

T.C. SERHAT KALKINMA AJANSI

“ÖNCE SAĞLIK!”

**TRA2 BÖLGESİ
SAĞLIK ALTYAPISI**

MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

ARALIK 2011, KARS

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KISALTMALAR	iii
SUNUŞ	iv
YÖNETİCİ ÖZETİ	vi
I. GİRİŞ	1
II. METODOLOJİ	3
III. KALKINMA PLANLARI VE KALKINMA YAKLAŞIMLARI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK	8
IV. TRA2 BÖLGESİNİN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ VE SAĞLIK HİZMET BÖLGESİ UYGULAMASI	11
4.1. TRA2 Bölgesi ve İllerinin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Açısından Konumu	11
4.2. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sağlık Bölgesi Uygulaması ve TRA2 Bölgesi	14
V. SAHA ÇALIŞMASI BULGULARI	18
5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	18
5.1.1. Toplum Sağlığı Merkezleri.....	18
5.1.2. Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Birimleri	20
5.1.3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri.....	24
5.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Diğer Kuruluşlar	26
5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	26
5.2.1. Bölge Hastanelerinin Statüsü ve Hizmet Standartları.....	26
5.2.2. Fiziksel Altyapı Durumları.....	28
5.2.3. Yatak Kapasitesi ve Nitelik Durumu	31
5.2.4. Sağlık Personeli Kapasitesi.....	32
5.2.5. Hasta Yoğunluğu.....	34
5.2.6. Tıbbi Cihaz ve Ekipman Altyapısı	35
5.2.7. Özel Hastaneler	36
5.2.8. MSB Askeri Hastane Baştabipliği	38
5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	38
5.4. Bölge İçi ve Bölge Dışı Hasta Hareketleri.....	39
5.5. Doktorların Bölgede Görev Yapmaları İle İlgili Değerlendirmeler	41
VI. SAĞLIK GÖSERGELERİ BAĞLAMINDA BÖLGELERARASI FARKLILIK	44
6.1. Mevcut Durum.....	44
6.2. TRA2 Bölgesinde Hastane Yatırımları/2014 Projeksiyonu.....	47

VII. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	50
KAYNAKLAR.....	56

EKLER

- 1. Tanımlar**
- 2. TRA2 Bölgesi Hastaneleri Mevcut Durum Verileri**

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Görüşülen Sağlık Kuruluşları.....	5
Tablo 2: Kademeli İl Grupları İtibariyle Sağlık Göstergeleri.....	12
Tablo 3: TRA Düzey 1 Bölgesi İlleri Sağlık ve Sosyo-ekonomik Gelişmişlik Sıralaması	13
Tablo 4: TRA Bölgesi İlleri 1996-2003-2010 Gelişmişlik Sıralaması Değişimi	14
Tablo 5: TRA2 Bölgesi Yataklı Tedavi Kurumları Planlaması	16
Tablo 6: TRA2 Bölgesi Planlanan Hastane Standartları	17
Tablo 7: Toplum Sağlığı Merkezleri Sağlık Personeli Sayıları ve Bağlı Sağlık Evleri	19
Tablo 8: Kars Merkez TSM Personel Dağılım Cetveli.....	20
Tablo 9: TRA2 Bölgesi ASM'lerinin AHB ve Nüfus Dağılımları	21
Tablo 10: TRA2 Bölgesindeki ASM'lerin Hizmet Verdikleri Nüfusa Göre Dağılımı	22
Tablo 11: TRA2 Bölgesi İllerinin ASM, AHB ve Nüfus Dağılımları.....	23
Tablo 12: TRA2 Bölgesinde AHB Başına Düşen Nüfus Dağılımı.....	23
Tablo 13: TRA2 Bölgesinde Bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri.....	24
Tablo 14: Hastanelerin Yatak Kapasiteleri ve Niteliklerine Göre Dağılımları	31
Tablo 15: Hastanelerin Sağlık Personeli Sayısı.....	33
Tablo 16: Hastanelerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları	35
Tablo 17: Hastanelerin Tıbbi Cihaz Altyapısı	36
Tablo 18: Hastane Yatak Sayısı	44
Tablo 19: Yoğun Bakım Yatak ve Tıbbi Cihaz Sayıları.....	45
Tablo 20: Sağlık Personeli Sayısı	45
Tablo 21: TRA2 Bölgesi Mevcut ve Planlanana Hastane Yatak Sayıları	48
Tablo 22: Mevcut ve Planlanan Hastane Yatak Sayısı Göstergeleri	49

KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AH	Aile Hekimi
AHB	Aile Hekimliği Birimi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BT	Bilgisayarlı Tomografi (CT)
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
EKO	Ekokardiyografi
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
İBB	İstatistiki Bölge Birimi
İGE	İnsani Gelişmişlik Endeksi
İKİS	İl Koordinasyon ve İzleme Sistemi
KB	Kalkınma Bakanlığı
MR	Manyetik Rezonans
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
PDC	Personel Dağılım Cetveli
SB	Sağlık Bakanlığı
SERKA	Serhat Kalkınma Ajansı
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	United Nations Development Program (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)
WB	World Bank
WHO/DSÖ	World Health Organisation/Dünya Sağlık Örgütü

SUNUŞ

Her işin başı sağlık. Birey olarak insanın mutluluğu ruhen ve bedenen sağlıklı olmakla mümkündür. Toplumun sağlığı ise bünyesindeki bireylerin maddi manevi sağlığıyla birebir bağlantılıdır. Esasında kalkınma çabaları genelde toplumu ve özeld bireyi mutlu ve müreffeh kılmayı amaçlamaktadır. Dünyada ve ülkemizdeki tüm kalkınma kuramlarında “insan” işin tabiatı gereği zorunlu olarak en başta ele alınır ve kalkınma çalışmalarının varlık sebebidir.

İnsan sağlığı, genel sağlığı tehdit eden unsurlara karşı geliştirilmiş önleyici tedbirler, sağlık altyapısı, sağlık hizmetlerine ulaşım imkanı kalkınmayla ilgili her çalışmada gelişmişlik göstergesi olarak ele alınmaktadır. Nitekim Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme Endeksi hesaplamasında baz alınan üç göstergeden birisi sağlık ve uzun ömür ile ilgili verilerdir. Ekonomik ve sosyal kalkınma sağlık sektörüne daha fazla kaynak aktarılmasını sağlayacak, sağlık sektöründeki gelişme ise genel sağlığı daha iyi seviyelere çıkaracaktır. Sağlıklı birey ve toplum ise daha verimli ve üretken olacak ve ekonomik kalkınmayı hızlandıracak ve bu döngü bu şekilde kendi kendini besleyecektir.

Yerel ve bölgesel gelişmeyi hızlandırmak için kurulmuş olan kalkınma ajansları, 8. beş yıllık kalkınma planında öncelikli olarak görülen “insanımızın hak ettiği yaşam düzeyinin sağlanması” amacı doğrultusunda faaliyet gösterirken elbette ki insan sağlığı ve sağlık sektörünün daha iyiye götürülmesi çabalarının da içinde olacaktır. Bu bağlamda TRA2 Bölgesinde kurulan Serhat Kalkınma Ajansı elinde bulundurduğu kaynaklar ve teknik birikimi ile merkezi idare, bölgede yer alan kurum ve kuruluşlar ve diğer bütün paydaşlarını koordine ederek sağlık konusunda etkin ve daha hızlı bir gelişme ortaya çıkarabilmek için çalışmak durumundadır. Bu çalışmayı yaparken kimi zaman mali imkanlarla paydaşlarını destekleyecek kim zaman ise kurum ve kuruluşlara sunacağı rapor ve diğer çalışmalar ile kamu yatırımlarının bölgeye gelmesi, doğru ve verimli kullanılmasına yardımcı olacaktır.

Henüz iki yılını doldurmamış olan Ajans, bu sürede önemli çalışmalar yapmış, bölge planı çalışmaları kapsamında bölgeyi tüm sektörler itibariyle taramıştır. Bu çalışmalarda Kars, Ağrı, Iğdır ve Ardahan’da en önemli ve acil çözüm bekleyen sorunlardan birinin de sağlık sektörü olduğu görülmüştür.

Sağlıklı yaşam, uzman doktor, yeterli hastane, önleyici sağlık eğitimi gibi insan sağlığını ilgilendiren tüm alanlarda bölgenin kalkınmasına yönelik adımların hızlı ve etkin atılabilmesi amacıyla gerekli olan çalışmaları yapabilmek ve bunu ilgili kurumlara ve paydaşlara aktarabilmek için, yaklaşık dört aylık süren bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma esnasında sağlık çalışanları ile birebir görüşülmüş, hastaneler, sağlık ocakları ve diğer sağlık birimleri yerinde incelenmiş, tüm sağlık kurum ve kuruluşu yöneticileri ile doğrudan görüşülerek bilgi alınmış, katılımcılık azami şekilde sağlanmış, dile getirilen her fikir değerli görülerek dikkate alınmış, istatistiki veriler merkezi idare ve bölge kurumlarından temin edilerek kullanılabilir hale getirilmiş ve başlangıç için oldukça başarılı bir teknik rapor ortaya çıkarılmıştır. Bu ilk adım sonrasında bölgenin sağlık altyapısına ilişkin çalışmalar ileride daha da geliştirilerek çoğaltılacak ve bölgede sağlıkla ilgili sorunlara çözümler aranmaya devam edilecektir.

Bu çalışmaya görüş ve eleştirileri ile katkıda bulunan, belge, bilgi ve veri temininde yardımcı olan bölgedeki tüm sağlık çalışanlarına, kurum ve kuruluş yetkililerine teşekkür ederim. Son olarak çalışmayı azami titizlik ve hassasiyetle gerçekleştiren Ajans uzmanlarından Selen Sallan, mit Yaşar Aktürk, Metehan Akkaya ve Musa Erdal'a teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin TUTAR
Genel Sekreter

YÖNETİCİ ÖZETİ

Kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık; nihai amacı sağlıklı insan ve sağlıklı topluma ulaşmak olan günümüz kalkınma yaklaşımları tarafından hem bir amaç hem de araç olarak değerlendirilmekte, sağlık ve kalkınma karşılıklı birbirini etkileyen olgular olarak ele alınmaktadır. Ekonomik kalkınmayla birlikte sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılarak daha iyi sağlık düzeylerine ulaşmak mümkün kılındığı gibi; sağlıklı insanlardan oluşan bir toplumda da daha fazla üretim ve böylece daha yüksek kalkınma düzeyine ulaşmak beklenmektedir.

Ülkemiz birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de yapısal dönüşümler gerçekleştirmekte, önemli gelişmeler kaydetmektedir. Bu gelişmeler sonucunda, ulusal düzeyde gelişmişlik göstergelerinin ülke lehine değişmekte olduğu bir dönemden geçmekteyiz. Söz konusu gelişmeler ülke içinde de bölgelerarası göstergeleri dönüştürmekte, az gelişmiş bölgeler lehine olumlu sonuçlar yaratmaktadır. 2010 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda İstatistiki Bölge Birimi (İBB) Düzey 1 bölgeleri bazında sunulmuş olan karşılaştırmalı veriler, bölgelerarası farklılıkların azaltılması konusunda birçok temel sağlık göstergesi açısından sayısal verilerde olumlu gelişmeler olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesinin büyük bir kısmını içine alan TRA Bölgesinin son yıllarda önemli bir gelişme kaydettiği görülmektedir.

Genel sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi itibariyle 26 Düzey 2 Bölgesi içinde 25. sırada bulunan TRA2 Bölgesi, sağlık sektörü sıralamasında 26. olarak en son sırada yer almaktadır. TRA2 Bölgesinin Sağlık Altyapısı Çalışması; Bölgenin sağlık sektöründe mevcut durumunu **fiziksel altyapı, sağlık hizmetlerine erişim ve insan kaynakları** bağlamında ortaya koymayı, bu değişkenler açısından temel sorun alanlarını saptamayı ve Bölgenin sağlık altyapısının geliştirilmesine yönelik temel stratejilerin belirlenebilmesi için gerekli verileri sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmanın aynı zamanda, SERKA'nın Bölgenin kalkınma hedefleri çerçevesinde program önceliklerinin belirlenmesine de katkı sunması hedeflenmektedir.

Temel sağlık göstergeleri açısından TRA2 Bölgesinin 2010 yılı verileriyle mevcut durumunu gösteren bulgular aşağıda özetlenmiştir:

1. Bin kişiye düşen uzman hekim sayısı (0,45) ile Türkiye ortalamasının (1,15) yarısından daha azdır.
2. Bölgede bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı (0,55) ile Türkiye ortalamasının (0,53) çok küçük oranda üzerindedir.
3. Bölgede bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 1'dir. Bu sayı (1,67) olan Türkiye ortalamasının oldukça gerisindedir.
4. Bölgede bin kişiye düşen diş hekimi sayısı (0,11) ile (0,29) olan Türkiye ortalamasının yaklaşık üçte biridir.

5. Bin kişiye düşen eczacı sayısı (0,15) ile Türkiye genelinin (0,36) yarısından daha azdır.
6. Bölgede on bin kişiye düşen hastane yatak sayısı (13,14) ile, Türkiye ortalamasının (24,97) yaklaşık yarısı kadardır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında uygulamaya koymuş olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bölgesi Planlaması çerçevesinde TRA2 illerinin tamamı Erzurum merkezli 1. Sağlık Hizmet Bölgesine bağlanmış, Ağrı iline bağlı Doğubayazıt ve Patnos ilçeleri ise Van merkezli 2. Sağlık Hizmet Bölgesi kapsamında değerlendirilmiştir. Bu planlama çerçevesinde, TRA2 Bölgesinde 11 hastanenin yapımı ya da kapasitesinin artırılması öngörülmekte olup, bu hastanelerden Doğubayazıt, Hamur ve Selim ilçelerinde bulunan hastaneler 2011 yılı itibariyle hizmete girmiş; Ardahan, Sarıkamış, Göle, Patnos, Tutak ve Diyadin Devlet Hastanelerinin yapımı tamamlanmak üzeredir. Ağrı Devlet Hastanesinin yapımının 2013 yılında tamamlanması planlanmaktadır. Iğdır Devlet Hastanesi'nin Ekim 2011 ayı içinde temeli atılmış, Kars Devlet Hastanesinin yapım ihalesi tamamlanmıştır. Bu gelişmelerle Bölgede 2014 yılına kadar yataklı tedavi kurumları hizmetlerinin kapasitesi ve kalitesinin önemli ölçüde artması beklenmektedir. Bu yeni yatırımlarla Bölgede toplam hastane yatak sayısının 1.555'ten 2.081'e, 13,14 olan onbin kişiye düşen hastane yatak sayısının ise 18,36'a çıkması beklenmesine rağmen yine de bu artış Bölgeyi mevcut Türkiye ortalaması (24,97) standartlarına ulaştırmaktan uzak olacaktır.

Yeni bir sistem olması nedeniyle, henüz kuruluş aşamasında birçok sorunu çözememiş olmakla birlikte (TSM'lerde hekim ve diğer sağlık personeli yetersizliği, AHB'lerin tamamında hekim bulunmaması, ASM ve AHB'lere düşen nüfusun fazlalığı, gibi) Ağrı ili dışında tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasının görece başarılı bir biçimde uygulandığı söylenebilir. Ancak, TRA2 Bölgesinin mevcut temel altyapı sorunları ve belediye hizmetlerinin yetersizliği de dikkate alınarak, Bölgede genel hijyenden kaynaklı olarak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu ve mevcut TSM'lerin insan kaynakları, donanım ve ekipman altyapılarının yeterli olmadığı aşikardır.

Diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan Verem Savaş Dispanserleri ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nde yeterli sayıda hekim bulunmamaktadır. Ağrı ve Iğdır'daki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, hastane olarak kullanıma uygun olmayan, kira yoluyla edinilmiş binalarda hizmet vermektedirler.

Sağlık hizmetlerinin temel fiziki altyapısı ile ilgili bu bulgulara ilaveten, çalışma kapsamında saptanmış olan önemli sorun ve ihtiyaçlar aşağıda özetlenmiştir:

1. Sağlık sektöründe insan kaynakları yetersizliği en önemli sorundur. Bölgede hekimlerin görev yapma süresi 12 ile 24 ay arasında değişmektedir. Yüksek ücretler teklif edilmesine rağmen, uzman doktorların Bölgede çalışmayı tercih etmemeleri özel hastaneler açısından da nitelikli insan gücü temininin önemli bir sorun

oluşturduğunu göstermektedir. Bunun en önemli nedenlerinin; Bölgenin az gelişmişliği nedeniyle sahip olduğu düşük yaşam standartları, sağlık personelini Bölgede çalışmaya özendirici teşviklerin (ücret, lojman, vb. olanaklar) bulunmaması ve sağlık kuruluşlarının bina, ekipman ve donanım açılarından çalışma koşullarının özendirici olmaması olduğu saptanmıştır.

2. Bölge illerinin kırsal alanından kentteki hizmetlere ve/veya Erzurum'a ulaşım diğer önemli sorundur. Bölgenin ağır kış koşullarında yalnız kırsal yerleşim yerlerinden halkın kente ulaşımı değil, sağlık personelinin de acil durumlar için kırsal yerleşimlere ulaşımının önemli bir sorun (özellikle Ardahan ili için) olduğu belirtilmiştir. İller arası ulaşım ise Bölge halkı açısından nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımında maliyet gerektiren bir durum olarak değerlendirilmektedir.
3. Bölgede özel sağlık hizmetleri gelişmemiştir. Var olan işletmelerin büyümesi ve hizmet kapasitesini artırmasında Sağlık Bakanlığı'nın özel sağlık kurumlarına kadro tahsisinde uyguladığı kısıtlama politikası önemli bir engel olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, Bölgede sağlık hizmetleri işletmeciliği konusunda önemli bir kapasite eksikliğinin varlığından söz etmek mümkündür.
4. Yeni hastane yatırımları ile Bölgede gelişen sağlık hizmetleri çevre sorunları ile birlikte değerlendirilmelidir. Bölgede tıbbi atık yönetimi ile ilgili tesislerin bulunmaması özellikle büyük hastanelerin yönetimleri tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak dile getirilmiştir. Bölgenin tüm illerinden tıbbi atıklar toplanarak Erzurum'a gönderilmektedir.

TRA2 Bölgesi Sağlık Altyapısı Çalışması kapsamında elde edilen bulgular çerçevesinde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sağlık Bölgesi Uygulamasının Bölge açısından değerlendirmesi aşağıda sunulmuştur:

1. Sağlık Bölgesi uygulaması çerçevesinde TRA2 illerinin Erzurum merkezli 1. Sağlık Hizmet Bölgesi kapsamında değerlendirilmiş olması, ulaşım şartları gibi önemli bir kriteri göz ardı ederek, yoğunluklu olarak nüfus bazlı bir planlama yapıldığını göstermektedir.
2. Mevcut uygulama, sağlık merkezi konumunda bulunan Erzurum ve civar il ve ilçelerinde sağlık sektörünün gelişmesinde önemli etkilerde bulunurken, TRA2 illerinde sektörün gelişmesine katkıda bulunmamakta, bölgeler arası farklılıkların azaltılmasında etkili olmamaktadır.
3. TRA2 Bölgesi içinde ulaşım ve hizmet sunum kapasitesi açısından Kars iline Iğdır ve Ardahan illerinden taleplerin yoğun olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Artvin'in 1. Sağlık Hizmet Bölgesi kapsamında bulunan ilçelerinden de Kars'a talebin olduğu belirtilmiştir.
4. Sağlık Hizmetleri Bölge Sınıflandırmasında ulusal sınırları baz alan il bazlı değerlendirmeler yanı sıra illerin içerisinde bulunduğu bölge ve bölgelerarası (bazen ulusal sınırları da aşan) konumu nedeniyle barındırdığı fırsat ve potansiyelleri de dikkate alan bir değerlendirmeye ihtiyaç bulunmaktadır.

5. Bu değerlendirmelerden hareketle; Kars'ta bir üniversite hastanesinin mevcudiyeti ve yakın zamanda kapasitesinin geliŖeceęi göz önünde bulundurularak; 1. Sağlık Hizmet Bölgesi'nin yalnız Erzurum merkezli değil, **Erzurum-Kars** merkezli (Elazığ-Malatya merkezli 4. Sağlık Hizmet Bölgesi'nde olduğu gibi) olarak yeniden planlanması konusu, nüfusu 500.000'in üzerinde olan Ağrı ilinde A-1 Grubu hastane yapımı ve orta vadede **Kars-Ağrı** merkezli yeni bir bölge belirlemesi yapılması uygun görünmektedir.

Çalışmanın bulguları, Bölgede sosyo-ekonomik gelişmenin sağlanmasıya yönelik stratejiler ve uygulama programlarının geliştirilmesi açısından da ipuçları sunmaktadır.

1. Sağlık personelinin Bölgede kalma süresinin azlığı genel olarak az gelişmiş bölgelerdeki **"yaşam kalitesinin düşüklüğü"** ile doğrudan ilişkilidir. TRA2 Düzey II Bölgesi 2010-2013 Bölge Planının da temel hedeflerinden biri olan **"yaşam kalitesini artırmak"** hedefi doğrultusunda aşağıda sunulmuş olan alanlarda programlar geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

- İl ve ilçe merkezlerinde kent peyzajının geliştirilmesi, çocuk oyun alanları ve parklar gibi Belediye hizmetlerine destek olunması,
- Özellikle katı atık yönetimi ile cadde ve sokakların temizliğinin sağlanması gibi Belediye hizmetlerine destek olunması,
- Bölgede sinema, tiyatro, vb. kültürel alanların geliştirilmesi konusunda kamu ve özel sektör girişimcilerine, amatör ya da profesyonel gruplara destek sağlanması,
- Kent ve kırsal alanda hijyen kültürünün geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin desteklenmesi.

2. Hastanelerdeki yoğunluğu artıran bir neden olarak kırsal yerleşimlerde yaşayan kadınlar ve genç kızlar için hastanelerin kente gelebilmenin tek meşru nedeni olması konusu ise kültürel bir durum olup, kısa vadede çözüm geliştirmenin zor olduğu bir alandır.

*“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi,
Olmaya devlet cihanda bir nefes **sıhhat** gibi ”*

Kanuni Sultan Süleyman

*“**Sağlık**; hastalığın ve sakatlığın olmamasından ziyade; **‘bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir’** ve bu iyilik halinin mümkün olan en yüksek seviyede tutulması ve sürdürülmesi en temel insan hakkıdır ve gerçekleştirilmesi sağlık sektörüyle birlikte pek çok sosyal ve ekonomik sektörün harekete geçmesini gerektiren dünya çapında bir amaçtır.”*

(Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirisi, Madde 1, 1978)

I. GİRİŞ

İnsan sağlığı kalkınmışlığın önemli göstergelerinden biridir ve sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları sadece az gelişmiş ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de öncelikli konusudur. Sorunun niteliği açısından farklılıklar olmasına karşın, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması az gelişmiş ülkelerin olduğu kadar gelişmiş ülkelerin de temel sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı raporu¹ sağlık konusunun ülkelerin değil, global dünyanın ortak sorunu olduğunu açıkça ortaya koymakta, 2010 yılı raporunda² ise henüz hiçbir ülkenin sağlığını korumak ya da geliştirmek için tüm hizmetlere herkesin ulaşmasını garanti altına alabilen bir sistem geliştiremediği vurgulanmaktadır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler ise; bir yandan temel sağlık hizmetleri sunumunun yaygınlaştırılması ile bölgeler ve kırsal-kent arası farklılıkların azaltılması, diğer yandan da "değişen sosyo-ekonomik, toplumsal, demografik, kültürel ve epidemiyolojik yapıların³ ortaya çıkardığı yeni ihtiyaçların karşılanması"⁴ sorunuyla karşı karşıyadırlar. Dolayısıyla, yapılan planlamalarla bölgeler ve kent-kırsal arasında sağlık sunumunun dengeli ve eşitlikçi dağılımı sağlanırken, aynı zamanda bölgelerin farklılaşan ihtiyaçları da gözetilmek zorundadır.

Serhat Kalkınma Ajansı (SERKA)'nın faaliyet göstermekte olduğu TRA2 Düzey 2 Bölgesi kapsamındaki Ağrı, Ardahan, Iğdır ve Kars illeri ülkenin en az gelişmiş illeri arasında bulunmaktadır.⁵ Bölgelerarası karşılaştırmada ise 26 İBB-Düzey 2 Bölgeleri içinde TRA2 Bölgesi sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında 25. olarak sondan 2. sırada yer almaktadır.⁶ 9. Ulusal Kalkınma Planı'nda "bir taraftan bölgelerin verimliliğini yükseltmek suretiyle ulusal kalkınmaya, rekabet gücüne ve istihdama katkıyı artırırken, diğer taraftan da bölgeler ve kırsal-kent arası gelişmişlik farklılıklarını azaltma temel amacına hizmet

¹ WHO, Primary Health Care: Now More Than Ever, World Health Report, 2008.

² WHO, Health System Financing: The path to universal coverage, World Health Report, 2010, s.20.

³ *Sosyoekonomik değişim:* Önceleri tarıma dayalı üretim yapan, daha çok kırsal alanlarda yerleşmiş bir nüfusu olan Türkiye'nin günümüzde nüfusunun yaklaşık % 75'i kentlerde oturmakta, % 60'dan fazlası endüstriye dayalı üretim yapmaktadır. *Kültürel yapı:* Önceleri kapalı bir toplum yapısına sahip olan Türkiye; televizyon, üniversitelerin yaygınlaşması, turizmin gelişmesi, ulaşım ve haberleşme olanaklarının artması gibi nedenlerle küresel kültürlenme yönüne doğru hızla kaymaktadır. *Demografik yapı:* Türkiye'de beklenen yaşam süresi 70 yaşını aşmıştır ve yaşa bağlı kronik hastalık ve rahatsızlıkların öne çıkması beklenmektedir. *Epidemiyolojik yapı:* Türkiye'nin epidemiyolojik örüntüsü bulaşıcı hastalıkların yaygın ve en önemli sorun olduğu bir durumdan, kanser, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların öne çıkacağı bir duruma doğru değişmektedir. Sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla sağlık iş gücünün bu değişimlere uyarlanması gerekmektedir. Geriatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, fizyoterapi, diyetetik, psikiyatri ve psikoloji gibi alanlarda uzmanlara olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Evde bakım hemşireliği gibi yeni alanlarda iş gücü yetiştirilmesi de gündeme gelmelidir (SB, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007:28).

⁴ SB, A.g.e., s.28.

⁵ B. DİNÇER ve diğ., İllerin ve Bölgelerin Sosyo-ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, DPT, 2003.

⁶ A.g.e., s.56.

etmesi"⁷ öngörülen **bölgesel kalkınma stratejileri** kapsamında, sağlık sektörünün gelişimi ve bölgeler arasında dengeli dağılımının sağlanması önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında uygulamaya konmuş olan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında temel sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması yönünde önemli gelişmeler kaydedilmiş, yeni uygulamaların etkileri ülkenin genel sağlık istatistiklerine de yansımış görünmektedir. 2010 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda İstatistik Bölge Birimi (İBB) Düzey 1 bölgeleri bazında sunulmuş olan karşılaştırmalı veriler, bölgelerarası farklılıkların azaltılması konusunda birçok temel sağlık göstergesi açısından son yıllarda sayısal verilerde olumlu gelişmeler olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesinin büyük bir kısmını içine alan TRA Bölgesinin son yıllarda önemli bir gelişme kaydettiği görülmektedir⁸.

Bu çalışma, TRA2 Bölgesinin de içinde bulunduğu TRA Düzey 1 Bölgesinin genel ortalamalar düzeyinde olumlu gelişmeler göstermesine karşın, bölgesel stratejiler geliştirilmesine katkı sunmak amacıyla sağlık hizmetlerinin dağılımında bölge içi farklılıkların saptanması ihtiyacından doğmuştur. TRA2 Bölgesinin Sağlık Altyapısı Çalışması; Bölgenin sağlık sektöründe mevcut durumunu **fiziksel altyapı, sağlık hizmetlerine erişim** ve **insan kaynakları** bağlamında ortaya koymayı, bu değişkenler açısından temel sorun alanlarını saptamayı ve Bölgenin sağlık altyapısının geliştirilmesine yönelik temel stratejilerin belirlenebilmesi için gerekli verileri sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmanın aynı zamanda, SERKA'nın Bölgenin kalkınma hedefleri çerçevesinde program önceliklerinin belirlenmesine de katkı sunması hedeflenmektedir.

Çalışmanın kapsamı coğrafi olarak TRA2 Bölgesi illeri ile sınırlı olmakla birlikte, karşılaştırmalı analizler TRA Bölgesi kapsamındaki TRA1 Bölgesi illerini de içermektedir.

TRA2 Bölgesi Sağlık Altyapısı Çalışması raporu giriş ve ikinci bölümü oluşturan metodoloji dışında beş bölümden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde sağlık ve kalkınma ilişkisi ele alınarak kavramsal bir çerçeve oluşturulmuş; üçüncü bölümde Ulusal Kalkınma Planlarının ve TRA2 Bölgesi 2010-2013 Bölge Planının sağlık sektörü ile ilgili hedef ve stratejilerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. TRA2 Bölgesi ve illerinin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin yıllara göre değişimi dördüncü bölümde değerlendirilmiştir. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sağlık Bölgesi Uygulaması ile TRA2 Bölgesi illerinin yataklı tedavi merkezleri ile ilgili planlamaların değerlendirilmesi de yine dördüncü bölümde sunulmuştur.

⁷ DPT, 9. Kalkınma Planı (2007-2013), 2006, s.99.

⁸ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011a.

Raporun beşinci bölümü, Bölge’de gerçekleştirilen saha çalışmasından elde edilen verilerin analizinden oluşmaktadır. Elde edilen bulgular; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Uygulaması), İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri ana başlıkları altında değerlendirilmiştir. Hasta hareketleri ile uzman ve pratisyen hekimlerin Bölgede kalış süreleri ile ilgili değerlendirmeler ayrı başlıklar altında sunulmuştur. Altıncı bölümde ise sağlık göstergeleri bağlamında TRA2 Bölgesinin Türkiye’nin genel ortalaması ile karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Sonuç ve Değerlendirme Bölümü, çalışmanın tamamından elde edilen bilgi ve analizlerden hareketle, Bölgede sağlık sektörünün temel sorunlarını ortaya koymakta; bu sorunların çözümü için geliştirilecek stratejilere temel olacak değerlendirmeleri içermektedir.

