

DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE BİR MODEL ÖNERİSİ

Kerem KARABULUT ve Ö.Selçuk EMSEN

Atatürk Üniversitesi İİBF, İktisat Bölümü

Özet

Bu çalışmada beşeri sermayenin oluşumunu ve gerice yörelerde kalıcılığını etkileyen sağlık hizmetlerinin, Doğu Anadolu Bölgesi'nde Türkiye ortalamasının dahi gerisinde kaldığı belirlenmiştir. Bir çözüm alternatifi olarak, Bölgede seçilecek merkezlerde yoğunlaşan ve diğer sağlık noktaları ile bütünlük içerisinde çalışabilen yeni bir modelin uygulanması önerilmiştir. Böylece sağlığa yönelik kaynakların daha etkin kullanılabilceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğu Anadolu Bölgesi, Sağlık Sektörü, Model

Abstract

Health Sector in Eastern Anatolia Region: A Model Essay

In this study it is determined that the health services in the Eastern anatolia region, Which affect the formation and permanence of human capital in less developed regions, is below the overall average in Turkey. A model focusing on specific health centers in the region and cooperating closely with the other centers is suggested as an alternative solution. Thus, resources on health will be used more efficiently.

Keywords: Eastern Anatolia Region, Health Sector, Model

I. GİRİŞ

Sağlık sektörü tüm dünya ülkelerinde özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan önemli bir konudur. Çeşitli ülkelerde yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Ancak, Türkiye bu gelişmeleri sistemli bir şekilde takip edememekte ve bu tür çalışmalar bireysel çabalar olarak kalmaktadır. Hatta Türkiye'deki iktisatçıların konuya ancak 1980'li yıllardan sonra ilgi duydukları görülmektedir. Artık ülkelerin sağlık göstergeleri eğitim göstergeleri ile birlikte kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin hem ulusal hem de bölgesel bazda geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Türkiye'deki sağlık göstergeleri (ortalama ömür ve bebek ölüm hızı gibi) ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar (GSMH'dan sağlığa ayrılan pay vb.) gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Gelişmiş ülkeler GSMH'larının %5 ilâ %15 arasında değişen bir bölümünü sağlık sektörüne ayırmaktadırlar. Halbuki Türkiye'de bu oran %5'e hiçbir zaman çıkamamış, %3-4 civarında seyretmiştir. Diğer taraftan bu olumsuzluk, ülke içindeki bölgelerarası karşılaştırmalarda da kendini

göstermektedir. Türkiye'nin doğusundan batısına doğru gidildikçe, sağlık hizmetlerinin etkinliği artmaktadır. Çünkü kaynak dağılımı batı bölgeleri lehine gelişmiştir. Böylece, ülkenin doğusunda yer alan illerde sağlık göstergeleri düşük ve sağlığa ayrılan kaynaklar yetersiz kalmaktadır.

Diğer taraftan, ülkemizde sağlık hizmetlerini yerine getirecek yetişmiş insan gücü de yetersizdir. Bu durumu; bir hekime düşen nüfus, bir diş hekimine düşen nüfus, bir hemşireye düşen nüfus vb. verilerle belirlemek mümkündür. Üstte Türkiye için söz konusu olan problemler bölgesel düzeyde daha da derinleşmektedir.

Bu çalışmada önce, gelişmiş ülke standartları da dikkate alınarak, Doğu Anadolu Bölgesinde sağlık sektörünün mevcut durumu karşılaştırmalı olarak tespit edilmiş; daha sonra Bölgenin kendine özgü koşullarını (halkın gelir düzeyi, birikmiş yapı ve sorunlar, bölgenin yöre ülkeleri açısından konumu ve sağlık turizmi potansiyeli gibi) dikkate alan bir model önerilmiştir. Böylece Bölgedeki sağlık hizmetleri sisteminin iyileşmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

II. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM

Sağlık sektörünün mevcut durumunun incelenmesinde, öncelikle kaynakların coğrafi ve sağlık bölgelerine göre dağılımı incelenir. Devamında kaynakların sağlık kuruluşları itibarıyla dağılımına bakılmaktadır.

