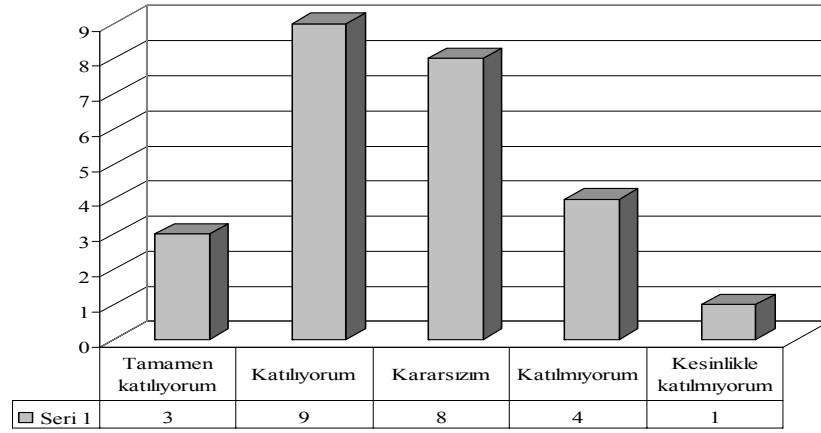


### 6.3.3. Sağlık Grup Başkanlarının Kendi Bölgelerinde Personel Dağılımında Etkili Midir?

**Tablo 45:** ‘Sağlık Grup Başkanları kendi bölgelerinde personel dağılımında etkilidirler’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 13	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	3	12.0
Katılıyorum	9	36.0
Kararsızım	8	32.0
Katılmıyorum	4	16.0
Kesinlikle katılmıyorum	1	4.0

Sağlık Grup Başkanlarının %48’ i kendi bölgelerinde personel dağılımında etkili olduklarını ifade etmiştir. % 32’ si (Kınık, Ödemiş, Urla, Kemalpaşa, Çeşme, Menemen, Dikili ve Torbalı) kararsız kalmıştır.



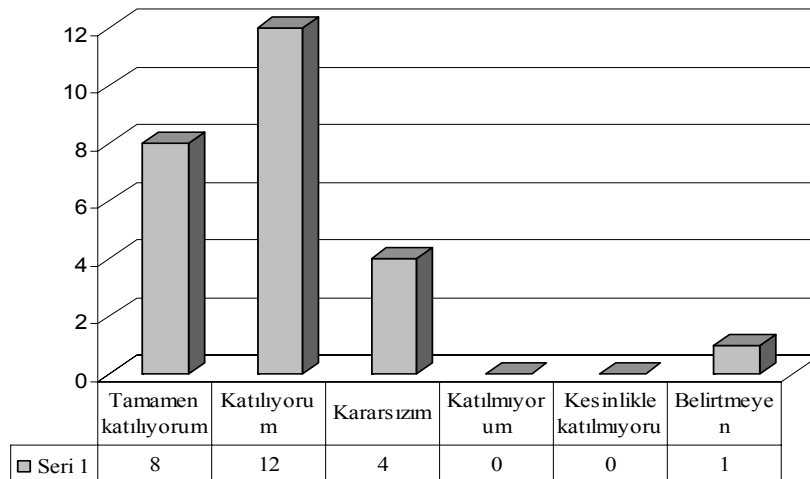
**Şekil 44:** ‘Sağlık Grup Başkanları kendi bölgelerinde personel dağılımında etkilidirler’ önermesine verilen cevapların dağılımı

#### 6.3.4. İl Sağlık Müdürlüğü İle Sağlık Grup Başkanlıkları Arasında Personel Planlaması İle İlgili Koordinasyon Mevcut Mudur?

**Tablo 46:** ‘İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık Grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 14	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	8	32.0
Katılıyorum	12	48.0
Kararsızım	4	16.0
Katılmıyorum	0	0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0
Belirtmeyen	1	4.0

İl Sağlık Müdürlüğü tüm temel sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Sağlık Grup Başkanlıkları ise ilçe düzeyinde sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu birimlerdir. 14. soruda personel planlaması ile ilgili olarak koordinasyon olup olmadığının öğrenilmesi amaçlanmıştır. ‘İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık Grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur’ önermesine Sağlık Grup Başkanları % 80 oranında katılmışlardır.



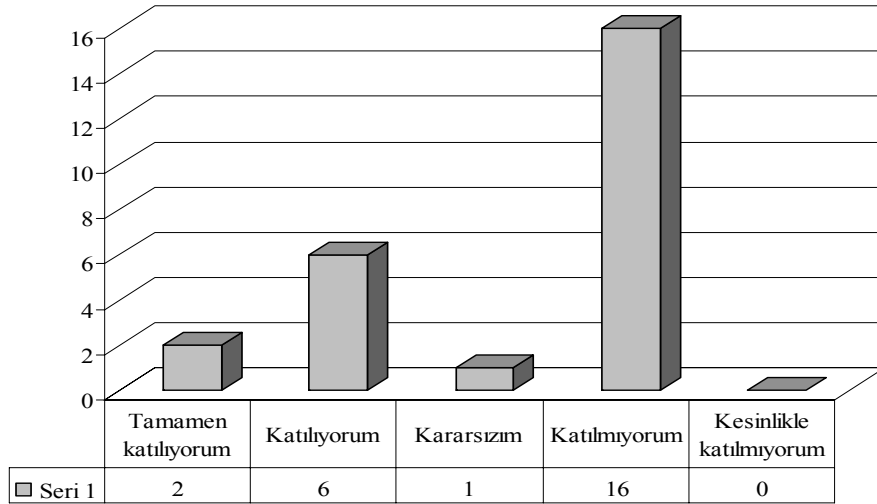
**Şekil 45:** ‘İl Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık Grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.5. SGB' lerde Uzun Vadeli İnsan Kaynağı Planlaması Yapılmakta mıdır?

**Tablo 47:** 'SGB' lerde uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır' önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 15	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	2	8.0
Katılıyorum	6	24.0
Kararsızım	1	4.0
Katılmıyorum	16	64.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

'Sağlık Grup Başkanlıklarında uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır' önermesine Sağlık Grup Başkanlarının % 64' ünün katılmadığı tespit edilmiştir. Böyle bir bulgu, personel planlamasının merkezîyetçi olmasından kaynaklandığı söylenebilir.



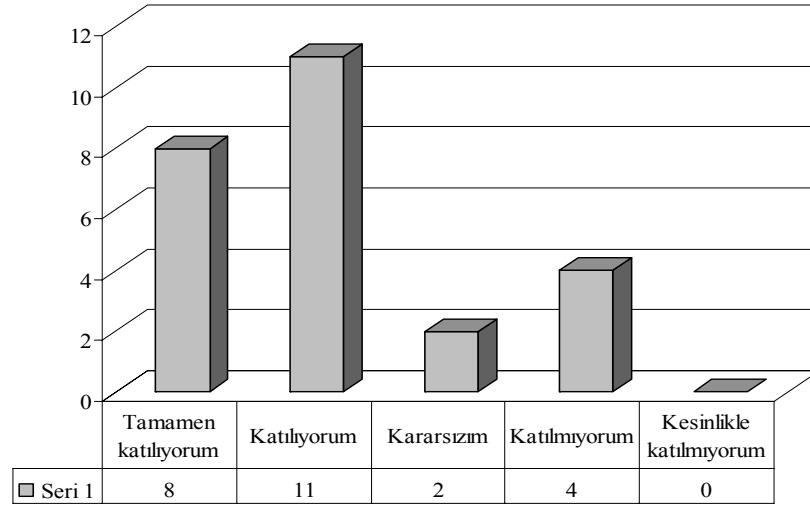
**Şekil 46:** 'SGB' lerde uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır' önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.6. İnsan Kaynakları Planlama Sürecinde Başarı Kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün Stratejik Niyetine Mi Bağlıdır?

**Tablo 48:** ‘İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 16	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	8	32.0
Katılıyorum	11	44.0
Kararsızım	2	8.0
Katılmıyorum	4	16.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

16. soruda belirtilen ‘İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır’ önermesine Sağlık Grup Başkanlarının % 76’ sı katılmıştır. Bu orana göre, İKP’ de gelenekselliğin devam ettiği söylenebilir.