II. METODOLOJİ

Çalışma kapsamında sağlık altyapısı; yukarıda da belirtildiği gibi ekipman ve donanımı da içeren *fiziksel altyapı*, sağlık kuruluşlarındaki dağılımdan hareketle *hizmetlere erişim* ve sağlık hizmetlerinin sunumunda *insan kaynakları* bağlamında ele alınmıştır. Çalışma, sağlık hizmetleri bakımından rehabilite edici hizmetleri içermemekte, tedavi edici hizmetler ile koruyucu sağlık hizmetleri sunan temel sağlık kurumlarını (hastaneler, toplum sağlığı merkezleri, aile hekimliği birimleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri gibi) kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı, özel ya da başka kurumların bünyesinde hizmet veren sağlık kuruluşlarının tamamı çalışma kapsamında olmakla birlikte, Askeri Hastaneler çalışma kapsamında değerlendirilmemiş, ancak, işleyişlerinin anlaşılması açısından Ardahan Askeri Hastanesi ile görüşme yapılmıştır.

Verem Savaş Dispanserleri ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri⁹ özel amaçlı kuruluşlar olmaları nedeniyle çalışmanın dışında tutulmuştur. Çalışmada bu kuruluşlara ancak Toplum Sağlığı Merkezlerinden ve ikincil kaynaklardan edinilebilen bilgiler doğrultusunda yer verilmiştir. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ise yeni yapılanmada hastanelerden ayrı kurumlar olarak hizmet vermekte olduklarından çalışmanın kapsamı içine alınmıştır.

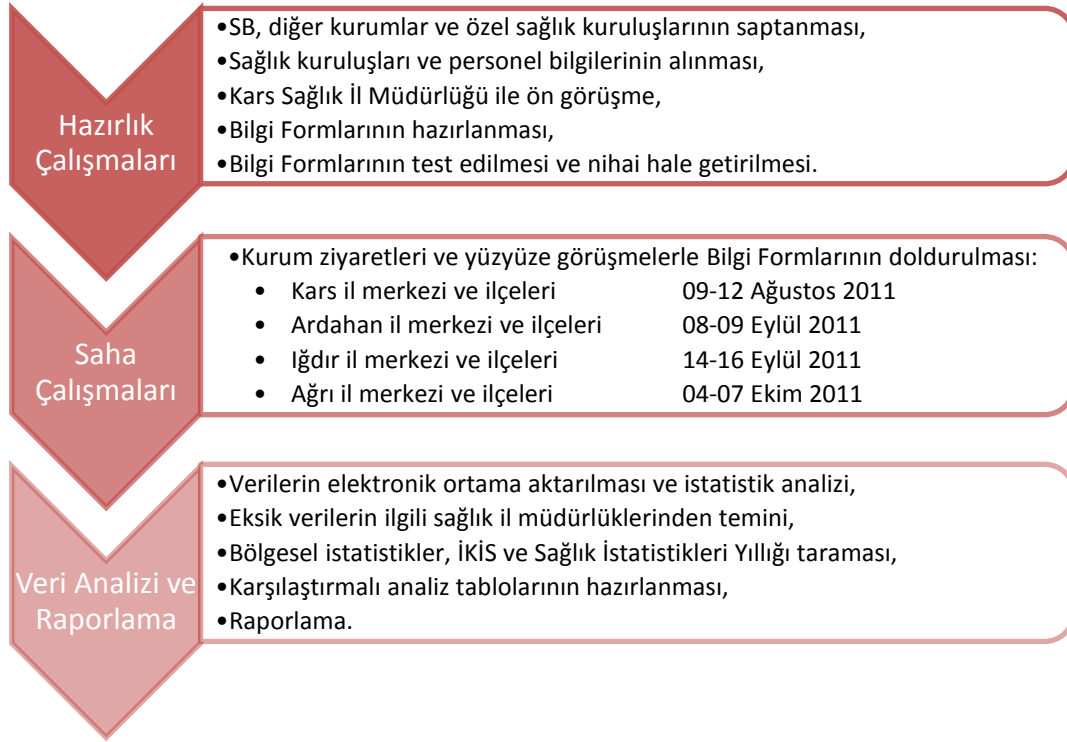
Karşılaştırmalı analizlerin kapsamı ise temel sağlık göstergelerinden uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, diş hekimi sayısı, hasta yatak sayısı, yoğun bakım yatak sayısı ve eczacı sayısı ile sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırmada saha çalışmalarından

⁹ Bölgenin az gelişmişliği ile karakterize olan özgül nitelikleri nedeniyle özellikle Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve bu merkezlerin hizmetine duyulan ihtiyaç, ayrı bir çalışmanın konusu olacak kadar kapsamlı ele alınmasını gerektirmektedir.

elde edilebilen veriler belirleyici olmuş, ebe ve hemşire sayısı¹⁰ ile bebek ölüm oranı bilgisi iller ayrımında edinilemediğinden bu göstergelere dahil edilmemiştir.

Çalışmada ulusal, bölgesel ve il istatistiklerinden yararlanılmış olmakla birlikte, temel veri toplama yöntemi olarak yüz yüze görüşmeler yoluyla bilgi formlarının doldurulması yöntemi tercih edilmiştir. Hazırlık aşamasından başlayarak çalışmada izlenen işlem aşamaları aşağıda sunulmuştur.

İşlem Aşamaları



Bölgedeki sağlık kuruluşları ve personel bilgilerini içeren il geneli temel sayısal veriler Sağlık İl Müdürlüklerinden alınmış, diğer verilerin derlenebilmesi için Sağlık İl Müdürlükleri, Hastaneler ve Toplum Sağlığı Merkezleri için üç ayrı görüşme formu oluşturulmuştur. Düzenlenen formlar ilk olarak Kars il merkezindeki ilgili sağlık kuruluşları ile görüşme yapılarak test edilmiş, bu görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda Bilgi Formları revize edilerek nihai hale getirilmiştir. Çalışmanın veri toplama aracı olarak geliştirilmiş olan Bilgi Formları **Ek-2**'de sunulmuştur.

Saha çalışmaları kapsamında listesi **Tablo 1**'de sunulmuş olan Sağlık İl Müdürlükleri, devlet hastaneleri, diğer kurum hastaneleri, özel hastaneler ve tıp merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ziyaret edilmiştir. Görüşülen bu

¹⁰ Sağlık kuruluşlarında çalışan mevcut ebe ve hemşire sayısı ile ilgili olarak bilgi formları aracılığı ile alınan bilgilerde tutarsızlıklar saptanmış olduğundan kullanılmamıştır. Bu tutarsızlıklar; entegre hastanelerde TSM personelinin de bulunması, ebe ve hemşire kadrolarının ayırt edilememesi ve kadrolu, sözleşmeli ve vekil statüleri yanında bir de görevlendirme ile çalışanlar gibi karmaşık bir personel yapısının mevcudiyetinden kaynaklanmaktadır.

kurum ve kuruluşların yetkilileri ile Bilgi Formları doldurulmuş, bu yetkililerden görev yapmakta oldukları kurum ve kuruluşların hizmet kapasitesine yönelik değerlendirmeleri alınmıştır.

Tablo 1: Görüşülen Sağlık Kuruluşları

İL	İLÇE	Sağlık Kuruluşları	Sayısı
AĞRI	Merkez	Ağrı Sağlık İl Müdürlüğü	6
		Ağrı Devlet Hastanesi	
		Güven Başaran Hastanesi	
		Güven Tıp Merkezi	
		Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	
		Toplum Sağlığı Merkezi	
	Doğubayazıt	Devlet Hastanesi	2
		Özel Mediza Kadın Doğum Hastanesi	
	Diyadin	Toplum Sağlığı Merkezi	2
		Devlet Hastanesi	
	Eleşkirt	Toplum Sağlığı Merkezi	2
		Devlet Hastanesi	
	Hamur	Entegre Devlet Hastanesi/TSM	1
	Patnos	Toplum Sağlığı Merkezi	2
Devlet Hastanesi			
Taşlıçay	Entegre Devlet Hastanesi/TSM	1	
Tutak	Toplum Sağlığı Merkezi	2	
	Devlet Hastanesi		
AĞRI TOPLAMI			18
ARDAHAN	Merkez	Ardahan Sağlık İl Müdürlüğü	5
		Ardahan Devlet Hastanesi	
		Askeri Hastane Baştabipliği	
		Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	
		Toplum Sağlığı Merkezi	
	Çıldır	Toplum Sağlığı Merkezi	1
	Damal	Toplum Sağlığı Merkezi	1
	Göle	Toplum Sağlığı Merkezi	2
		Devlet Hastanesi	
	Hanak	Toplum Sağlığı Merkezi	1
Posof	Entegre Devlet Hastanesi/TSM	1	
ARDAHAN TOPLAMI			11

Tablo 1: (devamı)

İL	İLÇE	Sağlık Kuruluşları	Sayısı
İĞDIR	Merkez	İğdir Sağlık İl Müdürlüğü	5
		İğdir Devlet Hastanesi	
		Özel Kadın Doğum Hastanesi	
		Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	
		Toplum Sağlığı Merkezi	
	Aralık	Toplum Sağlığı Merkezi	2
		Devlet Hastanesi	
	Karakoyunlu	Toplum Sağlığı Merkezi	1
	Tuzluca	Toplum Sağlığı Merkezi	2
		Devlet Hastanesi	
İĞDIR TOPLAMI			10
KARS	Merkez	Kars Sağlık İl Müdürlüğü	6
		Kars Devlet Hastanesi	
		Doğum ve Çocuk Bakımevi	
		Kafkas Üniversitesi Tıp Fak. Hast.	
		Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (TOKİ)	
		Karaağaç Toplum Sağlığı Merkezi	
	Akyaka	Toplum Sağlığı Merkezi	1
		1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi	1
	Arpaçay	Toplum Sağlığı Merkezi	1
		1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi	1
	Digor	Entegre Devlet Hastanesi/TSM	1
	Kağızman	Toplum Sağlığı Merkezi	5
		Devlet Hastanesi	
		Şahindere 1, 2 ve 3 No'lu ASM'ler	
Sarıkamış	Toplum Sağlığı Merkezi	2	
	Devlet Hastanesi		
Selim	Abdülhadi Cihangir İlçe Has./TSM	1	
Susuz	Toplum Sağlığı Merkezi	1	
KARS TOPLAMI			20
GENEL TOPLAM			59

4 il merkezi ve 22 ilçede gerçekleştirilen çalışma kapsamında 4 Sağlık İl Müdürlüğü, 20 Toplum Sağlığı Merkezi*, 19 Devlet Hastanesi, 1 Tıp Fakültesi Hastanesi, 1 MSB'ye bağlı Askeri Hastane, 4 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve 4 adet özel sağlık kuruluşu olmak üzere toplam 54 sağlık kuruluşu ile görüşülmüştür. Doğubayazıt ilçesinde bulunan Toplum Sağlığı Merkezi ve Belediyeye bağlı bir sağlık kuruluşu olan Ayşenur Zarakolu Tıp Merkezi ile görüşülememiştir.

* Bölgede 26 TSM bulunmaktadır. Bunlardan Doğubayazıt TSM ile görüşülememiştir. 5 TSM de entegre devlet hastaneleri bünyesinde bulduklarından, bu TSM'lerin bilgileri ilgili hastanelerden alınmıştır.

Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki işleyişı kavramak üzere Akyaka'da 1, Arpaçay'da 1 ve Kağızman'da 3 olmak üzere toplam 5 Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli Aile Hekimleri ile görüşmeler yapılmıştır. Böylece çalışma kapsamında görüşme yapılan sağlık kuruluşu sayısı 59 olmuştur.

Sağlık İl Müdürlükleri ile yapılan görüşmelerde ilde bulunan sağlık kuruluşlarının sayısı, niteliği (özel ya da kamu) ile hemodiyaliz, ağız ve diş sağlığı, kanser erken teşhis ve tedavi merkezleri ve aile sağlığı merkezleri, aile hekimliği birimi, AÇSAP merkezi, verem savaş dispenseri gibi sağlık kuruluşlarının sayısı bilgileri alınmıştır. İl sınırları içinde bulunan 112 Acil Yardım İstasyonu ile ambulans sayısı ve eczane sayıları da yine Sağlık İl Müdürlükleri'nden alınan bilgiler arasındadır.

Görüşme yapılan hastanelerden ise yatak sayısı başta olmak üzere tıbbi ekipman ve donanım, insan kaynakları altyapısına ilişkin bilgiler ile günlük ortalama hasta ve sevk sayıları, yatak doluluk oranı ile uzman doktorların bölgede ortalama kalış sürelerine yönelik bilgiler derlenmiştir. Bilgi Formunda yer aldığı üzere, görüşülen yetkililerden hastane kapasitesini bina, ekipman, donanım ve insan kaynakları açılarından değerlendirmeleri istenmiştir.

Benzer biçimde toplum sağlığı merkezlerinden de bağlı ASM'ler, bağlı Sağlık Evleri, insan kaynakları altyapısı ile doktorların ortalama görev süreleri bilgileri alınmış; kuruluşlarını bina, ekipman, donanım ve insan kaynakları kapasitesi açılarından değerlendirmeleri istenmiştir.

Aile Hekimlerinin sorumlu oldukları nüfus bilgileri toplum sağlığı merkezlerinin tamamından alınamadığı için saha çalışmalarının tamamlanmasını müteakip Ardahan, Iğdır ve Ağrı Sağlık İl Müdürlükleri'nden bu bilgiler yeniden talep edilmiştir. Talep edilen bu bilgilerden Doğubayazıt Toplum Sağlığı Merkezi'ne ait olanlar tarafımıza iletilmediğinden, analizler Ağrı ili Doğubayazıt ilçesi dışarıda bırakılarak yapılmıştır.

Diğer bir veri kaynağı olarak Sağlık İl Müdürlüklerinin internet siteleri takip edilerek, Aile Hekimi görevlendirme ilanlarından hekimi bulunmayan ya da ataması yapılan Aile Hekimliği Birimleri tespit edilmiştir.

Bilgi Formları ve diğer kaynaklardan elde edilen tüm veriler elektronik ortama aktarılmış, temel istatistiki hesaplamalar yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın yayınlarından bölgede planlanan yataklı tedavi merkezleri bilgisi ve sağlıkla ilgili teknik bazı konuların anlaşılabilirliğinin sağlanması açılarından yararlanılmış; Devlet Planlama Teşkilatının ulusal kalkınma planları ve illerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması ile ilgili çalışmalarından edinilen bilgiler; sağlık konusunda ülkenin kalkınma planlarında belirlenen hedef ve stratejiler ile bölgelerarası karşılaştırmalı analiz ve değerlendirmelerde kullanılmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı içinde yayınlanan "2010 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı" TRA Bölgesi ve Türkiye geneli sağlık verilerine kaynaklık etmiş; TRA2 Bölgesi illerine ait sağlık verileri ise TÜİK'in 2010 yılı Sağlık İstatistikleri ve Kalkınma Bakanlığı'nın İKİS (İl Koordinasyon ve İzleme Sistemi) portalından elde edilmiştir.

III. KALKINMA YAKLAŞIMLARI VE KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK

Günümüzde kalkınma, ekonomik büyümeden çok daha geniş bir kapsamı ifade eden çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmaktadır. 1970'lere kadar ekonomik büyüme temelli bir kalkınma yaklaşımı benimsenmiş ve buna bağlı olarak da "kişi başı GSYİH gelişmenin temel ölçütlerinden biri olarak kabul edilmişken"¹¹ 1987 yılında Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu tarafından "gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğini ortadan kaldırmaksızın şimdiki neslin ihtiyaçlarının karşılanması"¹² olarak tanımlanan **sürdürülebilir kalkınma** yaklaşımı yaygın olarak benimsenmiştir. Başka bir deyişle, sürdürülebilir kalkınma, yaşayan ve gelecekte yaşayacak tüm insanların, mevcut çevresel sınırlar dahilinde, sosyal ve ekonomik gelişmeye adil olarak katılmalarını sağlayabilmek için gerekli olan üretim ve tüketim tarzlarındaki değişimlerle ilgilidir.