1. Kaynakların Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık göstergelerinde coğrafi bölgeler açısından dağılıma bakıldığında Doğu Anadolu Bölgesi, Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden sonra en kötü bölge konumundadır. Doğu Anadolu Bölgesi, hekim başına düşen nüfus (1329 kişi) ve diğer sağlık personeli başına düşen nüfus (460 kişi) ile diş hekimi başına düşen nüfus (16394 kişi) açısından ikinci en kötü bölge, konumundadır. Türkiye'deki sağlık personellerinin çoğunlukla Marmara, Ege ve İç Anadolu Bölgelerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Bölgeler İtibarıyla Sağlık Göstergeleri (2000)

Bölgeler	Hekim Sayısı	Hekim Başına Nüfus	Diş Hekimi Sayısı	Diş Hekimi Başına Nüfus	Diğer Sağlık Personeli Sayısı	Diğ.Sağ.Per Başı.Nüfus
Akdeniz	8759	996	1211	7204	22690	384
D.Anadolu	4626	1329	375	16394	13359	460
Ege	13239	676	2620	3417	28053	319
G.D.Anadolu	3626	1821	342	19311	10521	627
İç Anadolu	19993	581	3317	3505	37503	309
Karadeniz	7371	1145	909	9284	25463	331
Marmara	28529	608	6248	2777	41133	421
Türkiye	86143	788	15022	4516	178722	379

Not: Askeri sağlık personeli dahil değildir.

Kaynak: DPT; İller ve bölgeler itibarıyla çeşitli göstergeler, Ağustos 2002.

Bu durum sağlık personeli dağılımının dengesiz olduğunun göstergesidir. Tablodaki verilere göre Güney Doğu Anadolu Bölgesinin göstergeler açısından en olumsuz bölge konumunda bulunmasında, Bölgede sıklıkla gözlenen terörün etkisini dikkate almak gerekir. Şöyle ki; sağlık ve eğitim gibi kamusal hizmetlerin yürütülmesinde terör örgütünün bu hizmetleri yapanları hedef alması, göstergelerin olumsuzlaşması sonucunu doğurmaktadır.

2. Kaynakların Sağlık Bölgelerine Göre Dağılımı

DİE'nin sağlık bölgelerine göre hekim sayısı ve bir hekime düşen nüfus şeklinde yaptığı sınıflamada ülke 16 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bu sınıflamada da Doğu Anadolu bölgesi, "sağlık insangücü"nin en vazgeçilmez unsuru olan doktor sayısı ve oranı açısından Türkiye ortalamasının çok altındadır (Tablo 2).

Tablo 2: Sağlık Bölgelerine Göre Hekim Sayısı ve Bir Hekime Düşen Nüfus

Sağlık bölgeleri	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
I.Bölge	8990	9281	9578	9882	10194	10647	10804	11126	A
(Edirne, İstanbul;	15.5	15.8	16.0	16.3	16.6	16.9	16.6	16.8	B
Yalova, Kırklareli,	14081	15613	16682	17322	17440	17545	18418	18509	C
Tekirdağ)	638	594	574	570	585	607	584	601	D
VII.Bölge	5480	5536	5593	5651	5709	5792	6075	6164	A
(Ankara, Çankırı,	9.5	9.4	9.4	9.3	9.3	9.2	9.3	9.3	B
Kastamonu,Kırşehir	10542	11183	11995	12263	12234	12455	13024	13804	C
Nevşehir,Yozgat,	520	495	466	461	467	465	466	447	D
Kırıkkale)									
XIII.Bölge	2150	2183	2216	2250	2284	2334	2323	2354	A
(Adıyaman, Bingöl,	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	3.6	3.6	B
Elazığ, Malatya,	1326	1464	1608	1677	1666	1796	1844	2139	C
Tunceli)	1621	1491	1378	1342	1371	1299	1260	1101	D
XIV.Bölge	3662	3759	3858	3959	4062	4212	4317	4429	A
(D.Bakır,Mardin,	6.3	6.4	6.5	6.5	6.6	6.7	6.6	6.7	B
Siirt,Ş.Urfa,	1478	1378	1648	1777	1701	1891	1917	2301	C
Batman, Şırnak)	2478	2728	2341	2228	2388	2228	2252	1925	D
XV.Bölge	2242	2239	2235	2230	2225	2216	2380	2395	A
(Ağrı, Erzincan,	3.9	3.8	3.7	3.7	3.6	3.5	3.7	3.6	B
Erzurum,Kars,	1284	1326	1240	1465	1426	1482	1508	1814	C
Ardahan, Iğdır)	1746	1689	1802	1522	1560	1496	1578	1320	D
XVI.Bölge	1568	1599	1631	1663	1696	1744	1849	1895	A
(Bitlis, Hakkari,	2.7	2.7	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8	2.9	B
Muş, Van)	566	496	802	676	677	737	734	909	C
	2770	3224	2034	2460	2505	2366	2519	2085	D
TÜRKİYE	57931	58812	59706	60614	61536	62866	65145	66304	A
TOPLAMI	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	B
	56985	61050	65832	69349*	70947*	73659*	77344	81988	C
	1017	963	907	874	867	853	842	809	D

A: Bölge nüfusu (Bin), **B:** Bölge nüfusunun toplam nüfusa oranı, **C:** Hekim sayısı (1)

D: Bir hekime düşen nüfus, **(1):** Devlet hesabına ve serbest çalışan hekimleri kapsar.