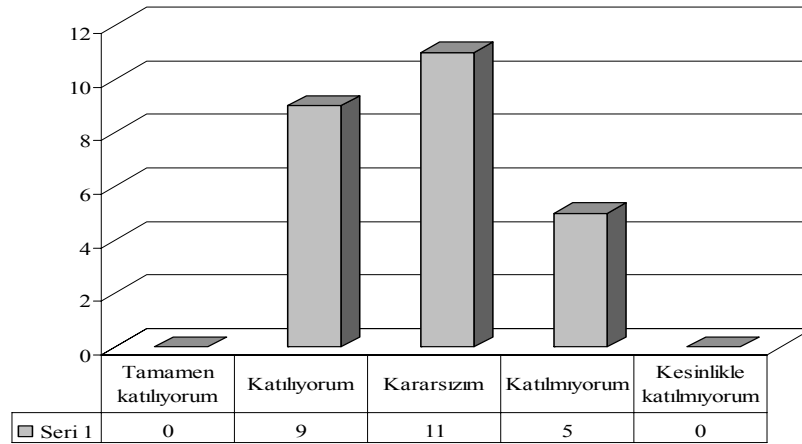
**Şekil 47:** ‘İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle İl Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.7. SB' nin İnsangücü Planlaması ve Personel Politikasıyla İlgili Çalışmaları Yeterli Midir?

**Tablo 49:** 'Sağlık Bakanlığı' nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir' önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 17	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	0	0
Katılıyorum	9	36.0
Kararsızım	11	44.0
Katılmıyorum	5	20.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

17. soru ile Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği personel politikalarının etkinliği öğrenilmeye çalışılmıştır. 'Sağlık Bakanlığı' nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir' önermesinde Sağlık Grup Başkanlarının % 44' ü kararsız kalmış, % 36' sının yapılan çalışmaları yeterli bulduğu tespit edilmiştir. Selçuk, Balçova, Urla, Kemalpaşa, Menderes, Çeşme, Karaburun, Dikili, Torbalı, Ödemiş ve Foça grup başkanları kararsız kalmıştır.



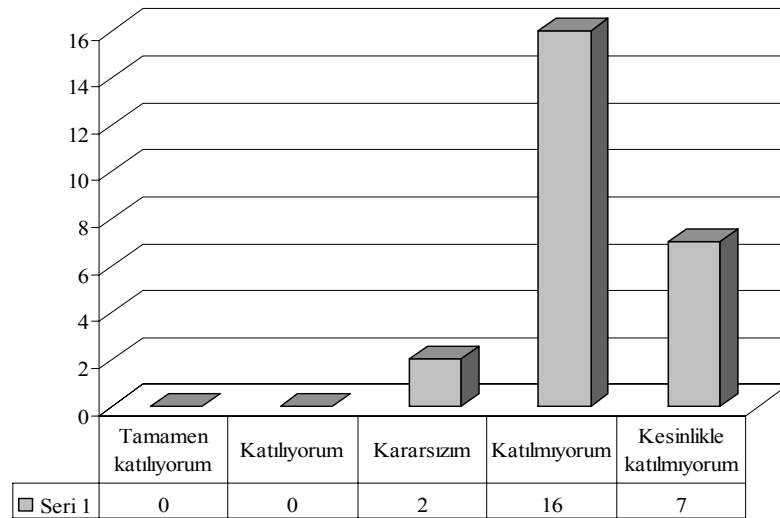
**Şekil 48:** 'Sağlık Bakanlığı' nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir' önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.8. Sağlık Personeli Planlamasında Kaymakamlığın Rolü Grup Başkanlığından Daha Önemli Midir?

**Tablo 50:** ‘Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 18	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	0	0
Katılıyorum	0	0
Kararsızım	2	8.0
Katılmıyorum	16	64.0
Kesinlikle katılmıyorum	7	28.0

‘Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir’ önermesine Sağlık Grup Başkanlarının % 92’ si katılmamıştır. Sağlık Grup Başkanları sağlık personel planlamasında Kaymakamlığın rolü olmadığını düşünmektedirler. 657 sayılı yasaya göre kaymakamlar ilçelerindeki sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalarına rağmen, planlamada aktif rol almamaktadırlar.



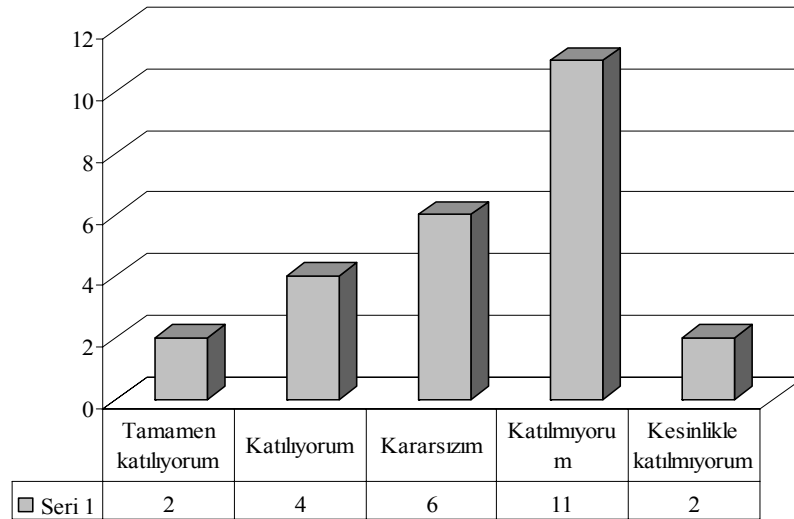
**Şekil 49:** ‘Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.9. Kamu Personeli Seçme Sınavı En Uygun Sağlık Personelinin Sağlanması İçin İyi Bir Yöntem midir?

**Tablo 51:** ‘Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 19	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	2	8.0
Katılıyorum	4	16.0
Kararsızım	6	24.0
Katılmıyorum	11	44.0
Kesinlikle katılmıyorum	2	5.0

Kamu Sektöründe en uygun personelin sınavla sağlanmasının iyi bir yöntem olup olmadığı öğrenilmek istenmiş ve Sağlık Grup Başkanlarının % 49’ unun ‘Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir’ önermesine katılmadıkları tespit edilmiştir. 6 Grup başkanı bu konuda kararsız kalmıştır. Sağlık Grup Başkanları arasında görüş farklılıkları olduğu bulunmuştur.



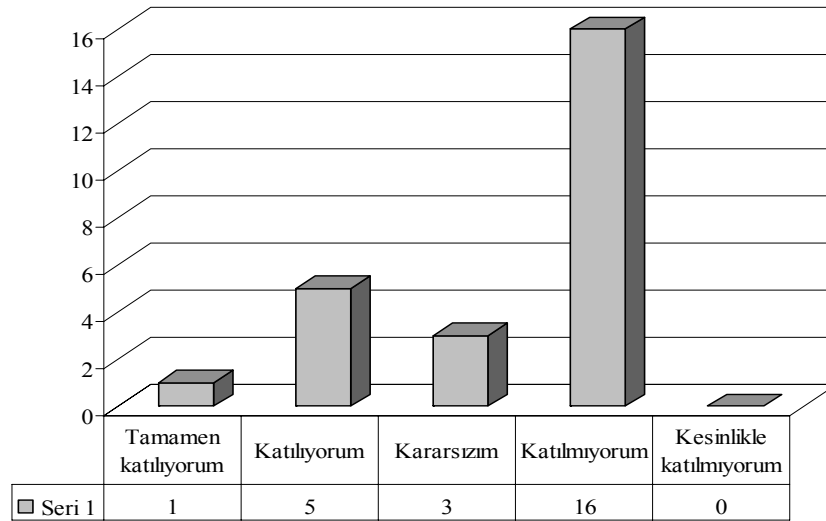
**Şekil 50:** ‘Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.10. Tüm Sağlık Personeli İçin Mevcut Görev Tanımları Yeterli Midir?

**Tablo 52:** ‘Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 20	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	1	4.0
Katılıyorum	5	20.0
Kararsızım	3	12.0
Katılmıyorum	16	64.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

Sağlık Grup Başkanları ‘Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir’ önermesine % 64 oranında katılmamış ve görev tanımlarını yetersiz bulmuştur. Görev tanımlarının yetersizliği İKY uygulama ve etkinliğini olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, ortaya çıkan yeni işlerin kim tarafından yerine getirileceği karmaşasına da sebep olabilir.