Bu yaklaşımlar kalkınmayı "**insan hayat kalitesinin geliştirilmesi süreci**"ni ifade eden bir kavram olarak ele almış, gelişmişlik göstergeleri de buna bağlı olarak çok boyutlu olarak yeniden düzenlenmiştir. İnsan hayat kalitesinin geliştirilmesi ekonomik büyüme düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık hizmetleri, beslenme düzeyi, iletişim gibi birçok önemli boyut içermektedir. Hatta, kalkınma kavramı refah seviyesinden daha fazlasını da içeren, örneğin **politik özgürlük, temel insan haklarının garanti altına alınması** ya da **insanların özgür iradeleriyle tercihlerini yapması** gibi kavramların en önemli bileşenleri olarak kabul edildiği, "**insan iyiliğini ve insanoğlunun maksimum kapasitesine ulaşmasına imkan sağlamayı**" amaçlayan bir süreci tanımlar hale gelmiştir. Böylece "**hayat kalitesi**", "**güvenlik**" ve "**özgürlük**"ün toplumda dengeli dağılımının sağlanmasını öngören "**genel iyilik hali**"ni merkeze alan bir **sürdürülebilir kalkınma** yaklaşımı benimsenmiştir.¹³

Alma Ata'da 6-12 Eylül 1978 tarihinde temel sağlık hizmetleri ile ilgili olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" teması çerçevesinde düzenlenen konferans (Alma Ata Konferansı), sağlık konusunda yapılmış en kapsamlı uluslararası toplantı olarak kabul edilmekte; sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkinin somut olarak ortaya konması açısından bir dönüm noktası sayılmaktadır. Konferansta, sağlığın temel insan hakkı

¹¹ M. BERBER ve diğ., "Türkiye'de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması (2010)", Sempozyum Bildirisi, Uluslararası Bölgesel Kalkınma Sempozyumu, 07-09 Ekim 2010, Yozgat, 2010.

¹² WB, World Development Report: Investing in Health, Oxford University Press, 1993.

¹³ Y. ÇELİK, "Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık", Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 1, 2006.

olduğu vurgusu yapılarak, uluslararası bir sorun olarak ele alınması ve toplum sağlığı hizmetlerine dayalı bir sağlık sisteminin kurulması önerilmiştir.¹⁴

Kalkınma anlayışındaki bu gelişmelere paralel olarak Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı 1990 yılından bu yana gelişmeyi ölçmek için birden çok refah göstergesinin bileşiminden oluşan **İnsani Gelişme Endeksi (IGE)** kullanmaktadır. Gelişme düzeyinin karşılaştırmasında bir standart haline gelmiş olan, sağlık ve uzun ömür, bilgi ve iletişim ile mallara erişim (gelir) gibi üç ayrı göstergenin ortalamasından oluşan İGE de toplumun sağlık düzeyini önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul etmektedir. Nihayet, Eylül 2000 yılındaki Binyıl Zirvesi'nde 191 ülke Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne 2015 yılına kadar ulaşma kararı almıştır¹⁵ ki; bu 8 hedeften 5'i doğrudan sağlıklı ilgilidir.¹⁶

Nihai amacı **“sağlıklı insan”** ve **“sağlıklı toplum”**a ulaşmak olan bu kalkınma yaklaşımı açısından sağlık, hem bir amaç hem de araç olarak değerlendirilmekte, sağlık ve kalkınma karşılıklı birbirini etkileyen olgular olarak ele alınmaktadır. Ekonomik kalkınmayla birlikte sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılarak daha iyi sağlık düzeylerine ulaşmak mümkün kılındığı gibi; sağlıklı insanlardan oluşan bir toplumda da daha fazla üretim ve böylece daha yüksek kalkınma düzeyine ulaşmak beklenmektedir.

Kalkınmanın önemli unsurlarından biri olan sağlık konusu kaçınılmaz olarak ülkemizin Ulusal Kalkınma Planlarının da önemli alanlarından birini oluşturmuştur. 1963-1967 dönemini kapsayan Birinci Kalkınma Planı'ndan başlayarak 1979-1980 dönemini kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'na kadar ana ilke olarak sağlık seviyesinin yükseltilmesi benimsenmiş, halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin toplumun en küçük birimlerine kadar yaygınlaştırılmasına, yani sosyalleştirilmesine öncelik verilmiştir.¹⁷ Sağlık personelinin tam gün çalıştırılması ve hekimliğin sabit aylık ücret karşılığı yapılan bir kamu hizmeti haline getirilmesi Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının öngördüğü önemli politikalarındandır.¹⁸

1984-1985 dönemini kapsayan Beşinci Beş Yıllık kalkınma Planı'nda “sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde yararlanmasını sağlayarak genel

¹⁴ WHO, Declaration of Alma-Ata 1978, www.who.int/hpr/.../declaration_almaata.pdf.

¹⁵ DPT ve UNDP, Millenium Development Goals Report Turkey, 2010.

¹⁶ Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması çocuk ölümlerini azaltmak kapsamında çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmak; anne sağlığını iyileştirmek kapsamında anne ölümlerini dörtte üç oranında azaltmak; HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele kapsamında hastalıkların yayılımını durdurmak ve tersine çevirmek; çevresel sürdürülebilirliği sağlamak kapsamında ise sağlıklı içme suyuna sürdürülebilir erişimi olmayan insanların oranını yarıya indirmek ve gecekondu ve kenar mahallelerde yaşayan en az 100 milyon insanın hayatını önemli ölçüde geliştirmek hedeflenmektedir (A.g.e., 2010:12-13).

¹⁷ DPT, 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963; 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968; 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973; 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979; Kalkınma Bakanlığı resmi internet sitesi (Erişim tarihi: 15.10.2011).

¹⁸ DPT, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979:312, Kalkınma Bakanlığı resmi internet sitesi, Kalkınma Planları (Erişim tarihi: 15.10.2011).

sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırılarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak temel ilke olarak belirlenmiş; koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında yeterli ve etkili şekilde yaygınlaştırılması, çocuk ölümlerinin azaltılması, çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, halka genel sağlık eğitimi verilmesi, tedavi kurumları arasında bütünleşme sağlanarak hizmetlerin verimli ve etkili hale getirilmesi, sağlık yapıları ve tıbbi cihazlar ile ilgili olarak standartların geliştirilmesi” milli sağlık politikasının temel ilkeleri olarak belirlenmiştir.¹⁹ Önceki planlarla karşılaştırıldığında çevre sağlığı, çocuk ölümlerinin azaltılması gibi stratejiler yanı sıra sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili hale getirilmesi ilkesinin de ilk kez bu planla ulusal kalkınma planlarına girdiği görülmektedir.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), sağlık standartları ile ilgili dönemin gerektirdiği birçok öncelik yanında ilk kez aile hekimliği sisteminin kurulmasını stratejik olarak benimsemiştir.²⁰ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde Sağlık Teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği hakkında Yasa Tasarısı Taslağı hazırlanmış, ancak yasalaşmamıştır.²¹

Ülkenin 2023 yılında dünyanın gelişmiş ülkeleri içinde yer alma vizyonunu temel alan ve sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi ve etkinliğinin artırılmasının öncelikli politika olarak benimsendiği Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı²², Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi, AB normlarına uyum çalışmalarının tamamlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmet sunumu içine aile hekimliğinin entegrasyonu, hastanelerin özerk işletmeler haline dönüştürülmesine ilişkin düzenlemeler ile kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici yasal düzenlemelerin yapılmasını öngörmektedir.

Bugün uygulamalarına tanık olduğumuz sağlık sektöründe dönüşümle ilgili politika ve stratejilerin 1990’lı yıllarda ulusal kalkınma planlarında yer aldığı ve bazı uygulamalarının başlatıldığı görülmektedir. 2006-2013 dönemini kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı ise, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminin değerlendirmesini yaparak temel sorun alanları çerçevesinde öncelik olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmasını ve 2005 yılında pilot uygulamalarına başlanan Aile

¹⁹ DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1984:151-154, Kalkınma Bakanlığı resmi internet sitesi, Kalkınma Planları (Erişim tarihi: 15.10.2011).

²⁰ DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, Kalkınma Bakanlığı resmi internet sitesi, Kalkınma Planları (Erişim tarihi: 15.10.2011).

²¹ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001a:35-36.

²² DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001b, Kalkınma Bakanlığı resmi internet sitesi, Kalkınma Planları (Erişim tarihi: 15.10.2011).

Hekimliği sisteminin 2008 yılı itibariyle tüm ülkeye yaygınlaştırılmasını öngörmektedir.²³

9. Kalkınma Planı, aynı zamanda bölgesel gelişmeye özel bir vurgu yapmakta, bölgelerarası ve kıır-kent arasındaki gelişmişlik farklarının azaltılmasını temel ilke olarak benimsemektedir. Bu kapsamda 2010 yılında kurulumları tamamlanmış olan Bölge Kalkınma Ajansları'nın geliştirdiği Bölge Planları çerçevesinde de sağlık konusu kalkınmanın önemli unsuru olarak ele alınmıştır.

2010 yılı Mayıs ayı itibariyle faaliyetlerine başlamış olan SERKA'nın hazırlamış olduğu TRA2 Bölgesi 2010-2013 Bölge Planı'nda sağlık konusu, Planın birinci amacı olan **"yaşam kalitesini artırmak"** amacı kapsamında ele alınmıştır. Bu genel amacın gerçekleştirilmesine yönelik olarak belirlenmiş olan hedefler "kentsel ve kırsal yerleşimlerin cazibesinin artırılması", "eğitim ve sağlık hizmetlerinin ve kalitesinin artırılması", "Bölgede sürdürülebilir kalkınmanın ve sağlıklı yaşamın sağlanması için gerekli çevre koşullarının oluşturulması ve korunması" ile "dezavantajlı grupların (engelliler, kadınlar, yoksullar, sosyal dışlanmaya maruz kalmış bireyler) toplumsal hayata dahil edilmesi" şeklinde belirtilmiştir.²⁴

IV. TRA2 BÖLGESİNİN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ VE SAĞLIK HİZMET BÖLGESİ UYGULAMASI

4.1. TRA2 BÖLGESİ VE İLLERİNİN SOSYO-EKONOMİK GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ AÇISINDAN KONUMU

İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin saptanması ile ilgili olarak 1973 yılından itibaren Devlet Planlama Teşkilatı tarafından çeşitli aralıklarla araştırmalar yapılmaktadır. Bunlardan son ikisi 1996 (1990 verilerini baz almaktadır) ve 2003 (2000 yılı verilerini baz almaktadır) tarihlidir²⁵. Bu çalışmalar 1990 ile 2000 yılları arasında karşılaştırma olanağı sağlamaktadır. Mevcut idari yapı temelinde 81 ili kapsayan ikinci çalışma *sosyal* (demografik, istihdam, eğitim, sağlık, altyapı ve diğer refah göstergeleri) ve *ekonomik* (imalat, inşaat, tarım, mali) alanlardan seçilen 58 değişken içermektedir. Araştırma ile illerin gelişmişlik sıralamaları yanı sıra benzer özellikleri taşıyan il grupları ile coğrafi bölgeler ve istatistikî bölge birimlerine göre gelişmişlik sıralamaları ve iller, coğrafi bölgeler

²³ DPT, 9. Kalkınma Planı, 2006:96.

²⁴ SERKA, TRA2 Düzey II Bölgesi 2010-2013 Bölge Planı, 2010:120-124.

²⁵ 1996 ve 2003 yıllarında yapılmış olan son iki çalışmanın referansları şöyledir: Bülent DİNÇER, Metin ÖZASLAN ve E. SATILMIŞ (1996), İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, DPT, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara. Bülent DİNÇER, Metin ÖZASLAN ve Taner KAVASOĞLU (2003), İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003), DPT Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No: DPT 2671, Ankara.

ve istatistiki bölge birimlerine göre sektörel (sanayi, eğitim, sağlık) gelişmişlik sıralamaları da yapılmıştır.²⁶

Araştırmada homojen bölgelerin tespiti amacıyla, birbirine paralel gelişmişlik düzeyine sahip iller saptanarak kademeli il grupları oluşturulmuştur.²⁷ Bu sınıflandırmaya göre iller; farklı gelişmişlik düzeylerinde 5 ayrı gruba ayrılmıştır: birinci grupta 5, ikinci grupta 20, üçüncü grupta 21, dördüncü grupta 19 ve beşinci grupta ise 16 il yer almaktadır. Genel sosyo-ekonomik gelişmişlik açısından TRA1 ve TRA2 Bölgeleri illerinin tamamı 5. Grupta yer almakta iken, sağlık göstergeleri açısından illerin dağılımı farklılık göstermektedir.

Sağlık göstergeleri açısından TRA2 Bölgesinde bulunan Ağrı, Ardahan, Iğdır ve Kars illerinin tamamı en düşük sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyine sahip 5. Grupta bulunan 16 il içerisindedir. TRA Düzey 1 Bölgesinin diğer illerinden yalnız Bayburt 5. Grupta; Erzurum ve Erzincan ise 4. Grup'ta yer almaktadır.

Kademeli il grupları itibariyle sağlık göstergeleri **Tablo 2'**de verilmiştir.

Tablo 2: 2000 Yılı Verilerine Göre Kademeli İl Grupları İtibariyle Sağlık Göstergeleri²⁸

Kademeli İl Grupları	Bebek Ölüm Oranı (Binde)	Onbin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	Onbin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	Onbin Kişiye Düşen Eczane Sayısı	Onbin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı
1.Grup	39,20	22	4,56	4,22	31,56
2.Grup	39,85	11	1,81	3,28	21,54
3.Grup	39,95	9	1,18	2,35	21,66
4.Grup	44,79	7	0,69	1,66	19,30
5.Grup	53,44	4	0,40	1,27	9,33
Türkiye	43,00	12,7	2,22	2,94	23,04

TRA2 Bölgesi illerinin bulunduğu 5. Grup tüm göstergeler açısından en düşük düzeydedir.

İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik açısından 2003 yılı sıralaması çalışmasında, Bebek Ölüm Oranı, Onbin Kişiye Düşen Hekim Sayısı, Onbin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı, Onbin Kişiye Düşen Eczane Sayısı ve Onbin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısından oluşan beş temel sağlık değişkeni çerçevesinde yapılan analizlere göre TRA Bölgesi illerinin sıralamaları **Tablo 3'**te sunulmuştur. Bu sıralamaya göre Kars 70, Iğdır 75, Ağrı

²⁶ B. DİNÇER ve diğer., A.g.e., 2003.

²⁷ A.g.e. 2003:57-73.

²⁸ A.g.e.,2003:73'te sunulmuş olan sosyo-ekonomik göstergeler verilerinden oluşturulmuştur.

79 ve Ardahan 81. sırada yer almaktadır.²⁹ TRA2 Bölgesi ise 26 Düzey II bölgesi içinde 26. sıradadır.