*: Millî Savunma Bakanlığı'nda görevli hekimler yalnız toplamda kapsanmıştır.

Kaynak: DİE Türkiye İstatistik Yıllığı 1999 ve 2001.

Toplam 16 sağlık b6lgesinden oluşan sınıflamadan hareketle Doğu Anadolu B6lgesi'ndeki illeri kapsayan b6lgeler ile bunlarla karşılaştırma amacına uygun diğer b6lgelerden bazıları tablo kapsamına alınmıştır. 1999 yılı verilerine g6re, Doğu Anadolu B6lgesi illerini kapsayan 13-15 ve 16'ncı b6lgelerde hekim başına d6şen n6fus sırasıyla, 1101, 1320 ve 2085 kişidir. Oysa bu rakam T6rkiye ortalamasında 809 kişi ve daha gelişmiş b6lge illerini kapsayan 1. ve 7. b6lgede sırasıyla, 601 ve 722 kişidir. Bu durum Doğu Anadolu B6lgesi'nde sağlık insang6c6n6n yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Doğu Anadolu B6lgesindeki sağlık kuruluşlarında y6netim sorunları ile ilgili yapılan ampirik bir 7alışmada da (Gerni, 2000) b6lgedeki sağlık kuruluşlarının en 6nemli problemlerinden birisinin personel ve donanım yetersizliği olduğu tespit edilmiştir. B6lgelerarası karşılaştırmalarda T6rkiye'nin en k6t6 g6stergelere sahip olan iki b6lgesinden biri olan Doğu Anadolu B6lgesi, gelişmiş 6lkelerin g6stergelerinden de son derece uzakta kalmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Se7ilmiş Bazı 6lkelerdeki Temel Sağlık G6stergeleri

6lkeler	1000 kişiye D6şen Hekim Sayısı (1990-95)	1000 kişiye D6şen Yatak Sayısı (1990-95)	Doğumda yaşam Beklentisi (2000)	Ortalama Bebek 6l6m Hızı binde (2000)
Bel7ika	3,7	7,6	78.2	6.8
Kanada	2,2	6,0	78.9	7.2
Danimarka	2,9	5,0	76.4	6.1
Finlandiya	0,6	-	77.5	5.1
Fransa	2,7	10,1	78.9	5.9
Almanya	3,3	9,7	77.4	6.0
Yunanistan	4,0	5,1	77.9	8.2
İtalya	1,7	6,7	78.7	6.9
Japonya	1,8	15,5	80.7	5.3
Portekiz	2,3	6,4	75.6	7.7
İspanya	4,1	4,2	78.2	6.2
İsvi7re	3,1	8,7	79.7	5.8
İsve7	3,1	6,1	79.6	3.9
A.B.D.	2,5	4,4	77.1	8.7
Avusturya	2,2	8,9	78.2	6.4
Avustralya	2,6	9,3	78.9	6.5
Norve7	3,3	-	78.6	4.6
Hollanda	2,5	11,3	77.9	6.7
İngiltere	1,5	5,1	77.3	7.0
Macaristan	3,4	9,9	71.2	10.7
İzlanda	3,0	15,9	79.5	6.5
G. Kore	1,2	4,1	73.2	10.3
L6ksemburg	2,2	11,8	77.0	6.1
Meksika	0,8	1,3	73.0	35.8
Y. Zelanda	2,1	7,3	78.2	6.0
Polonya	2,3	6,4	73.3	10.7
T6rkiye	1,1	2,5	69.7	42.6

Kaynak: M. Tokat, T6rkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 72 ve World Bank, Countries and Regions, <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>. (Nisan 2003).

Gelişmiş ülkelerde, temel sağlık göstergeleri olarak kabul edilen ortalama ömür 78-79 yıla çıkarken; bebek ölüm hızı binde 6-11 gibi çok düşük değerlere inmiştir. Bu ülkelerde insan için en doğal haklardan olan sağlıklı ve uzun yaşama hakkı en üst düzeydedir.

Oysa gelişmekte olan ülkelerde bu göstergeler son derece kötüdür. Örneğin, 1990 yılı itibarıyla Kenya'da 1000 nüfus başına 0.14 hekim düşmektedir. Bu ülkede bebek ölüm oranı binde 77.7 ve ortalama ömür 47 yıldır. Nijerya (ortalama ömür 46.8 ve bebek ölüm oranı binde 153) ve Hindistan (ortalama ömür 62.8 ve bebek ölüm oranı binde 87.7) gibi ülkelerde de durum aynıdır. Genel olarak 2000 yılı için düşük gelirli ülkelerde ortalama ömür 58.9, bebek ölüm oranı binde 114.8'dir (The World Bank, 2003). Türkiye'de yaklaşık 850 kişiye bir hekim, 10000 kişiye 24 hasta yatağı düşmektedir.