**Şekil 51:** ‘Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

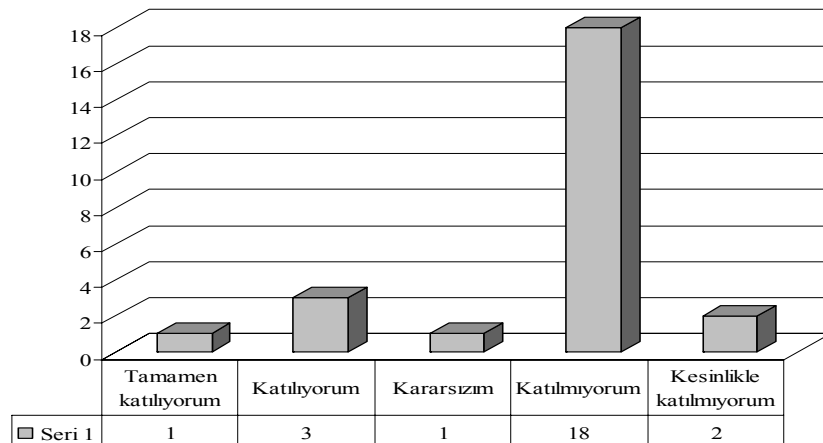


### 6.3.11. Sağlık Personelinin Eğitimleriyle Yaptıkları İş Arasında Uyum Var Mıdır?

**Tablo 53:** ‘Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 21	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	1	4.0
Katılıyorum	3	12.0
Kararsızım	1	4.0
Katılmıyorum	18	72.0
Kesinlikle katılmıyorum	2	8.0

21. soruda personel yetersizliğinden dolayı sağlık personelinin diğer görevlerde çalıştırılıp çalıştırılmadığı sorgulanmak istenmiştir. ‘Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır’ önermesine Sağlık Grup Başkanları % 72 oranında katılmamışlardır. Branşlaşma ve uzmanlaşması umulan meslek grupları yeterli branş personeli olmadığından 41 no’ lu tablodan da görüldüğü gibi farklı ek işler yüklenmek zorunda kalmışlardır. Bu soru kontrol sorusu olarak özellikle YSP nin eğitim aldıkları alandan farklı alanlarda çalıştırılabildiklerinin göstergesidir.



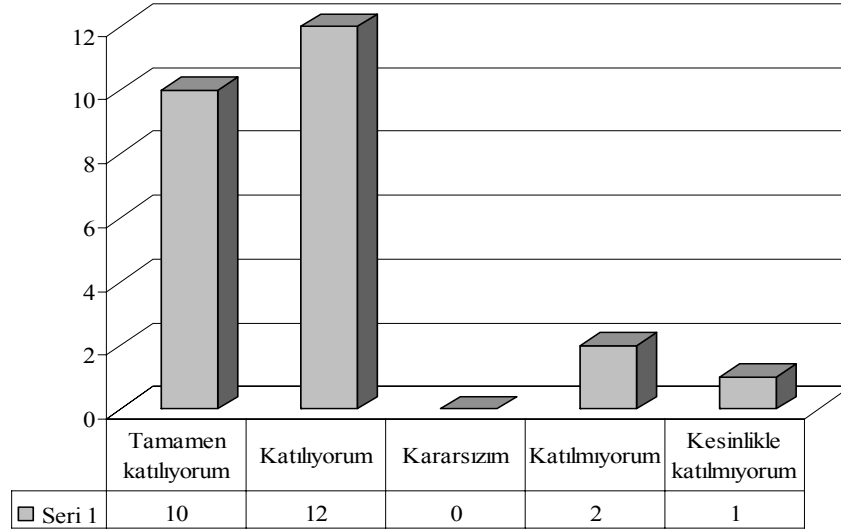
**Şekil 52:** ‘Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.12. SGB' ler Yetersiz Olan Sağlık Personelini Dışarıdan Sağlayabilmeli Midir?

**Tablo 54:** 'SGB' ler yetersiz olan sağlık personelini dışarıdan sağlayabilmelidir' önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 22	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	10	40.0
Katılıyorum	12	48.0
Kararsızım	0	0
Katılmıyorum	2	8.0
Kesinlikle katılmıyorum	1	4.0

Sağlık Grup Başkanları sağlık personelinin yetersizliği konusunda hemfikirdirler. Bir çözüm önerisi olarak sunulan 'SGB' ler yetersiz olan sağlık personelini dışarıdan sağlayabilmelidir' önermesine de % 88 oranında katılmaktadırlar. Sağlık Grup Başkanlarının bu yönde bir isteği olmasına rağmen yasalar buna izin vermemektedir.



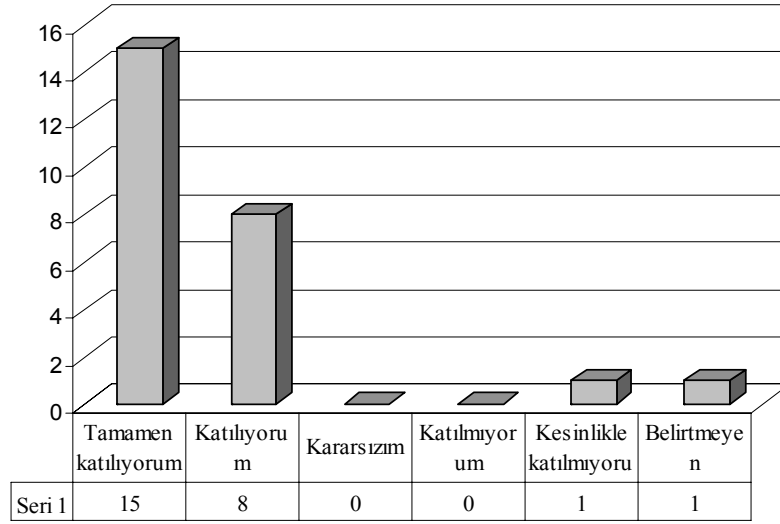
**Şekil 53:** 'SGB' ler yetersiz olan sağlık personelini dışarıdan sağlayabilmelidir' önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.13. Personel Planlaması Demografik, Epidemiyolojik ve Hizmet Kullanımı Verilerine Göre mi Yapılmalıdır?

**Tablo 55:** ‘Personel Planlaması demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 23	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	15	60.0
Katılıyorum	8	32.0
Kararsızım	0	0
Katılmıyorum	0	0
Kesinlikle katılmıyorum	1	4.0
Belirtmeyen	1	4.0

‘Personel Planlaması demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır’ önermesine Grup Başkanları % 92 oranında katılmışlardır. Kınık grup başkanı kesinlikle katılmamıştır.



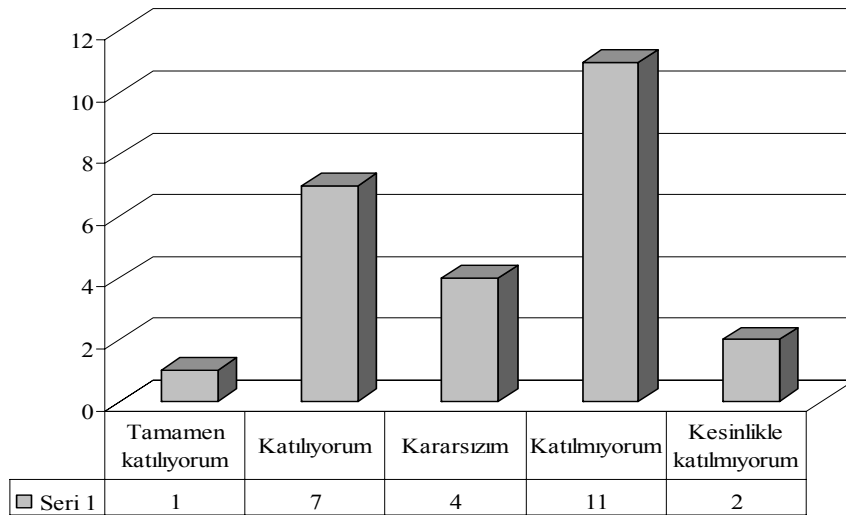
**Şekil 54:** ‘Personel Planlaması demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.14. Nüfusa Bağlı Olarak Personel Planlaması Yapılması Yeterli midir?

**Tablo 56:** ‘Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 24	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	1	4.0
Katılıyorum	7	28.0
Kararsızım	4	16.0
Katılmıyorum	11	44.0
Kesinlikle katılmıyorum	2	8.0

Ülkemizde nüfus başına personel oranları kullanılarak sağlık insan gücü planlaması yapılmaktadır. Bu yöntemin yeterli olup olmadığı araştırılmaya çalışılmış ve Grup Başkanlarının % 52’ si ‘Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine katılmamışlardır. % 16’ sı kararsız kalmıştır. Bu yöntem toplam personel ihtiyacını ve eğitim kurumlarında yetiştirilmesi gereken personel sayısını saptamak açısından yararlı olmuş; ancak tek tek sağlık kurumlarının kadro ihtiyacını belirlemek açısından yetersiz kalmıştır.