Tablo 3: 2000 Yılı Verilerine Göre TRA Düzey 1 Bölgesi İlleri Gelişmişlik Sıralaması³⁰

İL/BÖLGE	Sağlık Gelişmişlik Sıralaması	Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması
Ağrı	79	80
Ardahan	81	74
Iğdır	75	69
Kars	70	67
TRA2 Bölgesi	26	25
Bayburt	67	66
Erzincan	56	58
Erzurum	58	60
TRA1 Bölgesi	20	22

Tablo'daki verilere göre; TRA1 Bölgesi illerinin sağlık ve genel sosyo-ekonomik gelişmişlik göstergelerine dayalı sıralamalarında çok büyük farklar görülmemektedir. Bayburt dışında diğer iki ilin sağlık açısından genel gelişmişlik sıralamasına göre daha iyi durumda olduğu görülmektedir. Ancak, TRA2 Bölgesi illerinin Ağrı dışında tüm illerinde sağlık gelişmişlik sıralaması ile genel sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması arasında dikkate değer farklar görülmektedir. Bu iller sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında görece olarak daha iyi konumdayken, sağlık sıralamasında daha geri sıralarda yer almaktadırlar.

Genel gelişmişlik düzeyi itibariyle 26 bölge içinde 25. sırada bulunan TRA2 Bölgesi sağlık sektörü gelişmişlik sıralamasında ise 26. olarak en son sırada yer almaktadır. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre, TRA2 Bölgesi ile birlikte TRA Düzey 1 Bölgesinde yer alan TRA1 Bölgesi ise genel gelişmişlik sıralamasında 22, sağlık sektörü gelişmişlik sıralamasında ise 20. sıradadır.³¹

Yıllar içinde bölge illerinin gelişme performansına bakıldığında ise 76 ili kapsayan 1996 yılı sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması karşılaştırmasında 1990-2000 yılları arasında Kars'ın sıralamadaki konumunun değişmediği, Iğdır'ın beş sıra yükselerek 69'dan 64'e, Ardahan'ın 3 sıra yükselerek 72'den 69'a çıktığı, Ağrı'nın ise bir sıra gerileyerek 74'ten 75'e indiği görülmektedir (**Tablo 4**).³²

²⁹ A.g.e. 2003:123.

³⁰ A.g.e., s.123-125'te sunulmuş olan verilerinden oluşturulmuştur.

³¹ A.g.e, s.125.

³² A.g.e, s.56.

Tablo 4: TRA Bölgesi İlleri 1996-2003-2010 Gelişmişlik Sıralaması Değişimi³³

İL	1996 Sıralaması (76 il)	2003 Sıralaması (76 il)*	1990-2000** Sıra Değişimi (76 il)	2003 Sıralaması (81 il)	2010 Sıralaması (81 il)	2000-2010 Sıra Değişimi
Ağrı	74	75	-1	80	80	0
Ardahan	72	69	+3	74	70	+4
Iğdır	69	64	+5	69	71	-2
Kars	62	62	0	67	72	-5
Bayburt	64	61	+3	66	65	+1
Erzurum	56	55	+1	60	61	-1
Erzincan	47	53	-6	58	52	+6

*) 1996 yılında yapılmış olan çalışma 76 ili kapsadığından, bu tarihten sonra il olmuş olan iller karşılaştırmada dışarıda bırakılmıştır.

**) 1996 yılında yapılmış olan çalışma 1990 yılı verilerine, 2003 yılında yapılan çalışma ise 2000 yılı verilerine dayanarak yapılmıştır.

2010 yılında yapılan bir başka çalışmaya göre ise 2003 yılı sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması ile karşılaştırıldığında Ağrı mevcut 80. sırasını korumuş, Ardahan 74. sıradan 70. sıraya yükselmiş görünmektedir. Kars 5 sıra gerileyerek 72. sıraya düşmüş, Iğdır da 2 sıra gerileyerek 71. sıraya düşmüştür.³⁴ Ardahan 2010 yılında konumu iyileşen iller arasında yer almaktadır. Ancak, bu iyileşmenin ilin ekonomik ve sosyal bir ilerleme kaydetmiş olmasından değil, maruz kaldığı yoğun göç nedeniyle kişi başına düşen değerlerin yükselmesinden kaynaklı olduğu belirtilmektedir.³⁵

TRA1 Bölgesi illerinin sıralamalarına bakıldığında ise Erzurum 1 sıra gerilerken Bayburt'un 1 sıra yukarı çıktığı, Erzincan'ın ise iddialı sayılabilecek şekilde 6 sıra birden yükseldiği görülmektedir.

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA SAĞLIK BÖLGESİ UYGULAMASI VE TRA2 BÖLGESİ

2010 yılı ikinci yarısı itibariyle başta sağlık insan gücü olmak üzere, sağlık tesisi, ileri tıbbi teknoloji ve finansman gibi sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımını sağlayarak bunları etkin ve verimli bir şekilde kullanabilmek amacıyla sağlık hizmeti sunumunda bölge merkezli sağlık uygulamasına geçilmiş ve sağlık hizmeti sunumu ve sağlık planlaması açısından Türkiye 29 bölgeye ayrılmıştır. Bu uygulama ile, her sağlık bölgesi için; *nüfus, ulaşım imkânları, sağlık insan gücü mevcudu, sağlık tesislerinin*

³³ 1996 ve 2003 sıralamaları B. DİNÇER ve diğer., 2003; 2010 yılı sıralaması ise M. BERBER ve diğer., 2010, çalışmalarından alınmıştır.

³⁴ Bu verilerden hareketle Bölgede son yıllarda gözle bile gözlemlenebilen gelişmelerin göstergelere yansiyip yansımadiğı hakkında değerlendirme yapmak mümkün değildir. Bölgede özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen yatırımlar ve aile hekimliği uygulamasının (2010 yılı ikinci yarısında uygulamaya geçilmiştir) sonuçlarının göstergelere yansımaları 2011 yılı sonu itibariyle mümkün olabilecektir.

³⁵ M. BERBER ve diğer., 2010.

şartları, hizmet sunum kapasitesi ve sahip olduğu benzeri sağlık kaynakları itibariyle bölge sağlık merkezi konumunu üstlenecek kapasitedeki “Bölge Merkezi İller” ve bu illere bağlı, alt bölge merkezi rolü verilmiş iller belirlenmiştir. Alt bölge merkezi iller güçlendirilmiş ilçelerle ilişkilendirilmiştir. Güçlendirilmiş ilçelere, nüfus yoğunluğu bakımından daha küçük ilçeler bağlanmıştır.³⁶

Sağlık Hizmet Sunumunda Bölge Merkezli Organizasyon Şemasına³⁷ göre TRA2 bölgesinde bulunan Ağrı, Ardahan, Iğdır ve Kars illeri Erzurum Bölgesinde yer almaktadır. Erzurum Bölgesi içinde bulunan iller aşağıdaki gibidir:

ERZURUM BÖLGESİ				
1-Erzurum	2-Erzincan	3-Kars	4-Bayburt	5-Ardahan
6-Iğdır	7-Ağrı*	8-Artvin**		

*Merkez, Eleşkirt, Tutak, Hamur, Taşlıçay, Diyadin

**Merkez, Şavşat, Ardanuç, Yusufeli

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık bölgesi uygulamasının ayrıntıları Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Haziran 2011 yılında yayınlamış olduğu Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi'nde bulunmaktadır.³⁸ Rehberde, **“nüfusun yoğunluğu, özellikle karayoluyla ulaşım imkanlarının kolaylığı, sağlık insan gücü mevcudu, mevcut sağlık tesislerinin şartları ve hizmet sunum kapasiteleri dikkate alındığında bölgenin doğal merkezi Erzurum ilidir”** denmektedir.³⁹ Sağlık hizmet bölgeleri belirlenirken özellikle karayoluyla ulaşım imkanlarının kolaylığının dikkate alındığı belirtilmiş olmakla birlikte, rehberde alt bölge illeri ve ilçelerinin “doğal merkez durumunda” olan Erzurum iline uzaklıkları ile karayolu ile ulaşım olanakları (örneğin; yol kalitesi, şehirlerarası toplu taşıma olanakları, bölgenin kış koşullarında ulaşım zorlukları) konusunda herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.

1. Sağlık Bölgesi kapsamında bulunan illerin il merkezlerinin tamamı alt bölge merkezleri olarak planlanmış, bu il merkezlerine güçlendirilmiş ilçe rolü verilmiştir. Güçlendirilmiş ilçe sınıflandırması içinde Erzurum iline bağlı Pasinler, Horasan, Hınıs, İspir ve Oltu ilçeleri ile Erzincan iline bağlı Tercan ilçesi dışında ilçe bulunmamaktadır.

Ağrı iline bağlı Patnos ve Doğubayazıt ilçeleri Van Bölgesi ile; Artvin'in diğer ilçeleri ise Trabzon Bölgesi ile ilişkilendirilmiştir. Patnos ve Doğubayazıt ilçelerinin her ikisinin de güçlendirilmiş ilçeler olarak yalnız kendi nüfuslarına hizmet sunması öngörülmüştür. Yani, bu ilçelerle ilişkilendirilmiş başka yerleşim yerleri bulunmamaktadır. Dolayısıyla, Patnos'un coğrafi konumu nedeniyle Van Bölgesinde değerlendirilmiş olması anlaşılır

³⁶ Sağlık Bakanlığı, 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı genelgesi, Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesi (Erişim tarihi: 23.10.2011).

³⁷ Sağlık Bakanlığı, 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı genelgesi eki.

³⁸ Sağlık Bakanlığı, Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, 2011b.

³⁹ A.g.e., s.54.

olmakla birlikte, Iğdır ile Doğubayazıt'ın coğrafi konum ve ulaşım kolaylıkları açısından farklılık göstermemesi nedeniyle Iğdır Erzurum'a bağlanmışken, Doğubayazıt'ın Van Bölgesi kapsamına alınmış olması anlaşılır görünmemektedir.

Tablo 5: TRA2 Bölgesi Yataklı Tedavi Kurumları Planlaması⁴⁰

il	ilçe	Kurum Adı	Kurum Türü	Mevcut Rolü	Nihai Rolü	Mevcut Yatak Sayısı	Tescilli Uygun Görülen Yatak Sayısı
AĞRI	Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	G.D*	B	All	176	271
	Diyadin	Ağrı Diyadin Devlet Hastanesi	G.D	D	D	25	25
	Eleşkirt	Ağrı Eleşkirt Devlet Hastanesi	G.D	D	EI	30	25
	Taşlıçay	Ağrı Taşlıçay İlçe Hastanesi	Entegre	EI	EI	10	10
	Tutak	Ağrı Tutak Devlet Hastanesi	G.D	D	EI	25	25
	Doğubayazıt	Dr.Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi	G.D	B	B	80	80
	Patnos	Ağrı Patnos Devlet Hastanesi	G.D	C	B	75	75
ARDAHAN	Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	G.D	B	B	100	100
	Göle	Ardahan Göle Devlet Hastanesi	G.D	D	D	25	25
	Posof	Ardahan Posof Devlet Hastanesi	G.D	D	EII	25	25
IĞDIR	Aralık	Iğdır Aralık İlçe Hastanesi	Entegre	EII	EII	19	15
	Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	G.D	B	B	220	220
	Tuzluca	Iğdır Tuzluca Devlet Hastanesi	G.D	D	EI	25	25
KARS	Merkez	Kars Devlet Hastanesi	G.D	B	All	369	369
	Digor	Kars Digor İlçe Hastanesi	G.D	EII	EII	10	10
	Kağızman	Kars Kağızman Devlet Hastanesi	G.D	C	C	37	37
	Sarıkamış	Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi	G.D	C	C	35	35
	Selim	Abdülhadi Cihangir İlçe Hastanesi	Entegre	EII	EII	10	10

*Genel Dal

Bölge merkezli sağlık yapılanmasına göre; mevcut ve yatırım planlamasında olan yataklı sağlık tesislerinin hizmet sunum rolleri de il ve ilçeler için öngörülen roller çerçevesinde belirlenmiştir.⁴¹

⁴⁰ 25.6.2010 tarihli ve 24181 sayılı Bakanlık Olur'u Ekinde yer alan listeden oluşturulmuştur.

⁴¹ 03.12.2009 tarih ve 46143 sayılı Bakanlık Olur'u ile uygulamaya konmuş olan "Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler" uyarınca, tüm hastaneler hizmet rolüne uygun olarak A-I, A-II, B, C, D ve E (I, II, III) Grubu olarak sınıflandırılmıştır. Yatak doluluk oranı, hizmet rolü, hizmet verdiği nüfus, nitelikli yatak kapasitesi ve öngörülen nihai planlama dikkate alınarak yatak kapasiteleri yeniden belirlenmiş ve 25.6.2010 tarihli ve 24181 sayılı Bakanlık Olur'u ile tescil edilmiştir.

TRA2 Bölgesinde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için öngörülen hastane statülerine göre; TRA2 Bölgesi illerinin hiç birinde A-I grubu hastane öngörülmemekte, Ağrı ve Kars il merkezlerinde A-II grubu hastane yapılması planlanmaktadır (**Tablo 5**). TRA2 Bölgesinde mevcut durumda Sağlık bakanlığına bağlı 5 adet B grubu, 3 adet C grubu, 6 adet D grubu, 1 adet E-1 grubu ve 4 adet de E-II grubu hastane olmak üzere toplam 19 hastane bulunmaktadır.⁴² Bakanlığın yukarıdaki tabloda özetlenen planlamasına göre 2 B grubu hastanenin (Ağrı ve Kars) A-II grubuna, 1 C grubu hastanenin (Patnos ilçesi) B grubuna yükseltilmesi öngörülmektedir.

Kars'ta Tıp Fakültesi Hastanesi bulunması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı bu ilde ikinci bir A-I grubu hastane planlamamaktadır. Ancak, 500.000'in üzerinde nüfusu ile Bölgenin en fazla nüfusuna sahip ili olarak sağlık hizmetlerinin büyük kısmını Erzurum'dan almakta olan Ağrı ilinde de A-I grubu hastane yapılması öngörülmemektedir.

Ağrı ili Doğubayazıt ilçesi ile Iğdır ve Ardahan illerinde bulunan 3 adet B grubu hastanenin hizmet standardı değiştirilmemektedir. D grubu iki hastanenin (Diyadin ve Göle ilçeleri) ve mevcut diğer C grubu hastanelerden 2'sinin (Kağızman ve Sarıkamış ilçeleri) standartlarının aynı kalması planlanmakta iken, 3 D grubu hastanenin standartlarının (Eleşkirt, Tuzluca ve Tutak ilçeleri) E-I standardına, 1 D grubu hastanenin (Posof ilçesi) standardının ise E-II standardına düşürülmesi öngörülmektedir. Bu değişikliklerle, TRA2 Bölgesinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastane standartlarının **Tablo 6**'da sunulduğu gibi olması beklenmektedir:

Tablo 6: TRA2 Bölgesi Planlanan Hastane Standartları⁴³

Hastane Standardı	Sayısı	Yerleşim Yeri	Hizmet Basamak ⁴⁴ Standardı
A-I Grubu Hastane	0	Öngörülmemektedir.	3. Basamak
A-II Grubu Genel Hastane	2	Ağrı ve Kars il merkezleri.	2-3. Basamak
B Grubu Hastane	4	Ardahan ve Iğdır il merkezleri, Ağrı-Doğubayazıt ve Patnos ilçeleri	2. Basamak
C Grubu Hastane	2	Kars-Kağızman ve Sarıkamış ilçeleri	2. Basamak
D Grubu Hastane	2	Ağrı-Diyadin ilçesi Ardahan-Göle ilçesi	1-2. Basamak
E-I Grubu Hastane	4	Ağrı-Eleşkirt, Taşlıçay ve Tutak ilçeleri Iğdır-Tuzluca ilçesi	1. Basamak
E-II Grubu Hastane	4	Ardahan-Posof ilçesi Iğdır-Aralık ilçesi Kars-Digor ve Selim ilçeleri	1. Basamak

⁴² Ağrı'nın Hamur ilçesinde bulunan hastane ile ilgili bilgi bulunamamıştır. Bu hastaneyle birlikte TRA2 Bölgesindeki SB'ye bağlı hastane sayısı 20'dir (Bkz. S.40 açıklama madde 13).