Sağlık hizmetleri arzını birinci derecede belirleyen unsur hekim sayısıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, bir bölgedeki veya ülkedeki hekim sayısı arttıkça ortalama yaşam süresi de uzamaktadır. Öyle ki, endüstrileşmiş ülkelerdeki ortalama yaşam süresi, fakir ülkelerdeki ortalama yaşam süresinden yaklaşık 22 yıl daha fazladır (Griffin, 1991). Ancak sağlık sistemindeki gelişmelerin hümanizmden kaynaklanan yayılma etkisi ile bu rakam son yıllarda düşük gelirli ülkeler lehine gelişme göstermektedir (2000 yılı verileriyle düşük gelirli ülkelerde ortalama yaşam beklentisi 58.9 iken, yüksek gelirli ülkelerde 77.8'dir).

Sağlık kaynaklarının yetersizliği sağlık harcamaları açısından da geçerlidir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına yaklaşık 1000-3000 dolar arasında değişen bir sağlık harcaması yapılırken, bu rakam Türkiye'de 100-150 dolar arasında değişmektedir. Türkiye'de düşük olan rakamın, kişi başına gelir düşüklüğü nedeniyle Doğu Anadolu Bölgesi için az olacağı açıktır^(*). Burada gelir ile sağlık harcamaları arasında karşılıklı veya diğer bir ifadeyle çift yönlü nedensellik ilişkisi vardır.

Dünya Sağlık Teşkilatı, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın ülke GSMH'nin en az %5'i kadar olması gerektiğini belirtmiştir (Kurtulmuş, 1998). Bununla birlikte sağlığa ulusal gelirden ayrılan kaynağın fazlalığı, her zaman sağlık sektöründe etkin hizmet olduğu anlamı taşımaz (Newhouse, 1991 ve Getzen, 1997). Konuyla ilgili yapılan pek çok araştırmada da daha iyi sağlık durumuna ulaşmak için mutlaka ilave harcama yapılmasının gerekli olmadığı belirtilmiştir. Örneğin, özellikle çocuk hastalık ve ölümlerini önlemede, anneye yönelik eğitim ve okuryazarlık durumunun iyileştirilmesinin daha etkili olacağı vurgulanmıştır (Getzen, 1997). Bazı düşük ve orta gelirli ülkelerde nispi olarak yüksek ortalama

(*) 1994 yılında DİE tarafından yapılan hanehalkı gelir ve tüketim harcamaları anket sonuçlarına göre, hanehalkı başına düşen aylık sağlık harcaması; Türkiye genelinde 240.304 TL (6.24 \$) iken, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 127.843 TL (3.33 \$), Marmara Bölgesi'nde ise 363.339 TL (9.45 \$)'dir.

ömürlerin başarılması, fazla harcamayla alınan ilave tıbbi bakımın etkisinin az olduğuna kanıt olarak gösterilebilir. Örneğin, ortalama ömür Malezya'da 71, Srilanka'da 72, Şili'de 73'tür. Buna rağmen, bu rakamların da gelişmiş ülkelerden düşük olduğuna dikkat etmek gerekir.

Gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu hem uygulamalı hem de teorik çalışmalar ile ispatlanmıştır (Strauss and Thomas, 1998). Yükselen gelir seviyesine bağlı olarak daha iyi ve temiz su arzı sağlanabilmekte ve böylece iyi bir koruyucu sağlık hizmeti yapılabilmektedir (Hogendorn, 1987). Diğer taraftan daha fazla kaynağın sağlığa ayrılması işçilerin verimliliği üzerinde olumlu etki yapmaktadır (Lee, Mills veHoare, 1993). Ancak, bu ilişkiyi ölçmenin son derece zor olduğu da belirtilmektedir. Çünkü, sağlığın kalıtımsal özellikler ile yakından ilişkili olması gibi gelir dışı pek çok faktör de sağlık üzerinde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla, etkin bir harcama politikası ile en uygun sağlık harcaması seviyesini yakalamak, yani optimal bileşene ulaşmak en verimli sonuç olacaktır. Ne var ki, Türkiye Dünya Sağlık Teşkilatı'nın belirlediği sağlık harcamalarındaki alt sınıra dahi ulaşamamıştır.