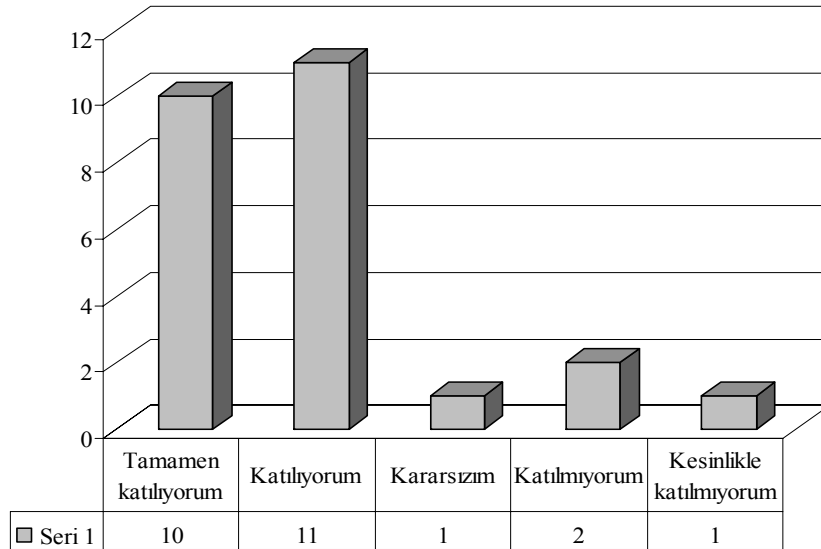
**Şekil 55:** ‘Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.15. Geçici Görevlendirmeler Personel Verimliliğini Olumsuz Etkilemekte midir?

**Tablo 57:** ‘Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 25	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	10	40.0
Katılıyorum	11	44.0
Kararsızım	1	4.0
Katılmıyorum	2	8.0
Kesinlikle katılmıyorum	1	4.0

‘Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum’ önermesine Grup Başkanları % 84 oranında katılmışlardır. Sağlık sektöründe personel verimliliği tartışılmaz bir önem taşımaktadır. Geçici görevlendirme ile verimin düşmesi, yetersiz personel oranları ile birleşince sağlık hizmetinin sunumunun olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır.



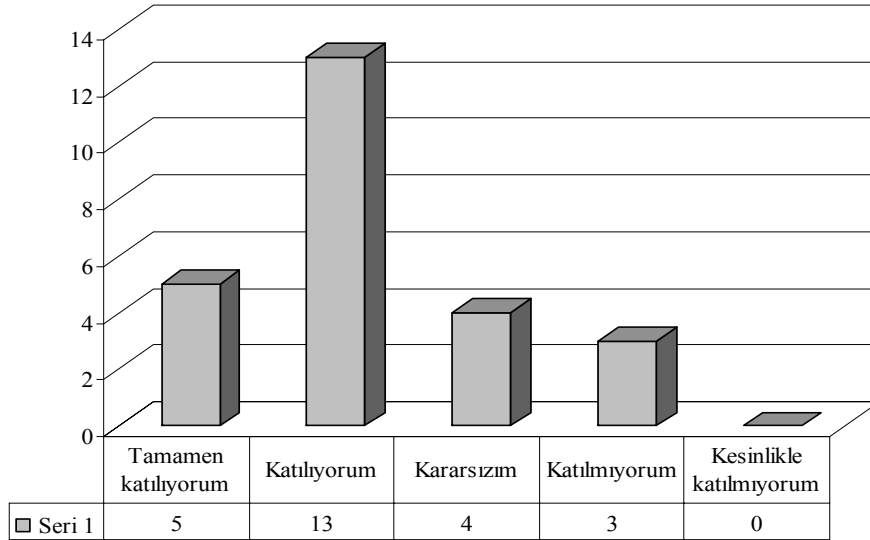
**Şekil 56:** ‘Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.16. Personel Atama ve Nakillerinin Performanslarına Göre Yapılması Doğru mudur?

**Tablo 58:** ‘Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 26	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	5	20.0
Katılıyorum	13	52.0
Kararsızım	4	16.0
Katılmıyorum	3	12.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

‘Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur’ önermesine Sağlık Grup Başkanları % 72 oranında katılmışlardır. Hizmet puanı uygulamasının en azında torpil ve kayırma gibi etik olmayan atamaların önüne geçebileceği fikri, kanımızca grup başkanlarının bu uygulamaya destek vermesine neden olmuştur.



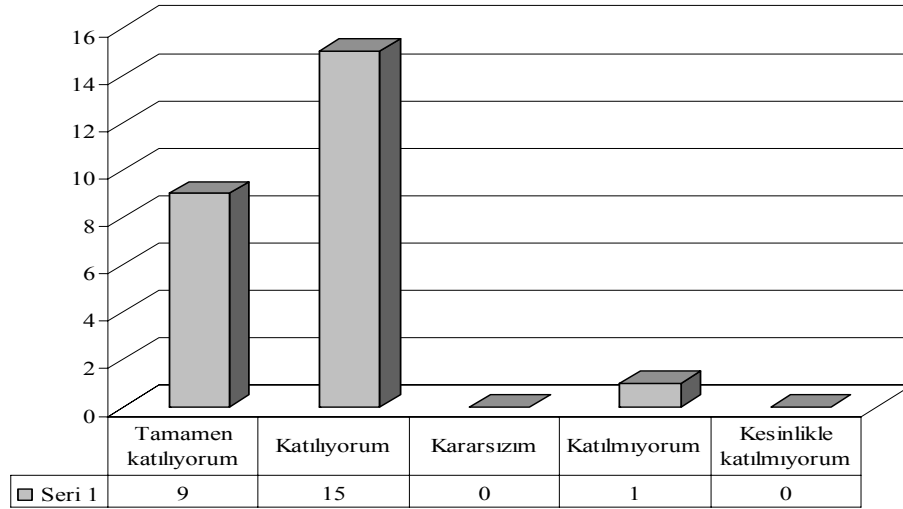
**Şekil 57:** ‘Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.17. Sağlık Grup Başkanları Sağlık Personeli Yönetimi İle İlgili Eğitim Almalı mıdır?

**Tablo 59:** ‘Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli yönetimi ile ilgili eğitim alması gereklidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

Soru 27	Gözlenen frekans	Yüzde
Tamamen katılıyorum	9	36.0
Katılıyorum	15	60.0
Kararsızım	0	0
Katılmıyorum	1	4.0
Kesinlikle katılmıyorum	0	0

Sağlık Grup Başkanları sağlık personel yönetimi ile ilgili eğitim gereksinimi konusunda hemfikirdirler.



**Şekil 58:** ‘Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli yönetimi ile ilgili eğitim alması gereklidir’ önermesine verilen cevapların dağılımı

### 6.3.18. Personel Planlama Ve Dağılım Görüşlerini Test Eden Mann-Whitney İstatistiği

**Tablo 60:** Sağlık Grup Başkanlarının yerleşimlerine göre personel planlama ve dağılım görüşlerini test eden Mann-Whitney istatistiği sonucu

Yerleşim	n	Sıra ortalaması	p	Önem denetimi
Merkez	6	2,6863	,924	Fark anlamsız
Perifer	19	2,6509		
Toplam	25	2,6594		

Tablo 60’ da Merkez ve periferde bulunan Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli planlaması hakkındaki düşünceleri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Merkez için ortalama 2,6863 çıkarken, perifer için 2,6509 çıkmıştır. Ortalamalar birbirine yakındır. Bu durumda ‘sağlık personelinin planlaması hakkındaki görüşler birbirine yakındır’ denilebilir. P değeri incelendiğinde de aynı sonuca ulaşılmıştır. P= ,924’ tür yani  $p>0,05$ ’ tir. Bu sonuç da merkez ve periferde bulunan Sağlık Grup Başkanlarının düşüncelerinin birbirinden önemli ölçüde farklılaşmadığını göstermektedir.