⁴³ 25.6.2010 tarihli ve 24181 sayılı Bakanlık Olur'u Ekinde yer alan listeden oluşturulmuştur.

⁴⁴ SB'nin 28/05/2004 tarih ve 25078 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'inde yapılan tanımlamalara göre sınıflandırılmıştır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri sunan genel hastanelerin en alt standardını D grubu hastaneler oluşturmaktadır. D grubu hastane standardı; dört ana branşta (iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum) muayene ve tedavi hizmetlerinin verilebilmesi, I. seviye acil hizmetlerinin verilebilmesi; bünyesinde ameliyathane, ameliyat sonrası bakım odası, diş polikliniği, doğumhane ve monitörlü gözlem odası bulundurmasını gerektirmektedir.

E-I ve E-II grubu hastaneler ise 1. Basamak sağlık hizmetleri sunacak standartlara sahip olmakla birlikte, E-I grubu hastaneler D grubu hastaneye dönüştürülebilir potansiyeli taşımaktadır. E-II grubu hastaneler en az bir aile hekimi uzmanının bulunduğu, normal doğum yaptırabilme düzeyinde tıbbi müdahaleye elverişli hastanelerdir.

Halihazırda bir tane dahi uzman doktoru bulunmamakla birlikte, resmi kayıtlarda D grubu hastane standardında görünen Posof Devlet Hastanesinin E-II standardına düşürülecek olması, ilçe nüfusunun azlığına rağmen ilçenin en yakın il merkezi olan Ardahan'a uzaklığı (80 km) ve kış mevsiminde il merkezine ulaşımın sağlanamadığı göz önüne alındığında problemleri görünmektedir.

V. SAHA ÇALIŞMASI BULGULARI

5.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2010 yılı itibariyle tüm ülkeye yaygınlaştırılmış bulunan Aile Hekimliği uygulaması çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri temel olarak il ve ilçe merkezlerinde bulunan Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri de birinci basamak sağlık hizmetleri sunmaktadır.

9. Kalkınma Planında 2008 yılı itibariyle tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması hedeflenmiş olan Aile Hekimliği uygulaması 2008 yılında 33, 2009 yılında 7 il eklenerek 40 ile yaygınlaştırılmış, TRA2 Bölgesi illeri olan Ağrı, Ardahan, Iğdır ve Kars illeri ise kalan 37 ille birlikte 2010 yılı ikinci yarısında uygulamaya dahil olmuştur.

5.1.1. Toplum Sağlığı Merkezleri

TRA2 Bölgesinin 4 ilinin il merkezleri ve ilçe merkezlerinin tamamında Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) 2010 yılı ikinci yarısı itibariyle kurulmuş durumdadır. Saha çalışmalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda, bu merkezlerin mevcut insan kaynakları yapısı **Tablo 7**'de sunulmuştur.

Bölgedeki TSM'lerin yalnız 2 tanesinde uzman hekim bulunmaktadır. Birçok toplum sağlığı merkezinde (9) pratisyen hekim de bulunmamaktadır. Bu durumun nedeni bazı ilçelerde (Hamur, Taşlıçay, Posof, Digor ve Selim ilçeleri) toplum sağlığı merkezi

hizmetlerinin Entegre Hastaneler tarafından verilmesidir. Ancak bunlar dışında kalan diğer 4 TSM’de uzman ya da pratisyen hekim mevcut değildir, bu TSM’lerde bu görevi ilçede bulunan hastane başhekimleri yürütmektedir.

Tablo 7: Toplum Sağlığı Merkezleri Sağlık Personel Sayıları ve Bağlı Sağlık Evleri

İl	TSM Sayısı	Uzman Hekim	Prt. Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru/ Teknisyen	Bağlı Sağlık Evi Sayısı	Faal Sağlık Evi Sayısı
Ağrı	8	0	3	0	20	16	18	83	44
Ardahan	6	1	11	1	16	16	23	52	35
İğdır	4	0	2	0	20	6	8	31	10
Kars	8	1	6	2	17	22	18	75	43
TOPLAM	26	2	22	3	73	60	67	241	132

TSM’lerde çalışan personelin bir kısmı kadrosu başka kuruluştaki olup görevlendirme yoluyla bu merkezlerde çalışmakta, ya da kadrosu TSM’de olmakla birlikte başka kuruluşlara görevlendirme yoluyla gönderilmiş personel nedeniyle TSM’lerin personel durumu net biçimde ortaya konamamaktadır.

TSM’lerin personel yapısında dikkat çeken önemli konulardan biri de hemşire ve ebe pozisyonlarındaki yığılmalarla ilgilidir. Diğer uzmanlık alanlarının hemen hiç birinde personel bulunmazken, hemşire ve ebelerin özellikle merkez ilçelerde yığılmış olduğu görülmektedir. Bu personelin birçoğunun idari görevleri yerine getirmekte oldukları saptanmıştır.

TSM’lerde görev yapan Sağlık Memuru ya da Teknisyen sayısının çokluğu ise 112 Acil Yardım İstasyonlarının kendilerinin değil, ancak personelinin (Acil Tıp Teknisyenleri) TSM’lere bağlı olmalarından kaynaklanmaktadır.

Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu standartlar çerçevesinde il merkezlerindeki Toplum Sağlığı Merkezlerinde hekim, hemşire ve ebelerden başka uzmanlık pozisyonlarının da bulundurulması gereklidir.⁴⁵ Bir Toplum Sağlığı Merkezinde olması gereken personel yapısı ve mevcut kadroları ile ilgili Kars Merkez TSM’nin personel dağılımı örnek olarak **Tablo 8**’de sunulmuştur.

Kars Merkezde bulunan TSM’nin Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş olan Personel Dağılım Cetveline göre 1 halk sağlığı uzmanı ile 5 pratisyen hekim bulundurması gerekmektedir. Bunların yanı sıra diş hekimi, çevre sağlığı teknisyeni, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, sosyal çalışmacı ve psikolog da bulundurması gerekmektedir.

⁴⁵ Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesi.

Ayrıca, TSM'lerin tıbbi görüntüleme ve laboratuvar altyapılarına sahip olmaları da gerekmektedir. Tıbbi görüntüleme hiçbir TSM'de yoktur. Ardahan ve Ağrı'da laboratuvar bulunmakta, Iğdır ve Kars'ta laboratuvar olanakları bulunmamaktadır.

Tablo 8: Kars Merkez TSM Personel Dağılım Cetveli⁴⁶

UNVAN/BRANŞ	PDC	KADRO	AÇIKLAMA
Halk Sağlığı	1	1	
Tabip	5	1	
Dış Tabibi	1	0	
Eczacı	1	0	
Çevre Sağlığı Teknisyeni	4	0	
Diyetisyen	1	0	
Ebe	2	15	3 Görevlendirme
Hemşire	2	9	4 Görevlendirme
Laboratuvar Teknisyeni	1	0	
Psikolog	1	0	
Sosyal Çalışmacı	1	0	
Tıbbi Sekreter	4	1	
Tıbbi Teknolog	2	0	
Toplum Sağlığı Teknisyeni	4	1	

Köy yerleşimlerinde hizmet veren sağlık evlerinde yalnız 1 ebe bulundurulmaktadır. Bu düzeyde verilen hizmet, enjeksiyon, pansuman, aşılama ve bazı hastaların ve gebelerin takibinden ibarettir. Resmi kayıtlara göre Bölgede 241 sağlık evi bulunmasına karşın, bunlardan yalnız 132'si faal durumdadır. Kurumlarla yapılan görüşmelerde bölgedeki sağlık evlerinin birçoğunun resmi kayıtlarda *mevcut görünmesine karşın, binalarının kullanılamaz derecede harap olduğu belirtilmiştir*. Faal olan sağlık evlerinde yoğunlukla vekil ebe/hemşireler görev yapmaktadır.

5.1.2. Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Birimleri

Sağlık Bakanlığının planlamasına göre, aile hekimliği uygulanan illerde ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilmesi öngörülmektedir. Bir ASM'de ise ortalama 3 AHB bulunması öngörülmektedir. ⁴⁷ Bu standarda uygun olarak, "ülkemizde hâlihazırda aile hekimliği uygulanan illerde aile

⁴⁶ Kars Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nden alınan bilgilerden oluşturulmuştur.

⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010 tarihli Resmî Gazete Sayı: 27591. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeli.html> (Erişim Tarihi: 25.10.2011).

hekim başına düşen nüfus, yaklaşık 3500 olup gelişmiş ülkelerde bu sayı 2000 civarındadır”.⁴⁸

TRA2 Bölgesinde bulunan ASM’lerinin AHB sayıları ve sorumlu oldukları nüfus bilgileri **Tablo 9**’da sunulmuştur. Bölgede bulunan toplam ASM sayısı 107, AHB sayısı 282’dir. ASM başına düşen AHB sayısı ise 2,6’dır. Ancak, ortalamalara değil de somut rakamlara bakıldığında, bu dağılımların homojen olmadığı görülmektedir.

Tablo 9: TRA2 Bölgesi ASM’lerinin AHB Sayıları ve Nüfus Dağılımları⁴⁹

AHB Sayısı	ASM Sayısı	Toplam AHB Sayısı	% ASM	Nüfus	% Nüfus
1	44	44	41,12	150.430	15,18
2	20	40	18,69	139.969	14,12
3	14	42	13,08	148.443	14,98
4	9	36	8,41	132.264	13,34
5	11	55	10,28	197.001	19,88
6	3	18	2,80	71.546	7,22
7	2	14	1,87	50.547	5,10
8	3	24	2,80	78.551	7,93
9	1	9	0,93	22.427	2,26
TOPLAM	107	282	100	991.178	100

Bölgede Aile Hekimliği Birimlerinin ASM’lere dağılımına bakıldığında, ASM’lerdeki AHB’lerin sayısının 1 ile 9 arasında değiştiği görülmektedir. İdeal olarak her ASM’de 3 AHB ve bu AHB’lerin sorumlu olacağı nüfusun da ortalama 10.500 olacağı kabul edilirse, Bölgede sadece 14 ASM’nin (%13,08) bu standardı sağladığı söylenebilir. Bölgedeki nüfusun % 29,30’u 2 ya da 1 AHB’nin bulunduğu ASM’lerden (%59,81) hizmet almaktadır. Üç ve üçten üzerinde AHB barındıran ASM sayısı 43 (% 40,17), bu ASM’lerden hizmet alan nüfusun oranı ise % 70,71’dir.

ASM’lerin AHB sayılarına paralel olarak nüfus dağılımı da homojen değildir (**Tablo 10**). Bölgede nüfusun çoğunluğu (%65) 10.500 üzerinde nüfusa hizmet veren ASM’lerden hizmet almaktadır.

⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, 2010b:vi.

⁴⁹ Sağlık İl Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinden alınan verilerden hesaplanarak tablolaştırılmıştır.

Tablo 10: TRA2 Bölgesindeki ASM'lerin Hizmet Verdikleri Nüfusa Göre Dağılımı⁵⁰

Nüfus Aralığı	ASM SAYISI	% ASM	ASM Nüfusu	% ASM Nüfus
0-3.500	23	21,50	69.348	7,00
3.501-7.000	33	30,84	158.854	16,03
7.001-10.500	14	13,08	119.582	12,06
10.501-14.000	9	8,41	104.058	10,50
14.001-17.500	11	10,28	168.319	16,98
17.501-21.000	9	8,41	166.421	16,79
21.001-24.500	3	2,80	67.911	6,85
24.501-28.000	3	2,80	76.609	7,73
28.001-31.500	2	1,87	60.076	6,06
Toplam	107	100	991.178	100

TRA2 Düzey 2 Bölgesi illerinde bulunan ASM, AHB ve Nüfus Dağılımları, Bölge toplam ve ortalamaları **Tablo 11**'de sunulmuştur. Bölgede ASM başına düşen ortalama nüfus 9.440'tır. ASM başına düşen ortalama nüfus, Türkiye ortalaması olan 11.579'un altındadır. Bu haliyle Bölgenin ülke genelinden daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Tablo 11: TRA2 Bölgesi İllerinin ASM, AHB ve Nüfus Dağılımları⁵¹

İL	ASM Sayısı	AHB Sayısı	AH Sayısı	Toplam Nüfus	Toplam Mobil Nüfus ⁵²	ASM Başına Ortalama Nüfus	AHB Başına Ort. Nüfus	Mevcut AH Başına Ort. Nüfus	Mobil Nüfus Görevi Olan AH Sayısı	AH Başına Ort. Mobil Nüfus
Ağrı*	42	117	87	406.105	195.198	10.153	3.471	4.668	110	1.775
Ardahan	13	30	30	100.385	66.591	7.722	3.346	3.346	30	2.220
İğdir	21	51	50	186.734	48.866	8.892	3.661	3.735	38	1.286
Kars	31	84	77	297.954	171.262	9.611	3.547	3.870	84	2.039
TOPLAM	107	282	244	991.178	481.917	9.440	3.515	4.062	262	1.839
TÜRKİYE						11.579	3.652			

*) Doğubayazıt ilçesi bilgilerini içermemektedir.

İl merkezlerinde ulaşım olanaklarının fazlalığı nedeniyle, ASM başına düşen nüfusun fazlalığının anlaşılabilir olduğu düşünülse de, özellikle ilçelerde kırsal yerleşimlerde yaşayan nüfusa da hizmet vermeleri nedeniyle ASM başına düşen nüfusun 10.000'in üzerine çıkması dengeli bir dağılımın olmadığını göstermektedir. Kaldı ki, bazı ilçelerde ilçe merkezinde tek ASM bulunmakta (Susuz ve Selim), Kağızman'da var olan 3 ASM de ilçe merkezinde toplanmış görünmektedir.

⁵⁰ Sağlık İl Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinden alınan verilerden hesaplanarak tablolaştırılmıştır.

⁵¹ Sağlık İl Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinden alınan verilerden hesaplanarak tablolaştırılmıştır.

⁵² Mobil Nüfus, Aile Hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunmakla yükümlü oldukları, ASM'lere uzak yerleşim birimlerinde bulunan nüfusu ifade etmektedir.

Aile Hekimliği Birimi başına düşen nüfus açısından bakıldığında da TRA2 Bölgesi ortalamasının (3.515), Türkiye geneli ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Ancak, Bölgede halihazırda 38 aile hekiminin istihdam edilememiş⁵³ olduğu göz önünde bulundurulursa, fiili durumda Aile Hekimliği Birimi başına düşen nüfus 4.062'dir.

TRA2 Bölgesinde bir Aile Hekimliği Birimi başına düşen en düşük nüfus 217, en yüksek nüfus ise 5.290'dır (**Tablo 12**).