3. Kaynakların Sağlık Kuruluşları İtibariyle Dağılımı

Sağlık hizmetlerindeki arz yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar. Fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında dengeleme görevi yapamaz. Çünkü, devlet, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşacak fiyatı denetim altında tutar. Ayrıca, düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için devlet doğrudan piyasaya girer. Büyük kentler dışına çıkmayan özel girişimin yerine, devlet ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev saymaktadır. Günümüzde, ilaç, tıbbi teknoloji ve araçların yanında, birçok ülke hekim ve hemşire de ithal etmektedir. Buna rağmen, sağlık hizmetleri arzı, hemen her ülkede yetersiz görünmektedir (Tokgöz, 1979). Ancak, bu arz yetersizliği, azgelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere doğru gidildikçe daha az boyutlarda kalmaktadır. Bu çerçevede Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki beşeri ve fiziki sağlık arzına ilişkin veriler Tablo 4'te görülmektedir.

Tablodan izleneceği üzere, Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki sağlık kuruluşlarında uzman hekimlerin bölgedeki büyük kentlerde (Erzurum, Elazığ, Van ve Malatya gibi) biriktiği, küçük kentlerde ise pratisyen hekimlerin daha çoğunlukta olduğu (Ardahan, Tunceli, Hakkari ve Bitlis gibi) görülmektedir. Yine bu sağlık kuruluşları büyük kentlerdekilere oranla son derece düşük bir yatak işgal oranına sahiptirler. Bu durum, mevcut illerdeki sağlık kuruluşlarının teknolojik donanımları ve personel (özellikle uzman hekim) eksikliği nedeniyle ortaya çıkan yetersizliklerden kaynaklanabilir.

Tablo 4: İllere Göre Devlet Hastanelerinin Temel İstatistikleri

İLLER	İl Nüfusu (2000)	Yatak Sayısı		Hekim Sayısı		Pol. Sayısı	Y.Hast. Oranı %	Yatak işgal Oranı %
		Kadro	Fiili	Uzman	Pratisyene			
Ağrı	528744	100	128	13	7	190760	3,7	49,7
Bingöl	253739	200	157	9	6	148938	3,2	57,4
Bitlis	388678	100	100	7	7	43567	9,9	41,1
Elazığ	569616	275	325	61	18	398717	4,7	79,3
Erzurum	942340	700	636	65	23	337664	8,3	77,9
Erzincan	316841	300	200	24	18	194763	5,3	67,6
G.Hane	186953	200	200	15	6	102860	6,9	43,1
Hakkari	236581	75	100	2	6	80103	4,5	31,9
Kars	325016	225	200	22	9	132683	5,5	55,6
Malatya	853658	455	452	68	15	377482	6,3	54,9
Muş	453654	200	189	11	15	181453	5,8	69,4
Tunceli	93584	100	75	7	11	75136	2,0	26,4
Van	877524	300	297	37	12	280233	4,2	71,5
Bayburt	97358	50	75	12	10	81590	7,6	83,6
Ardahan	133756	100	100	6	7	62116	8,3	77,1
Iğdır	1368634	100	80	22	11	140019	4,4	66,1

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Ankara 1999

Doğu Anadolu Projesi kapsamında yapılan incelemelerde de, bölgedeki sağlık kuruluşlarında fiziki yetersizliklerden çok sağlık personeli yetersizliğinin ön planda olduğu belirtilmektedir. Bölge olarak, 1997 verilerine göre bir uzman hekime 5621 kişi, bir pratisyene hekime 3445 kişi, bir diğ. hekime 11114 kişi, bir hemşireye 1391 kişi ve bir ebeye 2036 kişi düşmektedir (DPT, 2000). Bu verilere göre bölgede, Türkiye geneline kıyasla ebe ve hemşire açısından %25, hekim açısından ise %50 oranında daha az sayıda personel bulunmaktadır. Yine bölgede doğumların %47.7'si sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşirken, bu oran Türkiye'de %19'dur.

Gelişmiş ülkelerde sağlık kuruluşlarındaki ortalama yatak işgal oranları %85 civarındadır (Özgen,1993). Tablodaki verilerden de anlaşılacağı üzere sağlık kuruluşlarındaki yatak işgal oranları, hem gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kalmakta hem de kendi aralarında bir dengesizlik göstermektedir.

Yukarıda ele alınan göstergeler çerçevesinde Doğu Anadolu Bölgesi'nin sağlık kaynaklarının miktarı -mevcutlarının da dağılımı- açısından dünya ve Türkiye standartlarının gerisinde olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda Doğu Anadolu Bölgesindeki sağlık sektörünün etkin hale getirilmesi için çeşitli bölümler itibarıyla aşağıda önerilen modelin dikkate alınması faydalı olabilecektir.