## SONUÇLAR

- Sağlık Grup Başkanlıklarının, ilçe bazında kuruldukları için, nüfuslarının birbirinden önemli ölçüde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Başkanlıkların nüfus ortalaması 120303' dür. En düşük nüfus 7300, en yüksek nüfus 869394' tür.
- Sağlık Grup Başkanlıklarının bağlı buldukları ilçelerin özellikleri birbirinden önemli ölçüde farklılaşmaktadır.
- Hekim sayılarının ve hekim başına düşen kişi sayılarının ilçeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 2' yi destekler niteliktedir. Hekim sayısı en düşük 5, en yüksek 222 iken hekim başına düşen kişi sayısı en düşük 730, en yüksek 4300' dür.
- Hekimlerin genellikle turistik ve karma ilçelerde toplandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 4' ü desteklemektedir.
- Hekim başına düşen kişi sayısı ile ilgili İzmir ili, Ege bölgesi ve Türkiye ortalamaları arasındaki karşılaştırmada; İzmir ili bulgularının olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup başkanlarının % 57.7 oranında hekim sayılarının yeterli olduğu ile ilgili görüşleri hipotez 1' i reddetmektedir.
- Hemşire sayılarının ilçeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği ve hemşire başına düşen kişi sayıları dengeli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 2' yi destekler niteliktedir. Hemşire sayısı en düşük 3, en yüksek 123 iken hemşire başına düşen kişi sayısı en düşük 912, en yüksek 9533' dür.

- Hemşire başına düşen kişi sayısı ile ilgili İzmir ili, Ege bölgesi ve Türkiye ortalamaları arasındaki karşılaştırmada; İzmir ili bulgularının olumlu olduğu gözlenmiştir.
- Grup başkanlarının % 69.2' si hemşire sayısını yetersiz bulmuştur. Bu durum hipotez 1' i destekler niteliktedir.
- Ebe sayılarının ilçeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği ve ebe başına düşen kişi sayıları dengeli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 2' yi destekler niteliktedir. Ebe sayısı en düşük 6, en yüksek 213 iken ebe başına düşen kişi sayısı en düşük 850, en yüksek 4082' dir
- Ebe dağılımında turistik ve karma ilçelerde bir toplanma gözlenmiştir. Bu durum hipotez 4' ü desteklemektedir.
- Ebe başına düşen kişi sayısı ile ilgili İzmir ili, Ege bölgesi ve Türkiye ortalamaları arasındaki karşılaştırmada; İzmir ili bulgularının olumlu olduğu gözlenmiştir.
- Grup başkanlarının % 69.2' si ebe sayısını yetersiz bulmuştur. Bu durum hipotez 1' i destekler niteliktedir.
- SM sayılarının ilçeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği ve SM başına düşen kişi sayılarının dengeli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 2' yi destekler niteliktedir. SM sayısı en düşük 1, en yüksek 33 iken SM başına düşen kişi sayısı en düşük 2667, en yüksek 38762' dir.
- SM başına düşen kişi sayısı ile ilgili İzmir ili, Ege bölgesi ve Türkiye ortalamaları arasındaki karşılaştırmada; İzmir ili bulgularının olumsuz olduğu gözlenmiştir.

- Sağlık personelinin ilçelere göre Ege Bölgesi ve Türkiye karşılaştırmalarında Konak ilçesinin ortalamanın üzerinde nüfusa hizmet verdiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Çağdaş sağlık hizmeti sunumunda YSP' nin hekim sayısına oranının 1 olması gerekmektedir. İzmir ili için hemşire/hekim oranı 0,6, ebe/hekim oranı 1,00, SM/hekim oranı ise 0,2' dir. Ebe/ hekim oranı dışındakilerin yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- İzmir ili' ndeki SGB' lerde toplam 50 laboratuvar teknisyeni bulunmaktadır. 6 ilçede ise laboratuvar teknisyeni yoktur. Bu durum hipotez 1' i destekler niteliktedir. Grup başkanlarının % 84,6' sına göre laboratuvar teknisyen sayısının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle laboratuvar teknisyenin olmadığı ilçelerde diğer personele farklı görevler yükleyerek, görev yükleri artırılarak, geçici görevlendirme ile bu sorun çözümlenmeye çalışıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum 7. hipotezi destekler niteliktedir.
- İzmir ili' ndeki SGB' lerde toplam 10 röntgen teknisyeni bulunmaktadır. 20 ilçede ise röntgen teknisyeni yoktur. Bu durum hipotez 1' i destekler niteliktedir. Grup başkanlarının % 61,5' ine göre röntgen teknisyen sayısının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- İzmir ili' ndeki SGB' lerde toplam 97 ÇST bulunmaktadır. ÇST sayısı en düşük 1, en yüksek 24' tür. Grup başkanlarına göre ÇST sayısı % 61, 5 oranında yeterlidir. 5179 sayılı kanun ile ÇST' lerin Tarım Müdürlüklerine devredilmiş olması yeterli görülme sebebi olabilir.
- Yeşil kart sekreteri sayısı 19' dur. 15 ilçede yeşil kart sekreteri mevcut değildir. Yeşil kart sekreterinin olmadığı ilçelerde diğer personele farklı görevler yükleyerek, görev yükleri artırılarak, geçici görevlendirme ile bu sorun çözümlenmeye çalışılmaktadır. Bu sonuç hipotez 1 ve 7' yi desteklemektedir.

- Grup başkanlarının % 80,8' i yeşil kart sekreteri sayısının yetersiz olduğu görüşündedir.
- Satın alma memuru sayısının 22(% 84,6) grup başkanınca yetersiz görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Tahakkuk memuru sayısının 23(% 88,5) grup başkanınca yetersiz görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Sayman memuru sayısının 18( % 69,2) grup başkanınca yetersiz görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Ambar memuru sayısının 20(% 76,9) grup başkanınca yetersiz görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Personel açığının en önemli nedeninin il merkezine uzaklık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunu ilçe kalkınmışlık düzeyi ve döner sermaye yetersizliği ve düzensizliği sonuçlarının izlediği tespit edilmiştir. % 59,1' lik diğer nedenlerin başında ise planlama hatası ve ekonomik sıkıntılar gelmektedir.
- 18 Grup Başkanlığı' nda personel ihtiyacında dönemsel değişiklik yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. 6 Metropol, 5 Tarımsal, 5 Turistik, 4 Karma ilçede değişiklik yaşandığı tespit edilmiştir.
- Özellikle yaz aylarında sağlık personeli ihtiyacında değişiklik yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup başkanlarının personel açıklarını sırasıyla; farklı görevler yükleyerek, personelin görev yüklerini artırarak, geçici görevlendirme ile karşıladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum ise 7. hipotezi destekler niteliktedir.

- Bölge ve ülke düzeyinde sağlık personel planlaması yapılırken kalitatif yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bunun için her tür personelin görev tanımı ve iş yükü analizi yapılmalıdır. Sağlık Grup Başkanlıkları' nda işyükü analizi % 54.2 oranında yapılırken, sağlık personelinin görev tanımları % 64 oranında yetersiz bulunmuştur.
- Personel planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması grup başkanlarınca doğru bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- İl sağlık müdürlüğünün il içi personel planlamasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup başkanlarının kendi bölgelerindeki personel dağılımında etkili olup olmadıkları konusunda yüksek bir kararsızlık gösterdiği tespit edilmiştir.
- Personel planlamasıyla ilgili olarak; İl sağlık müdürlüğü ile Grup Başkanlıkları arasında koordinasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup Başkanlıkları' nda uzun vadeli plan yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Personel planlaması başarısının İl Sağlık Müdürlüğü' nün stratejik niyetiyle doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir.
- Sağlık Bakanlığının personel planlama ve politikalarının yetersizliği konusunda grup başkanlarının kararsız kaldığı görülmüştür.
- İlçe düzeyinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve eşgüdümünden Kaymakamlığın sorumlu olmasına rağmen personel planlamasında kaymakamın rolünün grup başkanından daha önemli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Grup başkanları tarafından kamu personeli seçme sınavının uygun personel sağlanması için iyi bir yöntem olarak görülmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum 6. hipotezi reddeder niteliktedir.
- Sağlık personelinin aldıkları eğitimle yaptıkları iş arasında uyum olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Sağlık grup başkanlarının sağlık personelinin yetersiz olduğunu düşündüğü ve dışardan sağlık personeli sağlayabilme inisiyatiflerinin olmasını istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Sağlık grup başkanlarının, personel planlamasının demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılması gerektiğini düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 5' i destekler niteliktedir.
- Grup başkanlarının % 52' si nüfusa bağlı personel planlaması yapılmasını yetersiz bulmaktadır. Bu durum hipotez 5' i desteklemektedir.
- Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup başkanlarının personel atama ve nakillerinin performans esasına göre yapılmasını destekledikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Grup başkanlarının personel yönetimi ile ilgili eğitim almak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hipotez 8' i destekler niteliktedir.
- Merkez ve periferde bulunan grup başkanlarının sağlık personeli planlaması hakkındaki düşünceleri arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