Tablo 12: TRA2 Bölgesinde AHB Başına Düşen Nüfus Dağılımları⁵⁴

İl	En Düşük Nüfus	En Yüksek Nüfus	3500 Üzeri Olan AHB Sayısı	3500 Üzeri Olan AHB'lerin Ortalama Nüfusu	En Düşük Mobil Nüfus**	En Yüksek Mobil Nüfus	750 üzeri Mobil Nüfus Olan AHB Sayısı	750 Üzeri Mobil Nüfusu Olan AHB'lerin Ortalama Mobil Nüfusu	750 Üzeri Mobil Nüfusu Olan AHB'lerin Ortalama Toplam Nüfusu
Ağrı*	1.784	4.145	69	3.813	71	3.370	101	1.897	3.449
Ardahan	3.042	3.987	12	3.690	1.187	2.905	30	2.220	3.346
Iğdır	217	5.290	36	4.124	217	2.328	28	1.540	3.916
Kars	3.042	3.987	48	3.727	100	3.876	75	2.227	3.552
TOPLAM	217	5.290	165	3.847	1.187	3.876	234	2.002	3.525

* Doğubayazıt ilçesi bilgilerini içermemektedir.

**Mobil nüfus tanımı raporun son kısmından edinilebilir.

3.500'ün üzerinde nüfusu bulunan Aile Hekimliği Birimlerinin oranı Ağrı'da %59, Ardahan'da %40, Iğdır'da %71 ve Kars'ta %57'dir. Bölgenin tamamında bu oran %59'dur.

Sorumlu olduğu nüfus 3.500'ün üzerinde olan Aile Hekimliği Birimlerinin en yüksek ortalama nüfusu 4.124 ile Iğdır ilinde bulunmaktadır. Iğdır'ı 3.813 ile Ağrı ve 3.727 ile Kars izlemektedir.

Bölge nüfusunun %49'u mobil nüfus kapsamındadır. Bu da mevcut ASM'lerin coğrafi dağılımları ile ilgili bir fikir vermektedir. Çünkü mobil nüfus kavramı, aile hekimlerinin gezici hizmet sunmakla yükümlü olduğu nüfusu temsil etmektedir ve çoğunlukla mobil nüfusun il ve ilçe merkezlerine uzak olan yerleşim yerlerindeki nüfusa karşılık geldiği gözlenmiştir. Nitekim mevcut ASM'ler nüfusun %49'unun kolay ulaşabileceği mesafede değildir.

⁵³ Hekimi bulunmayan AHB'lerin 30'u Ağrı ilindedir. Ağrı Sağlık İl Müdürlüğü'nün resmi internet sitesinde yayınlamış olduğu ilana göre 20 Ekim 2011 tarihi ile bu AHB'lere Aile Hekimi atamasının yapılması öngörülmüştür. Ancak, hangi AHB'ler için Aile Hekimleri ile sözleşme imzalanarak atama yapıldığı bilgisi mevcut değildir.

⁵⁴ Sağlık İl Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinden alınan verilerden hesaplanarak tablolaştırılmıştır.

Bölgede 282 Aile Hekimliği Biriminden 262'si (%93) mobil sağlık hizmeti vermeye yükümlüdür, bunlardan 234'ünün (toplam içinde %83) mobil sağlık hizmeti vermeye yükümlü olduğu nüfus 750'nin çok üzerindedir. 750 üzeri mobil nüfus olan Aile Hekimliği Birimlerinin ortalama mobil nüfusu 2.002'dir. En düşük mobil nüfus 71 ile Ağrı'da, en yüksek mobil nüfus ise 3.876 ile Kars'ta bulunmaktadır.

750 üzeri mobil nüfusu bulunan Aile Hekimliği Birimlerinin toplam nüfus ortalaması en yüksek olan il Iğdır'dır. İlde bu Aile Hekimliği Birimlerinin ortalama nüfusu yaklaşık 4.000'dir (3.916).

5.1.3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

TRA2 Bölgesi Sağlık Altyapısı Çalışması kapsamında yerinde ziyaret edilerek görüşülen Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin toplam sayısı 4'tür. Bu merkezlerde görev yapmakta olan Diş Hekimi dağılımları **Tablo 13**'te sunulmuştur.

Tablo 13: TRA2 Bölgesinde Bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

İl	Sayısı	Hizmete Giriş Tarihi	Diş Hekimi Sayısı	Günlük Ort. Hasta Sayısı	Doktorların Görev Süresi (Ay)
AĞRI	1	2008	16	500	36
ARDAHAN	1	2008	3	-	-
IĞDIR	1	2008	18	450	36
KARS	1	2008	20	500	36
TOPLAM	4		57	1.450	36

Bölge illerinin tamamında il merkezlerinde bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri 2008 yılında faaliyete geçmiştir. Bu merkezler yanı sıra, il merkezleri ve bazı ilçelerde Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri de bulunmaktadır. Ancak, bu çalışma kapsamında bu poliklinikler değerlendirilmemiştir.

Ağrı il merkezinde bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, il merkezinde ulaşımı kolay bir semtte bulunmaktadır. Ancak, hizmet binası hastane koşullarına uygun olarak inşa edilmemiş olup, kiralama yoluyla edinilmiştir. Yetkililerin değerlendirmesine göre, bina büyüklük açısından Ağrı'da ihtiyacı karşılamaya yeterli değildir.

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin havalandırmaya ihtiyacı bulunmaktadır, bina yapısının elvermemesi nedeniyle bu ihtiyaç karşılanamamaktadır. Merkezde aynı zamanda özel sterilizasyon odasına ihtiyaç vardır. Binada uygun mekan bulunmadığından özel sterilizasyon odası düzenlenememektedir.

Ardahan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, kent merkezinde erişilebilirliği kolay bir semtte bulunmaktadır. Merkez, 2008 yılında inşaatı tamamlanmış olan Sağlık Ocağının 2. katında hizmet vermektedir. Bu merkezde, yetkili kişilerle görüşmek mümkün

olmadığından merkezin fiziksel altyapısının değerlendirmesine yönelik bilgi edinilememiştir.

Iğdır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi de il merkezinde erişimi kolay bir semtte bulunmaktadır. Merkez, konut olarak inşa edilmiş 5-6 katlı bir apartman bloğunda hizmet vermektedir. Hizmet binası kiralama yoluyla edinilmiştir. Konut olarak inşa edilmiş olduğundan bekleme salonları ve koridorlar oldukça dardır. Daha geniş ve hastane olarak inşa edilmiş yeni bir binaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kars Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi il merkezi dışında T.C. Başbakanlık Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) tarafından inşa edilmiş bulunan toplu konut alanında bulunmaktadır. Kent merkezine uzak mesafede kurulmuş olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine ulaşım dolmuşla sağlanabilmektedir.

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin binası yeni ve sağlık ocağı olarak inşa edilmiş olmasına karşın, mevcut talebi karşılamaya yetmemektedir. Yetkililerle yapılan görüşmelerde özellikle bekleme salonlarının yeterli olmadığı, kliniklerin dar olduğu ve bazı ihtiyaçların (örneğin depo gibi) karşılanabilmesi için merkezde sürekli ek inşaat yapıldığı belirtilmiştir.

İnsan Kaynakları açısından ise Bölgedeki 4 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde toplam 57 Diş Hekimi görev yapmaktadır. Bu merkezlere günlük ortalama hasta başvurusu dikkate alındığında Ağrı'da diş hekimi başına 31, Iğdır ve Kars'ta ise 25 hasta düşmektedir.

Diş hekimleri için mecburi hizmet zorunluluğu yoktur. Tayinleri puan sistemine göre yapılmaktadır. Bu nedenle, diş hekimlerinin bölgede kalış süreleri görece olarak daha yüksektir. Bu merkezlerde görev yapmakta olan diş hekimleri için ortalama görevde (Bölgede) kalış süresinin 36 ay (3 yıl) olduğu belirtilmiştir.

Iğdır ve Kars Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde görev yapmakta olan sorumlu hekimlerin her ikisinin de memleketi bu illerdir ve kalış süreleri diğer hekimlere göre çok daha uzundur.

Iğdır ve Kars'ta bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde mevcut personel sağlık hizmetlerinin sunulması açısından yeterli bulunurken, Ağrı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde diş hekimi sayısının yeterli olmadığı belirtilmiştir. Yakın zamanda yapılan mevzuat değişikliği ile Diş Hekimlerine kadro verilmiş olması nedeniyle bölgeden gitme eğiliminde olan hekim sayısında artış olduğu tespit edilmiştir.

Hasta sevki ile ilgili olarak yetkililerden alınan bilgilere göre, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden sevk edilen günlük ortalama hasta sayısı Ağrı'da 5, Iğdır'da 5 ve Kars'ta 4'tür. Bu sevklerin tamamı Erzurum iline yapılmakta olup, daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren ya da başka branşların çalışma alanına giren hastalıklar (örneğin çene cerrahisini ilgilendiren konular gibi) nedeniyledir. Zira, mevcut merkezlerin hiç birinde

branş uzmanı diş hekimi ve ameliyathane bulunmadığından ileri tetkik ve tedavi olanakları da bulunmamaktadır.

5.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Diğer Kuruluşlar

Verem Savaş Dispanserleri ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri konusunda ayrıntılı bilgi edinilememiştir. İl merkezleri ile Doğubayazıt ilçesinde olmak üzere toplam 5 Verem Savaş Dispanseri mevcuttur. Bu dispanserlerin personel yapısı ile ilgili elimizde veri olmamakla birlikte, örneğin Kars Verem Savaş Dispanserinde hekim bulunmadığı, söz konusu dispanserin iki hemşire ile hizmet verdiği bilgisi edinilmiştir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin sayısı ise 4'ü il merkezlerinde olmak üzere 6'dır. Her il ve ilçedeki merkezin personel yapısı ile ilgili bilgi de edinilememiştir. Örneğin, Ağrı TSM sorumlu hekiminin Sağlık İl Müdürlüğü'nde şube müdürlüğü görevi de bulunduğu gibi, AÇSAP Merkezi sorumlu hekimi de aynı zamanda Sağlık İl Müdürlüğü'nde şube müdürlüğü görevi yürütmektedir. Bir hekimin birden fazla kurumda görevli olmasına yol açan bu durum, ilde hekim ihtiyacının karşılanmasında yaşanan güçlüğü göstermektedir.

5.2. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

TRA2 Bölgesinde 2. Basamak Sağlık Hizmeti sunan toplam 28 hastane bulunmaktadır. Sağlık Altyapısı Çalışması kapsamında Doğubayazıt'ta bulunan Belediyeye ait bir hastane, yetkilisi bulunmadığı için görüşme yapılamamış, Ağrı ve Sarıkamış Askeri Hastaneleri ise çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışma kapsamında ziyaret edilerek yetkilileri ile görüşülen hastane sayısı 25'tir⁵⁵. Bu hastanelerin temel altyapı özellikleri ile kapasite değerlendirmeleri il bazında aşağıda özetle sunulmuştur.

Bu bölümde sunulan bilgiler betimleyici olup, sağlık hizmetleri standartları açısından değerlendirme ve karşılaştırmalı analizler izleyen bölümde ele alınmıştır. Bölgede ikinci basamak ve kısmen birinci basamak sağlık hizmetleri sunan (örneğin entegre hastaneler) tüm hastanelerin hastane yatak sayıları, insan kaynakları, tıbbi cihaz sayıları ve günlük ortalama hasta sayılarına ilişkin bilgiler **Ek-3**'teki tablolarda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

5.2.1. Bölge Hastanelerinin Statüsü ve Hizmet Standartları

Çalışma kapsamında ziyaret edilerek bilgileri alınmış olan toplam 24 hastanenin 19'u Sağlık Bakanlığına, 1'i Milli Savunma Bakanlığına bağlı, 4 tanesi ise özel hastanedir. Ağrı'da bulunan 1 özel hastane dışında tamamı yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık

⁵⁵ Kars il merkezinde bulunan Kadın Doğum Hastanesi ayrı bir işletme olarak ziyaret edilmiş ve incelenmiş ancak analizlerde Kars Devlet Hastanesi bünyesinde değerlendirildiğinden çalışma kapsamında görüşülen hastane sayısı 24 görünmektedir.

kuruluşlarıdır. Bu hastanelerin tamamı Genel Dal Hastanesi olup, Bölgede Özel Dal Hastanesi mevcut değildir.

Ağrı il merkezinde 1 devlet hastanesi ve 2 özel hastane, 7 ilçesinin tamamında devlet hastanesi bulunmaktadır. Ayrıca, Doğubayazıt ilçesinde 1 özel hastane vardır. Bu hastanelerden Ağrı il merkezinde bulunan Özel Güven Tıp Merkezi dışında tamamı yataklı tedavi kuruluşudur.

Bu hastaneler içinde hizmete giriş tarihi saptanabilenlerin en eskisi 1986 yılında hizmete girmiş olan Patnos Devlet Hastanesi'dir. Ağrı Devlet Hastanesi 1994 yılında hizmete girmiştir. İl merkezinde bulunan iki özel hastane de 2009 yılında hizmete başlamıştır. En yeni devlet hastanesi 2011 yılında hizmete girmiş bulunan Doğubayazıt Devlet Hastanesi'dir.

Ardahan il merkezinde biri Sağlık Bakanlığı'na, diğeri ise Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı iki hastane bulunmaktadır. Beş ilçesinden ise yalnız ikisinde Devlet Hastanesi mevcuttur. Göle Devlet Hastanesi 1956, Posof Devlet Hastanesi 1981 ve Ardahan Devlet Hastanesi 1995 yılında hizmete girmiştir. Askeri Hastane Baştabipliği ise 1974 yılı itibariyle hizmet vermektedir.

Iğdır il merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Genel Dal Hastanesi ile bir Özel Kadın Doğum Hastanesi bulunmaktadır. Mevcut Devlet Hastanesi 220 yataklı B Grubu standartlarda hizmet vermektedir. Üç ilçesinin ikisinde (Aralık ve Tuzluca) devlet hastanesi bulunmaktadır.

Kars il merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastanesi dışında başka kurumlara ait ya da özel 2. Basamak Sağlık Hizmetleri veren kuruluş bulunmaktadır. Kars Kadın Doğum ve Çocuk Evi ise ayrı bir hizmet binasına sahip olmakla birlikte Devlet Hastanesi bünyesinde hizmet vermektedir. Kadın Doğum ve Çocuk Evi 1996 yılı itibariyle hizmete girmiştir. Kars ilinin 7 ilçesinden 4'ünde Devlet Hastanesi bulunmaktadır. Akyaka, Arpaçay ve Susuz ilçelerinde hastane bulunmamaktadır.

Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin 3'ü (Taşlıçay, Aralık ve Selim) entegre hastanedir. Bunlardan 1'i E-I standardında (Taşlıçay), diğer ikisi ise E-II standardında hastane statüsündedir. Bu hastanelerle birlikte, entegre hastane olmamakla birlikte mevcut durumda E-II statüsünde bulunan 1 hastanenin de (Digor) mevcut statüsü korunurken, halihazırda D Grubu hastane standardında bulunan 3 hastane (Eleşkirt, Tutak ve Tuzluca) E-I standardına, 1 hastane de (Posof) E-II standardına dönüştürülmüştür.

E-I ve E-II standardında hizmet veren hastanelerin tamamı (8) birinci basamağa yakın, en alt düzeyde ikinci basamak hizmet sunan entegre hastaneler olarak değerlendirilebilir. Başka bir deyişle, E-I statüsünde bulunan 4 hastanede uzman doktor bulunabilecek, ancak E-II statüsündeki hastanelerde uzman doktor bulunmayacaktır.

Dolayısıyla, bu hastanelerde tescili yapılmış olan toplam 70 hastane yatak sayısı ancak müşahede amaçlı kullanılabilir durumda olacaktır.