III. GENEL DEĞERLENDİRME VE BİR MODEL ÖNERİSİ

Bu çalışmanın birinci kısmında, Türkiye genelinde ve Doğu Anadolu Bölgesi özelinde ortaya konan yapı ve sorunlar ve bunların sürekliliği belirtilmiştir. Ve bunların da, Bölgede üretim faktörleri gelişimini olumsuz etkilediği, Bölgenin yaşanabilirliğini azalttığı, sağlığın maliyetini arttırdığı ve sosyal huzursuzluk potansiyeli taşıdığı söylenebilir. Kaynakların daha etkin kullanılması ve Bölgedeki sağlık hizmetleri sisteminin iyileşmesi için, halkın gelir düzeyini, birikmiş yapı ve sosyal sorunları, Bölgenin yöre ülkeleri açısından konumunu ve sağlık turizmi potansiyeli gibi koşulları dikkate alan yeni bir yapılanmaya ihtiyaç vardır. Bu çerçevede önerilen model; örgütsel yapı, finansman ve denetim olmak üzere üç temel boyuta sahiptir.

1. Örgütsel Yapı

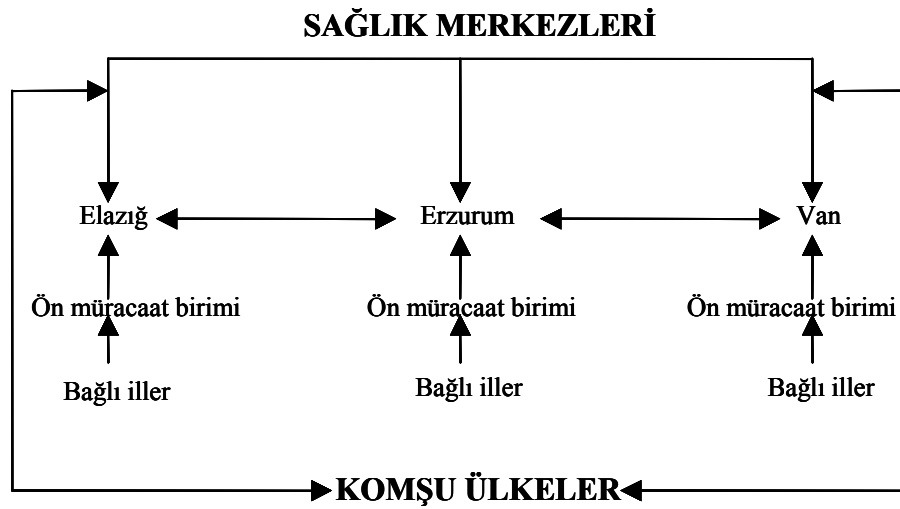
Bölgede sosyo-ekonomik değişim ve gelişim süreci içerisinde ekonomik faaliyetlerin ve hizmetlerin üretildiği ve/veya dağıtıldığı merkezler oluşmuştur. Sağlık hizmetlerinin de birbirini tamamlayıcı bir bütün içerisinde bu merkezlerde odaklanması ve buralardan Bölgenin tümüne etkin hizmet verecek yapılanmaya gidilmesi mümkündür. Böylece hayli pahalı olan sağlık teknolojisi ve nitelikli sağlık personelinin etkin kullanımı sağlanabilir. Bu çerçevede, Erzurum, Van ve Elazığ-Malatya illerinin sağlık merkezleri konumunda olması önerilebilir. Bu üç il, coğrafi ve ekonomik merkez olmalarının yanında, üniversite hastanelerine de sahiptirler. Bu durum, DPT'nin yaptığı Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki planlama bölgeleri sınıflandırmasına da uygundur^(*).

Merkez olarak düşünülen üç il gerçekte bu hizmetleri yerine getirmektedirler. Örneğin, 1994 yılı verilerine göre, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ne başvuran hastaların %54'ü il dışından gelmiştir (Karabulut, 1994).

Belirtilen illerdeki sağlık kuruluşları merkez haline getirilerek kamunun büyük bir coğrafyada her yerde sunmaya gücü yetmeyeceği yetişmiş eleman ve teknik donanım sağlanmış olacaktır. Böylece hem devlet az gider yapmış olacak hem de bölge halkı kaliteli hizmet elde etmiş olacaktır. Ancak bu merkezlerde muhtemel yığılmaları önlemek için ön başvuru birimleri oluşturulabilir. Söz konusu bu merkezler aynı zamanda birbirleriyle ve Doğu Anadolu Bölgesi'nin komşu olduğu yabancı devletlerle de ilişki içerisinde olmalıdırlar. Bu şekilde hem sağlık ticareti hem de bilgi alışverişi gerçekleştirilmiş olur.