## ÖNERİLER

- Sağlık grup başkanları kendi bölgelerini tanıyıp, gereksinimlerini tespit edebilecekleri ve bu doğrultuda daha etkili personel planlaması yapabilecekleri bir süre görevde kalmalıdır,
- Sağlık Grup Başkanlıkları eşit nüfusu kapsayarak oluşturulmalıdır,
- Sağlık Grup Başkanlıkları' nın bulunduğu ilçelerin farklı özellikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Grup Başkanlıkları' nın bölgeleri nüfusa dayalı olarak oluşturulurken farklılık gösteren bu özellikleri de gözönünde bulundurulmalıdır,
- Sağlık personeli atamalarında sağlık personeli/nüfus oranlarının dikkate alınması uygun olacaktır,
- Sağlık Grup Başkanlıkları' nda gelecekteki insangücü gereksinimlerini karşılamak için işgücü talebi ve arzını öngören tekniklerden yararlanabilir,
- Bölgeler ve iller açısından sağlık personelinin planlanması ve dengeli dağılımının sağlanması için Sağlık Bakanlığı tarafından işgücü talebini ve arzını öngören nitel ve nicel teknikler kullanılarak elde edilen arz ve talep öngörülere karşılaştırılarak politikalar geliştirilmelidir,
- Yardımcı sağlık personelinin belli bölgelerdeki fazlalık veya eksikliğinin giderilmesi için Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri koordineli çalışarak politikalar geliştirmelidir. Bu durum ile ilgili olarak Sağlık Grup Başkanlarının rolü artırılmalı ve önerileri doğrultusunda atama yapılmalıdır,
- Sağlık Grup Başkanlıkları' nda yeterli hekim bulunmasının yanında yeterli yardımcı sağlık personelinin bulunması da önemlidir. Bu nedenle YSP/

hekim sayısı oranları gözönünde bulundurularak atama yapılması uygun olacaktır,

- Yardımcı sağlık personeline farklı görevler yüklemek yerine personel eksikliği giderilerek iş' te uzmanlaşma sağlanmalıdır,
- İl merkezinden uzak ilçelerde personel yetersizliğini azaltmak için ulaşım kolaylığı ve lojman temini gibi destekler sağlanmalıdır,
- Belli dönemlerde artan personel ihtiyacı mevsimsel olarak sağlık personeli sağlayarak çözülebilir,
- Her Grup Başkanlığı' nda her görev için işyükü analizi yapılmalıdır,
- Grup Başkanlarının sağlık personeli planlaması ile ilgili olarak işgücü envanteri, işgören devir oranı ve işgören devamsızlık oranlarını kullanarak yapacakları bilimsel çalışma ve öneriler doğrultusunda atama yapılması uygun olacaktır,
- Grup başkanlarının kendi bölgelerindeki personel dağılımında etkili olup olmadıkları ile ilgili gösterdiği yüksek kararsızlığın azaltılması için, personel atamalarında daha aktif rol almaları sağlanmalıdır,
- Planlama sürecinde başarı, üst yönetimin stratejik niyeti ile orta kademe yönetiminin önceliklerinin bir karimasından elde edilir. Bu nedenle personel planlaması ile ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Grup Başkanlıkları arasındaki koordinasyon artırılmalıdır,
- Sağlık personelinin mevcut görev tanımlarını yeterli hale getirmek için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır,



- Sağlık personelinin yaptığı iş ile uyumunun sağlanması için hizmet içi eğitim planlanmalıdır,
- Grup başkanlarına personel yönetimi ile ilgili hizmet içi eğitim planlanmalıdır,
- Sağlık grup başkanlarına, yasal düzenleme yapılarak, ihtiyaçları doğrutusunda sağlık personeli sağlayabilme inisiyatifi verilmelidir,
- Geçici görevlendirme yönteminin, personel verimliliğini olumsuz yönde etkilediği düşünöldüğünde bunun yerine dışarıdan personel temini veya fazla mesai gibi yöntemler tercih edilmeli, bunu sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

### KİTAPLAR

ACAR, Ahmet C. (1995). *Ücret Yönetimi*, TÜSSİDE, Gebze

AKGÜNER, Tayfun. (1998). *Kamu Personel Yönetimi*, Der Yayınları: İstanbul.

ALDEMİR, Ceyhan. ATAOL, Alpay. BUDAK, Gönül. (2001). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Barış Yayınları fakülteler Kitabevi. İzmir.

ALPUGAN Oktay, DEMİR M. Hulusi, OKTAR Mete, ÜNER Nurel, (1987). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, Beta Basım Yayın Dağıtım: İstanbul.

ANTHONY, William P. PERREWE Pamela L. K KACMAR. (1996). *Michele Strategic Human Resource Managemen.*, Second Edition, The Dryden Pres: Orlando, Florida.

ARNOLD Stephen, WEIMERSKIRCH George. (1994). *Total Quality Management*, John Wiley&sons.

AYKAÇ, Burhan. (1999). *İnsan Kaynakları Yönetimi ve İnsan Kaynaklarının Stratejik Planlaması*. Ankara.

BARBUCEANU M. FOX M, (1997). *Integrating Communicative Action, Conversations and Decision Theory to Coordinate Agents*. Proceedings of the First International Conference on Autonomous Agents, Marina del Rey, CA (ACM Press).

BEARDWELL Ian, HOLDEN Len, (1994). *Human Resource Management: A Contemporary Perspective*, Pitman Publishing, U.K.

- BİNGÖL, Dursun. (1998). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Beta Yayınları: İstanbul.
- BLACKERBY, Phillip. (2001). *Strategic Planning: Start Here, How To Write A Plan to Plan*.
- CAN, Halil. AKGÜN, Ahmet. KAVUNCUBAŞI, Şahin. (2001). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi: Ankara.
- CANMAN, A. Doğan. (1995). *Çağdaş Personel Yönetimi*. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 260: Ankara.
- COSTELLO, Brian G. LİMBRİCK, Vaughan. (2002). *The Role of the Human Resource Manager as an Od Practitioner*. Towle, Ray & Warner, Susan
- DAFT, Richard L. (1995). *Management*. 3th edition. Dreyden Press, USA.
- DEMİR Cengiz, GÜZEL Berrin. (2003). *Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve Uygulamalar*.
- DOĞAN, Muammer. (2002). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*. Anadolu Matbaacılık: İzmir.
- FINDIKÇI, İlhami. (1999). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Birinci Basım. Alfa Yayınları: İstanbul.
- HAYRAN, Osman& SUR, Haydar. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul.
- HOGAN, C.P.(1979). *Health Sector Growth and Changes in the Blend of Health Groups in Seven Countries Over Two Decedas*, World Health Statistics Quaterly 32(2)

HOGARTH, J. (1975). Glossary of Health Care Terminology. World Health Organization: Copenhagen

HORNBY, P. (1992) *New Approaches to the Planning of Human Resources for Health*. Presentation to WHO Consultation Bangkok, Network Consultants Banbury, England.

JIANG, William Y.- SUSSKIND. (1997). Alex M. *Human Resources Management: Challenges for the Hospitality and Tourism Industries*, Global Direction. Cassell

KAYNAK, Tuğray. ADAL, Zeki. ATAAY, İsmail. UYARGİL, Cavide. SADULLAH, Ömer. ACAR. AHMET Cevat. ÖZÇELİK, Oya. DÜNDAR, Gönen. ULUHAN, Reha. (1998). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, Yayın No: 276, İstanbul,

KAVUNCUBAŞI, Şahin. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi: Ankara.

KOÇEL, Tamer. (2003). *İşletme Yöneticiliği*. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş: İstanbul.

LONG, Kosch. *Strategic Planning*. (2000). Global Sturcture.

MALONEY, Boulay. (2002). *Strategic Planning* Greef Bred Home edition, Çev.Ahmet KAVASI

MATHİS, Robert L. JACKSON John H. (2000). *Human Resource Management*, 9th Ed. South-Western College Publishing: USA.

MUCUK, İsmet. (2003). *Temel İşletme Bilgileri*. Türkmen Kitabevi: İstanbul.

ÖZTEK, Zafer. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Palme Yayıncılık: Ankara.