^(*)Sınıflandırmada I. Bölge, Elazığ'a bağlı Malatya, Tunceli, Bingöl ve Muş'tan oluşmaktadır. II. Bölge, Van'a bağlı Bitlis ve Hakkari'den oluşmaktadır. III. Bölge ise Erzurum'a bağlı Erzincan, Kars, Ağrı, Iğdır, Ardahan, Gümüşhane ve Bayburt illerinden oluşmaktadır. Erzurum'a bağlı illerden Gümüşhane ve Bayburt'un Doğu Anadolu Bölgesi'nin dışındaki iki il olduğunu belirtmekte yarar vardır.

Sağlık merkezlerine bölge insanının özellikle acil durumlarda hemen ulaşmasını sağlamak için bu merkezlere bağlı illerde acil ulaşım birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimler, Bölge koşullarına uygun son teknolojilerle donatılmış ulaşım araçları (ambulans ve helikopter gibi) ve personele sahip olmalıdır. Böylece taşıma sistemli eğitime benzer bir uygulama yapılarak, bölge halkına kaliteli sağlık hizmeti sunulabilecektir. Burada betimlenen yapı aşağıdaki şema ile özetlenebilir.



Örgütsel yapının etkin işleyebilmesi için, önemli ölçüde Türkiye genelini de ilgilendiren aşağıdaki hususların dikkate alınmasında yarar vardır.

1. Bölgedeki sağlık kurumlarında profesyonel yönetim anlayışı uygulanmalıdır. Böylece mikro düzeyde hastane işletmeciliği de etkinleştirilecektir. Bunun için, kurumlarda yöneticilik pozisyonlarında çalışacak olan sağlık personelinin belli bir süre sağlık ekonomisi ya da işletme eğitimi almış kişilerden oluşturulmasına özen gösterilmelidir. Bölgedeki sağlık kurumlarının yönetim sorunlarının tespitine yönelik yapılmış bir araştırma da bu öneriyi destekler niteliktedir (Gerni, 2000). Bu çalışmada yöneticilerin %68'i mezuniyet sonrası yöneticilikle ilgili bir eğitime ihtiyaç olduğunu ve %91'i de hastane yönetiminin bir uzmanlık haline dönüştürülmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

2. Koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık verilmeli ve halk sağlık konusunda bilinçlendirilmelidir. Beslenmeden, sağlığı geliştirme, bilgi ve eğitime kadar sağlıkla ilgili bütün faaliyetleri kapsayan koruyucu sağlık hizmetleriyle hem sağlık kazancı hem de maliyet tasarrufu sağlanmış olacaktır (Filmer ve diğerleri, 2000). Bu yolla, oluşabilecek hastalıklar için harcanacak olan kaynaklar, teknoloji

ve personel eksiklikleri için kullanılarak daha kaliteli sağlık hizmeti elde edilmiş olabilecektir.

3. Hastane önlerindeki yığılmaları önlenmek için dünyadaki diğer örnekler incelenerek “aile hekimliği” gibi bir sistem geliştirilmelidir.

4. Devletin finansman yükünü hafifletme, tamamlayıcı rol oynama ve aynı zamanda rekabet ortamı yaratılması açısından özel sektörün cazip teşviklerle uyarılması gerekir.

2. Finansman

Günümüzde gelişmiş ülkelerde bile sağlık hizmetlerinin çoğunlukla devlet görevi olarak ele alındığı ve yürütüldüğü görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık sistemi sosyo-ekonomik bir sistemdir (Fucs, 1996 ve Clewer ve Perkins, 1998). Bu nedenle, Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde devletin rolü esas olmakla birlikte, kamunun yükünü hafifletici nitelikte ilave bir yöntem de geliştirilmelidir. Bu kapsamda yıllardır üzerinde çalışılan, ancak fiiliyata geçirilemeyen “Genel Sağlık Sigortası” bölgesel bazda uygulanabilir.

Bölge halkının yaklaşık %50’si sağlık sigortasına sahip değildir. Bu nedenle sağlık sigortası kapsamına öncelikle sigorta güvencesi olmayan nüfus kesimi alınabilir. Sigorta kapsamındakilerden alınan primlerle kamunun yükünü hafifletmek mümkündür.

Bu konuda bir diğer finansman kaynağı, bölgenin sahip olduğu doğal tedaviye elverişli kaynaklarını değerlendirmektir. Bölge termal ve fauna-flora gibi zengin doğal tedavi kaynaklarına sahiptir. Bu kaynakların sağlık turizminde değerlendirilmesi için kamu tarafından envanterinin çıkarılması, kullanıma uygun hale getirilmesi ve özel sektörün işletimine sunulması ile belli ölçüde bir finans kaynağı temin edilebilecektir.

3. Denetim

Sağlık sisteminde önerilen bölgesel örgütlenme yapısının işleyişi, etkin-süreklili bir merkezi ve iç denetimi gerekli kılmaktadır. Çünkü sağlık sektörü diğer sektörlere göre istismara daha açık bir sektördür. Normal piyasalardaki arz ve talep kuralları her zaman bu piyasada geçerli değildir. Örneğin talep ediciler (hastalar) kararlarında doktorlara mutlak bağımlı durumdadırlar. Bu nedenle, devlet sistemde ortaya çıkabilecek bozuklukları etkili bir denetimle kontrol altına almalıdır.

Bu yolla hastanelerin özel muayenehanelerin arka bahçesi gibi görünmesi, doğrudan hastane kaynaklarının doktorlar tarafından özel mülkiyetlerindeymiş gibi kullanılması ve resmi hastalardan bile “bıçak parası” adı altında alınan yasa dışı uygulamalar etkili denetimle önlenilecektir.

Kaynakça

- Belek, İ. (2000); "Sağlıkta ve Sağlık Hizmeti Kullanımında Sosyo-Ekonomik Eşitsizlikler (Antalya'da Bir Araştırma)", *Ekonomik Yaklaşım*, Bahar 2000.
- Caldwell, C. (1998); *Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim*, (Çev: Osman Akınhay), Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Clever, A., D. Perkins (1998); *Economics For Health Care Management*, Prentice Hall Europe.
- Culyer, A.J.(1991);*The Economics of Health*, Volume I and II., Edward Elgar Publishing Company, Vermont, ABD 1991.
- Filmer, D., J. S. Hammer ve L. H. Pritchett (2000); "Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries", *The World Bank Research Observer*, Vol. 15, Num. 2, August.
- Fuchs, V. R (1996); "Economics, Values, and Health Care Reform", *American Economic Review*, Vol. 86, No. 1, March.
- Gerni, M.(2000); "Doğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Yönetim Sorunları", *Atatürk Üniv. İİBF Dergisi*, Cilt14, Sayı:1.
- Getzen, T. E.(1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow Of Funds*, John Wiley And Sons Inc., New York.
- Griffin, C. C.(1991); "The Need to Change Health Care Priorities in Ldcs", *Finance Development*, Volume 28, Number 1, March.
- Hogendorn, J. S.(1987), *Economic Development*, Harper And Row.
- Karabulut, K.(1998), *Türkiye'de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama-*, Atatürk Ü. Sos. Bil. Ens., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
- Kızılçelik, S.(1996), *Türkiye'nin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitabevleri, İzmir.
- Kurtulmuş, S.(1998); *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lee, K., A. Mills ve G. Hoare (1993); *Health Economics Research in Developing Countries*, Oxford University Press.
- Newhouse, J. P. (1991); "Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey", *The Economics Of Health*, (Edited By A. J. Culyer), Volume II, Edward Elgar Publishing Company, USA.
- Newhouse, J. P.(1997), "Policy Watch: Medicare", *Journal Of Economic Perspectives*.

- Özgen, H. (1993), *Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı ve Türkiye'deki Uygulamalar*, Çukurova Üniv. İİBF İşletme Bölümü, Yayın No: 2, İşletme Yönetiminde Güncel Konular, Adana.
- Santerre, R. E., S. P. Neun (1996), *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, Irwin.
- Straus, J., D. Thomas (1998), "Health, Nutrition, And Economic Development", *Journal Of Economic Literature*, Vol. XXXVI, June.
- Turan, S., ve N. Uçkun (1999), "Hastaneleri 21. Yüzyıla Hazırlamak: Stratejik Planlama Üzerine Düşünceler", **II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildirileri**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Tokat, M.(1997); *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Tokgöz, E.(1979), "Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme", *Hacettepe Üniv. İİBF Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, Haziran.
- DİE; *Türkiye İstatistik Yıllıkları (1999, 2001)*.
- DPT (2000), *Doğu Anadolu Projesi (DAP) Strateji ve Yeniden Yapılanma Senaryoları*, Sağlık Sektörü, Ankara.
- DPT(1999), *İller ve Bölgeler İtibariyle Çeşitli Göstergeler*, Ankara.
- DPT(2002), *İller ve Bölgeler İtibariyle Çeşitli Göstergeler*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1999), *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998*, Ankara.
- The World Bank Atlas, 1995.*
- The World Bank, World Development Report, 1996.*
- The World Bank, Countries and Regions,*
- <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (Nisan 2003).