RAYMOND A.Noë, HOLLENBECK, John R. GERHART Berry, WRIGHT Patrick M. (2004). *Readings in Human Resource Management*, Richard D.Irwin Inc. New York.

SABUNCUOĞLU, Zeyyat, (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ezgi Kitapevi Yayınları: Bursa.

SAVAŞ, S. KARAHAN, Ö. SAKA, Ö. (2002). *Health Care Systems in Transition, Edited by; Sarah Thomson, Elias Mossialos. HIT-TURKEY*

TAŞTAN, Seçil (2001). *İnsan Kaynakları Yönetiminin Değişen Yüzü; Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara

THOMPSON, Arthur A. STRICKLAND, A. J. (2001). *Strategic Management: Concepts and Cases*. 12th edition.. McGraw-Hill / Irwin Inc. Boston.

TURAN, Nurcan. (2004). Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma gereği ve Olanakları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No. 1555. Eskişehir.

ULRICH, D. (1997). *Human resource champions*. USA: Harvard Business School Press.

ÜLSEVER, C. (2003). *XXI. Yüzyılda İnsan Yönetimi*. Om Yayınevi: İstanbul.

WALKER ,James. (1992). *Human Resource Strategy*, McGraw-Hill, International Edition: Singapore.

WERTHER, William B. DAVIS, Keith. (1996). *Human Resources and Personnel Management*. Irwin McGraw-Hill: Fifth Edition.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1990). *The Role of Research and Information Systems in Decisionmaking for the Development of Human Resources for Health. Report of a WHO Study Group. Geneva.*

## **TEZLER**

KÖKSAL Selçuk. (1991). *Türkiye' de Sağlık İnsangücü Dağılımı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Küskü Fatma. (2001). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Deniz Kuvvetleri Komutanlığı, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

ÖZSARI, S. Haluk. (1994). *Türkiye' de Sağlık İnsangücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığında Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

## **MAKALELER**

ALWAN, Ala. HORNBY, Peter. (2002). The Implications of Health Sector Reform for Human Resources Development. Bulltein of the World Health Organization, 80(1).

AYDIN, Alim. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetiminin Değişen Yüzü: Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Modu*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi, Cilt 3, Sayı 13 Ocak.

EAGER D.L, LAZOWSKA E.D. ZAHORJAN J. (1986). *Adaptive Load Sharing in Homogeneous Distributed Systems*, IEEE Trans. on Software Eng, Vol. SE-12, No.5, pp. 662–675.

DPT, *Beş Yıllık Kalkınma Planları, Hedefleri ve Stratejisi*. (1982). ( I. II. III. IV ve IV. planlar için hazırlanmıştır) Ankara: DPT Yayınları,

GJERDRUM J. SHAH N. PAPAGEORGIU L.G. (2001). *A Combined Optimization and Agent-Based Approach to Supply Chain Modeling and Performance Assessment*, Production Planning & Control, Vol.12, No.1, pp. 81–88.

KEMSKE, F. (1998). *Human Resource 2008*. Workforce,77(1)

KHOO L. P. LEE S. G. YIN X. F. (2001). *Agent-Based Multiple Shop Floor Manufacturing Scheduling*, International Journal of Production Research, Vol.39, No.14, pp. 3023–3040.

KILIÇ, Bülent. (2004). *Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri için Sağlık İnsangücü Planlaması*, X. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. İstanbul Tabip Odası

KROTHAPALLI N.K.C. DESHMUKH A.V. (1999). *Design of Negotiation Protocols for Multi-Agent Manufacturing Systems*, International Journal of Production Research, Vol.37, No.7, pp. 1601–1624.

MAİONE B. NASO D. (2001). *Evolutionary Adaptation of Dispatching Agents in Heterarchical Manufacturing Systems*, International Journal of Production Research, Vol. 39, No: 7.

MATURANA F. SHEN W. NORRIE D.H. (1999). *MetaMorph: An Adaptive Agent-Based Architecture for Intelligent Manufacturing*, International Journal of Production Research, Vol. 37, No. 10, pp. 2159–2173.

OKUBO H. JIAHUA W. ONARI H. (2000). *Characteristics of Distributed Autonomous Production Control*. International Journal of Production Research, Vol.38, No.17.

ÖRS Mukaddes, ÖNDER Ömer, ESATOĞLU Ezel. (2000). Sağlık Göstergeleri Yönünden Avrupa Birliğine Üye Ülkeler İle Türkiye Karşılaştırması. III. Ulusal ve Sağlık Hastane Yönetimi Sempozyumu(Uluslar arası Katılımlı). Ankara

SADULLAH, Ömer. (1998). *İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Bir Yönetim Yaklaşımı Olarak Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Organizasyonlarına Uygulanabilirliği*. İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, C: 27, S: 2, s: 35-48

SIDDIQUI, Junaid. KLEINER, Brian H. (1998). *Human Resource Management in the Health Care Industry*. Health Manpower Management, Volume 24, Number 4.

TEKİNGÜNDÜZ, Sabahattin & ÖNDER, Ömer. (2001). *Gelişmiş Ülkelerle Türkiye' nin Kimi Sağlık Göstergeleri Yönünden Karşılaştırılması*. IV. Ulusal ve Sağlık Hastane Yönetimi Sempozyumu. İstanbul.

WOOLDRIDGE Bill, W FLOYD Steven. (1990). *The Strategy Process, Middle Management Involvement and Organizational Performance*, Strategic Management Journal, vol.11.

YILDIRIM, Savaş. (Temmuz-Ağustos 1995). Sağlık İnsangücü Planlaması. Toplum ve Hekim Dergisi, C: 10, S:68

## **İNTERNET**

CAN, Necla. *Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu*, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.htm>, Erişim: 25.01.2005



Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. *Tanımlar*,  
<http://lokman.cu.edu.tr/family/tanimlar.html/16:35>, Erişim: 19.12.2004

Devlet İstatistik Enstitüsü, Genel Bütçeli Kuruluşlarda Kamu Personeli İstihdamı  
*Sağlık Alanında İnsangücü*.  
<http://www.die.gov.tr/PROJECTS/LMIS/PAPER2/kamu.html#p5>, Erişim:13.01.  
2005,

HAYRAN, Osman. (2004). *Sağlık ve Hastalık Kavramları*,  
<http://www.merih.net/m1/wosmhay11.htm> İnt., Erişim: 03.12.2004,

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN  
HÜKMÜNDE KARARNAME. (1981).  
<http://proje.basbakanlik.gov.tr/mevzuatKod=4.5.181>, Erişim: 13.01.2005,

SAĞLIK BAKANLIĞI, APK. Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve VIII.  
Plan Hedefleri.  
<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/apk/2003istatistik/2sayfa.htm>, Erişim:03.  
12.2004

SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU. (1987). Cilt: 26,  
<http://www.hukukcu.com/bilimsel/genelkanunlar/3359.html>, Erişim: 05.02.2005

SAĞLIK BAKANLIĞI. (Aralık 2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*,  
<http://www.spgk.saglik.gov.tr/> Erişim: 24.01.2005

SUR, Haydar. *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Yöneticiliği*.  
<http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm>, Erişim: 28.01.2005

VEHİD, Suphi. (2000). *Temel Demografik ve Sağlık Düzeyi Ölçütleri Açısından  
Türkiye ile Avrupa Birliğine(AB) Üye Ülkelerin Karşılaştırılması*,  
<http://ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s2/002a7.htm> Erişim: 03.12.2004

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ. (10.9.1982).  
Cilt: 22, S. 2889, [http://proje.basbakanlik.gov.tr](http://proje.basbakanlik.gov.tr/mevzuatKod=3.5.85319)  
/mevzuatKod=3.5.85319, Erişim: 13.01.2005

224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ  
HAKKINDA KANUN. (1961).

<http://proje.basbakanlik.gov.tr/mevzuatKod=1.4.224>, Erişim:03.01.2005

657 SAYILI DEVLET MEMURLARI KANUNU. (1965). Cilt: 4 Sayfa: 3044  
<http://www.icisleri.gov.tr/teskilat/personel/657.doc>, Erişim: 05.02.2005

1946 – 1960 Arası ve Sosyalleştirme.

<http://www.konaksgb.com/hizmetyonetim.htm> Erişim: 05.02.2006

## **DIĞER KAYNAKLAR**

ROEMER, R. (1992). Guidelines for Legislation Affecting the Development of  
Human Resource for Health. World Health Organization, Geneva.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü  
Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara Türkiye ve  
Macro International Inc. Calverton, Maryland, ABD. (1994) *Türkiye Nüfus ve  
Sağlık Araştırması 1993, HÜNEE, Ankara.*

TOKAT, Mehmet. (1997). Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992–  
1996, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

BİRİNCİ SAĞLIK PROJESİ. (1996). Doküman No: TSH/İGG/I-05/001. Sağlık  
Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü: Ankara

TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI. (1982). Yasa No: 2709, Resmi  
Gazete

# **EKLER**

**EK: 1**

**İZMİR İLİ SAĞLIK GRUP BAŞKANLARININ BİRİNCİ BASAMAK  
SAĞLIK KURUMLARINDAKİ SAĞLIK PERSONELİ PLANLAMASINA  
YÖNELİK YAKLAŞIMLARI HAKKINDA ANKET ÇALIŞMASI**

Sayın Yönetici,

Elinizdeki bu anket, İzmir ili Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli planlaması ve dağılımı hakkındaki düşünce ve fikirlerini öğrenmeye yönelik olup, ankete vereceğiniz cevaplardan çıkarılacak sonuçlar bizim için çok önemlidir. Çünkü sizin cevaplarınız ‘Personel Planlaması ve Dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının Rolü, İzmir İli Örneği’ konulu bilimsel bir çalışmaya esas olacaktır.

Araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olabilmesi temelde sizin anketi doğru ve eksiksiz biçimde cevaplamanıza bağlıdır. Bu anketten elde edilecek bilgiler sadece bu araştırmanın doğrultusunda kullanılacaktır.

Anketi cevaplandırmayı kabul ettiniz için teşekkür ederiz.

Beril İLHAN  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Münevver MENDERES  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Öğretim Üyesi

**1) Kaç yıldır Sağlık Grup Başkanlığı yapmaktasınız?**

- a) 0–1**
- b) 2–3**
- c) 4–5**
- d) 6–7**
- e) 8’ yıldan fazla**

2) Sağlık Grup Başkanlığınızın hizmet verdiği nüfus ne kadardır?

.....

3) Sağlık Grup Başkanlığınızın bulunduğu ilçe aşağıdakilerden hangisi olarak tanımlanabilir?

- a) Metropol
- b) Sanayi Bölgesi
- c) Tarımsal
- d) Turistik
- e) Karma

4) Grup Başkanlığınıza bağlı Sağlık Kurumlarında fiilen çalışan personel sayısı kaçtır?

PERSONEL	SAYI
Hekim	
Hemşire	
Ebe	
Sağlık Memuru	
Laboratuvar Teknisyeni	
Röntgen Teknisyeni	
Çevre Sağlık Teknisyeni	
Yeşil Kart Sekreteryası	
Satın Alma Memuru	
Tahakkuk Memuru	
Sayman	
Ambar Memuru	

5) Kurumumuzda çalışan personel sayısı;

Hekim;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Hemşire;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Ebe;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Sağlık Memuru;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Laboratuar Teknisyeni;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Röntgen Teknisyeni;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Çevre Sağlık Teknisyenlerinin;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Yeşil Kart Sekreteryası;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Satın Alma Memuru;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Tahakkuk Memuru;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Sayman;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var
Ambar Memuru;	a) Yeterli	b) Yetersiz	c) Fazlalık var

6) Bölgenizde personel açığı olduğunu düşünüyorsanız nedenleri hangisi olabilir?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- a) Döner Sermaye yetersizliği ve düzensizliği
- b) Fiziki alt yapı yetersizliği
- c) İlçenin Kalkınmışlık düzeyi
- d) İl Merkezine Uzaklık
- e) Diğer .....

7) Personel ihtiyacınızda dönemsel olarak değişiklikler oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

8) Aşağıdaki hangi nedenlerden dolayı personel ihtiyacında değişiklik olmaktadır.

- a) Yaz aylarında (Turizm Dönemi)
- b) Kış aylarında
- c) Aşı kampanyaları döneminde
- d) Ev Tespit Fişleri düzenlenirken
- e) Diğer .....

**9) Oluşan sağlık personeli açığını nasıl karşılıyorsunuz?**

- a) İl içinden geçici görevlendirme
- b) Karşılamiyorum
- c) Hizmet aksiyor
- d) Personelin görev yükü artıyor
- e) Sağlık personeline farklı görevler yüklüyorum
- f) Diğer .....

**10) Sağlık Grup Başkanlığınızın kapsadığı alan içinde personelle ilgili iş yükü analizi yapıyor mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

<b>SORULAR</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>
11) Personel planlamasının Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum.					
12) Sağlık Müdürlüğü İl içi personel planlamasında etkilidir.					
13) Sağlık Grup Başkanları kendi bölgelerinde personel dağılımında etkilidirler.					
14) Sağlık Müdürlüğü ile Sağlık grup Başkanlıkları arasında personel planlaması ile ilgili koordinasyon mevcuttur.					
15) Sağlık Grup Başkanlıklarında uzun vadeli insan kaynağı planlaması yapılmaktadır.					
16) İnsan Kaynakları planlama sürecinde başarı kesinlikle Sağlık Müdürlüğünün stratejik niyetine bağlıdır.					
17) Sağlık Bakanlığı' nın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yeterlidir.					
18) Sağlık personeli planlamasında kaymakamlığın rolü Grup Başkanlığından daha önemlidir.					
19) Kamu Personeli seçme sınavı en uygun sağlık personelinin sağlanması için iyi bir yöntemdir.					
20) Tüm Sağlık Personeli için mevcut görev tanımları yeterlidir.					
21) Tüm sağlık personelinin eğitimleriyle yaptıkları iş arasında bir uyum vardır.					
22) Sağlık Grup Başkanlıkları yetersiz olan sağlık personelini dışarıdan sağlayabilmelidir.					
23) Personel Planlamasını demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine göre yapılmalıdır.					
24) Nüfusa bağlı olarak personel planlaması yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyorum.					
25) Geçici görevlendirmelerin personel verimliliğini olumsuz etkilediğini düşünüyorum.					
26) Personelin atama ve nakillerinin performanslarına (hizmet puanı) göre yapılması doğrudur.					
27) Sağlık Grup Başkanlarının sağlık personeli yönetimi ile ilgili eğitim alması gereklidir.					



**EK 2:****Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus, Türkiye–2003**

<b>Bölgeler</b>	<b>Hekim Başına Düşen Ort. Nüfus</b>	<b>Ebe* Başına Düşen Ort. Nüfus</b>	<b>Hemşire Baş. Düşen Ort. Nüfus</b>	<b>Sağ. Mem. Başına Düşen Ort. Nüfus</b>
Marmara Bölgesi	7.830	5.487	10.099	24.769
Ege Bölgesi	3.536	2.308	4.620	10.294
Akdeniz Bölgesi	3.791	2.370	5.598	13.226
İç Anadolu Bölgesi	4.293	4.256	6.077	10.436
Karadeniz Bölgesi	4.204	3.115	5.454	7.484
Doğu Anadolu Bölgesi	5.815	4.245	6.225	10.054
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	7.913	7.826	11.850	19.405
<b>Türkiye</b>	<b>4.989</b>	<b>3.690</b>	<b>6.700</b>	<b>12.616</b>

\* Ebe sayısı sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayıları toplanarak elde edilmiştir.

**EK 3:****İLÇELERE GÖRE YEŞİL KARTLI KİŞİ SAYISI**

<b>İLÇELER</b>	<b>YEŞİL KARTLI KİŞİ SAYISI</b>
<b>ALİAĞA</b>	2854
<b>BALÇOVA</b>	2804
<b>BAYINDIR</b>	3580
<b>BERGAMA</b>	8332
<b>BEYDAĞ</b>	1313
<b>BORNOVA</b>	13996
<b>ÇEŞME</b>	2012
<b>ÇİĞLİ</b>	6395
<b>DİKİLİ</b>	2960
<b>FOÇA</b>	1230
<b>GAZİEMİR</b>	1890
<b>GÜZELBAHÇE</b>	1381
<b>KARABURUN</b>	418
<b>KARŞIYAKA</b>	16541
<b>KEMALPAŞA</b>	3924
<b>KINIK</b>	2570
<b>KIRAZ</b>	5588
<b>KONAK</b>	25466
<b>MENDERES</b>	4404
<b>MENEMEN</b>	7770
<b>NARLIDERE</b>	6669
<b>ÖDEMİŞ</b>	7505
<b>SEFERİHİSAR</b>	1153
<b>SELÇUK</b>	2774
<b>TORBALI</b>	12047
<b>URLA</b>	5288
<b>TOPLAM</b>	150864