Yeni inşa edilmiş ve edilmekte olan hastanelerle Bölgede D Grubunda bulunan 2 hastanenin (Göle ve Diyadin), C Grubunda bulunan 2 hastanenin (Kağızman ve Sarıkamış) ve B Grubunda bulunan 3 hastanenin (Ardahan, Iğdır ve Doğubayazıt) mevcut statüsü korunarak yenilenmekte ve kapasitesi geliştirilmektedir.

Bölgede yalnız 3 hastanenin hizmetlerinin niteliği ve standartları yükseltilmiştir. Patnos Devlet Hastanesi C Grubu statüden B Grubuna, Ağrı Devlet Hastanesi ise A-II Grubuna yükseltilmiştir. Henüz yapımı başlamamış olan Kars Devlet Hastanesi de A-II Grubu hastane standardına yükseltilmiş olacaktır.

Özel hastanelerin mevcut statüleri ile ilgili alınabilen bilgiler doğrultusunda bir değerlendirme yapmak mümkün olmamıştır.

5.2.2. Fiziksel Altyapı Durumları

Biri 2006 yılında (Kağızman) ve ikisi 2011 yılında (Doğubayazıt ve Hamur) hizmete girmiş üç hastane ve planlanan hizmet standardı bakımından yeterli görünen bir hastane (Posof) dışında hastanelerin hepsinin binaların yetersizliği, bina planlarının hastane olarak kullanıma uygun olmadığı ya da aşırı derecede eskimiş ve yıpranmış olmaları nedeniyle ihtiyacı karşılayamadıkları belirtilmiştir. Kağızman'da mevcut hastanenin ihtiyacı karşılayamaması nedeniyle ek bina inşa edilmiştir. Hamur ilçesinde bulunan ve 2011 yılı içinde hizmete girmiş bulunan hastanenin kapasitesinin ilçenin il merkezine yakınlığı nedeniyle ihtiyaçtan fazla olduğu belirtilmiştir.

Ağrı il merkezinde bulunan Devlet Hastanesi, fiziki koşulları açısından yetersiz olarak değerlendirilmektedir. 1987 yılında planlanmış olan hastanenin polikliniklerinin planlamasının uygun olmadığı ve ilde en az 350 yatak kapasiteli ⁵⁶ bir hastaneye ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

2011 yılında hizmete açılmış bulunan Doğubayazıt Devlet Hastanesi, yeni olması yanı sıra; bina yapısı, donanımı, bekleme salonlarının ferahlığı ve geniş bahçe ve yeşil alanı ile Ağrı ilinin en göz kamaştırıcı hastanesidir. Hastanenin mevcut bina kapasitesi hizmet basamağının gerektirdiği tüm ihtiyaçları karşılamaya yeterli bulunmaktadır. Ancak, yeni hizmete girmiş bir hastane olarak birçok servisi kurulum aşamasındadır. Hastanede özellikle yeni doğan yoğun bakım servisi, (+) (-) basınçlı oda, acil servis gözlem servisi ve tüberküloz laboratuvarı gibi servis ve tesislerin kurulmasına ihtiyaç bulunduğu belirtilmiştir. Ancak, bu türden sürekli nitelikli yetişmiş personel ihtiyacı bulunan servis ve tesislerin kurulmasında en büyük zorluk personel hareketliliğinden

⁵⁶ Ağrı il merkezinde inşa edilmekte olan yeni hastanenin 350 yataklı olacağı bilgisi verilmiş olmakla birlikte, resmi belgelerde hastanenin 300 yatak kapasitesine sahip olduğu görünmektedir.

kaynaklanmaktadır. Hızlı personel değişimi nedeniyle bu türden hizmetlerin sürekliliğinin sağlanmasının güçlükleri özellikle vurgulanmıştır.

Ağrı ilinin nüfusu yoğun ilçelerinden biri olan Patnos'ta bulunan Devlet Hastanesi 1986 yılında hizmete girmiş olup, bina, ekipman ve insan kaynakları açısından mevcut ihtiyaçları karşılamaktan tümüyle yoksundur. İlçede yeni inşa edilen 150 yataklı B Grubu standartlara sahip hastanenin Ekim 2011 ayı içinde faaliyete geçmesi beklenmektedir.

Diyadin Devlet Hastanesi en eski hastanelerden birisi olup, sağlık ocağından düzenlenmiş binası ile hastane olmaya uygun değildir. Hastanenin idari işler birimleri hastane binasının karşısında iki katlı bir binanın 2. katında kiralama yoluyla edinilmiş bir dairede hizmet vermektedir.

Yaklaşık 40.000 nüfusa hizmet veren Eleşkirt Devlet Hastanesi'nin 25 olan yatak kapasitesine göre personelinin yeterli olduğu ancak hastane binasının yetersiz olduğu, ameliyathanesinin geliştirilmeye ihtiyacı bulunduğu belirtilmiştir. Mevcut hastaneye ek bina yapılması için girişimlerde bulunduğu, hazırlanan ek bina projelerine Bayındırlık Bakanlığı'ndan onay beklendiği rapor edilmiştir.

Tutak Devlet Hastanesinin ise mevcut bina, ekipman ve insan kaynakları altyapısının hastanenin yataklı tedavi kurumu olarak hizmet vermesi için yeterli olmadığı belirtilmiştir. İlçede 30 yataklı yeni hastane binasının yapımına başlanmış olup, inşaatın 2 yıl içinde tamamlanması beklenmektedir.

Ardahan Devlet Hastanesi mevcut 100 yatak kapasitesine rağmen bina ve yatak kapasitesi açısından hizmet basamağının gerektirdiği hizmetleri yerine getirmekte yeterli bulunmamaktadır. Hastanenin yalnız Ardahan ve ilçelerine değil, aynı zamanda Artvin'in bazı ilçelerinde de hizmet verdiği belirtilmiştir. Hizmet binasının yetersizliği nedeniyle 2008 yılında ihalesi yapılmış olan 150 yataklı yeni hastane binası 2012 yılı Mart ayında hizmete girmesi beklenmektedir.

1956 yılından itibaren hizmet vermekte olan Göle Devlet Hastanesi mevcut bina ve ekipman açısından ihtiyacı karşılamakta yeterli görülmemektedir. İlçede 50 yataklı yeni hastane binasının yapımı sürmektedir.

Iğdır il merkezinde bulunan 220 yataklı Devlet Hastanesi B Grubu standartlarda olmakla birlikte, ek hizmet binaları ile hizmet sunmakta, mevcut kapasitesi ihtiyacı karşılayamamaktadır. B Grubu standartlarda olmakla birlikte 250 yatak kapasiteli yeni hastane binasının temeli 22 Ekim 2011 tarihinde atılmıştır.

Aralık Devlet Hastanesi mevcut durumda EII standartlarında entegre hastane olarak hizmet vermektedir ve hastanenin mevcut standardının korunması planlanmaktadır. Ancak, görüşülen yetkililer hastanenin ekipman ve donanım ihtiyacı bulunduğu, mevcut

hizmet standardı çerçevesinde personelin sayı olarak yeterli olduğu ancak personelin nitelik olarak yeterince deneyimli olmadığı belirtilmiştir.

Tuzluca Devlet Hastanesi ise resmi kayıtlarda D Grubu Genel Dal Hastanesi olarak görünmekte, Yataklı Tedavi Kurumları Planlaması Genelgesi'ne göre de EII standartlarına düşürülmesi planlanmaktadır. Ancak, hastane yetkilileri hastanenin şu anda hastanenin mevcut durumda E standardında olduğunu ve yeni kurulacak ameliyathane ile D Grubuna yükseleceğini belirtmişlerdir. Resmi belgelerle uyuşmayan bu bilgi teyit edilememiştir.

Kars il merkezinde bulunan ve ünlük ortalama hasta sayısının 2.000 olduğu, Kadın Doğum ve Çocuk Bakımevi ile birlikte 369 yatak kapasitesine sahip Kars Devlet Hastanesi halihazırda B Grubu standartlarda hizmet vermektedir. Ancak, hastane bina yapısı, ekipman ve donanım açısından talebi karşılamaya yeterli bulunmadığından, ilde 400 yataklı ⁵⁷ AII standartlarında yeni hastanenin yapım ihalesi tamamlanmıştır.

Kars Devlet Hastanesine bağlı olmakla birlikte, ayrı bir binada hizmet veren Kadın Doğum ve Çocuk Bakımevi 1996 tarihi itibarıyla hizmete girmiştir. Binasının eskiliği ve bakımsızlığı yanı sıra, ilçeler ve civar illerden (Ardahan ve Iğdır) gelen yoğun talepleri karşılama kapasitesine sahip değildir.

Digor Devlet Hastanesi Yataklı Tedavi Kuruluşu olmasına karşın 1. Basamak Sağlık Hizmeti sunma kapasitesine sahip olup, uzman hekim bulundurmamaktadır. Mevcut durumda entegre hastane olarak hizmet vermektedir. 26.000 nüfusu ile Kars il merkezine 44 km mesafede bulunan Digor ilçesinde bulunan Devlet Hastanesinin yenilenmesi ya da kapasitesinin artırılması planlanmamaktadır. Mevcut durumda oldukça bakımsız bir binada hizmet vermekte olan hastanenin ekipman ve donanım açısından da yetersiz olduğu belirtilmiştir. Örneğin, en yakın ulaşılabilecek mesafe 30 km'nin üzerinde olmasına rağmen hastanede bir hemodiyaliz cihazı bile bulunmamaktadır.

Sarıkamış Devlet Hastanesi bina, ekipman ve donanım açısından hizmet bölgesinin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediğinden ilçede yeni bir hastane inşa edilmektedir. C Grubu standartlarda hizmet verecek olan yeni hastanenin 2012 yılı içinde hizmete girmesi beklenmektedir.

Selim ilçesinde bulunan Abdülhadi Cihangir İlçe Hastanesi entegre hastane olup, EII Grubu standartlara sahiptir. Mevcut haliyle ilçenin ihtiyaçlarını karşılamadığı, 10 yatak bulunmasına karşın hastanenin yataklı tedavi kurumu olarak hizmet veremediği belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın planlamasına göre standartlarının değiştirilmemesi öngörülmüş olmasına karşın, hastane yetkilileri hastanenin yenilenerek EI standardına

⁵⁷ Resmi belgelerde 200 yataklı görünmesine karşın ilde bulunan yetkililer yeni yapılan hastanenin 400 yataklı olacağı bilgisini vermişlerdir.

çıkarılması ile ilgili gerekli ödenek tahsisinin yapıldığını belirtmişlerdir. Bu standarda yükseldiğinde dahiliye, kadın doğum, çocuk ve genel cerrahi servislerinin kurulacağı bilgisi verilmiştir. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın resmi dokümanları ile uyuşmayan bu bilgilerin doğruluğu teyit edilememiştir.

Bölge il merkezlerinde bulunan hastane yetkilileri, bölgede tıbbi atık yönetim sisteminin bulunmaması nedeniyle, özellikle büyük hastanelerin tıbbi atıklarının önemli bir sorun olduğunu, Bölgenin tüm illerinden atıkların Erzurum'a gönderildiğini belirtmişlerdir.

5.2.3. Yatak Kapasitesi ve Nitelik Durumu

Çalışma kapsamında bulunan ve yataklı tedavi hizmeti sunan 23 hastanenin (bir özel hastane yataklı tedavi kurumu değildir) toplam yatak sayısı 1.540'tır⁵⁸. Bunlardan büyük çoğunluğu (1.430) Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlara, yalnız 70'i özel hastanelere, 40'ı ise Milli Savunma Bakanlığına bağlı askeri hastaneye aittir.

Tablo 14: Hastanelerin Yatak Kapasiteleri ve Niteliklerine Göre Dağılımları⁵⁹

İL	Kurum Niteliği	Yerleşim Yeri	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Fiili Kullanım	Nitelikli Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	
							Erişkin	Yenidoğan
AĞRI	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	1	226	226	2	20	10
		İlçeler	7	334	306	35	7	2
	Özel	İl Merkezi	2	30	30	30	2	2
		İlçeler	1	25	25	10	5	2
AĞRI İLİ TOPLAMI			11	615	587	77	34	16
ARDAHAN	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	1	100	100	4	4	3
		İlçeler	2	45	25	0	0	0
	MSB	İl Merkezi	1	40	40	40	1	0
ARDAHAN İLİ TOPLAMI			4	185	165	44	5	3
IĞDIR	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	1	220	220	1	10	10
		İlçeler	2	44	25	8	0	0
	Özel	İl Merkezi	1	15	15	13	0	0
IĞDIR İLİ TOPLAMI			4	279	260	22	10	10
KARS	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	1	369	409	-	15	14
		İlçeler	4	92	87	8	2	0
KARS İLİ TOPLAMI			5	461	496	8	17	14
GENEL TOPLAM			24	1.540	1.508	151	66	43

⁵⁸ Üçüncü basamak hizmet veren bir sağlık kuruluşu olması nedeniyle raporda ayrı bir bölümde değerlendirilmiş olan Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin mevcut 55 yatak sayısı bu rakama dahil edilmemiştir.

⁵⁹ İlgili sağlık kuruluşlarından alınan bilgilere dayalı olarak hesaplanarak oluşturulmuştur.

Bölge hastanelerinin yatak kapasiteleri ve niteliğine ilişkin özet bilgilerin sunulmuş olduğu **Tablo 14**'e göre, mevcut hastane yataklarının fiili kullanım durumu farklılık göstermektedir. İl merkezleri ve bazı ilçelerde mevcut yatak sayılarına ilave yapılarak yatak sayısı artırılmış olmasına karşın, bazı ilçelerde ise mevcut yatakların kullanılmadığı görülmektedir. Kars il merkezinde bulunan Kadın Doğum ve Çocuk Evi mevcut 75 yatak sayısını 115'e çıkarmıştır. Benzer biçimde Sarıkamış Devlet Hastanesi de tescilli 35 yatak sayısına karşın, 50 yatakla hizmet vermektedir.

Hamur, Tutak, Posof ve Selim ilçelerinde bulunan toplam 70 yatak sayısının ise ancak 12'si kullanılabilir. Bu hastanelerde uzman doktor bulunmaması nedeniyle yataklar ancak acil ve müşahede amaçlı kullanılabilir.

Ardahan il merkezinde bulunan Askeri Hastane ise kullanıma açık 40 yatak sayısının, daha özel amaçlı bir kuruluş olmasından dolayı, yoğunluk açısından %25'ini kullanabilmektedir.

Bölgede toplam nitelikli yatak sayısı (özel oda tabir edilmektedir) 151'dir⁶⁰ ve bunların 53'ü özel hastanelere, 40'ı ise askeri hastanede bulunmaktadır. Nitelikli yatak Bölge hastanelerinin önemli sorunlarından biridir. Yeni inşa edilen hastanelerin planlamasında nitelikli yatak sayısının artırılmasına özellikle özen gösterildiği belirtilmiştir.

Mevcut durumda yoğun bakım yataklarının il merkezlerindeki hastanelerde yoğunlaşmış olduğu görülmektedir. Bölge hastanelerinde mevcut 66 erişkin yoğun bakım yatak sayısının 52'si il merkezlerinde bulunmaktadır. Benzer biçimde 43 yeni doğan yoğun bakım yatak sayısının da 39'unun il merkezlerinde olduğu görülmektedir. Ağrı ili Diyadin ilçesi ve Doğubayazıt ilçesinde bulunan özel hastane dışındaki ilçe hastanelerinin hiç birinde yeni doğan yoğun bakım yatağı bulunmamaktadır. Ancak, Diyadin Devlet Hastanesi'nin ihtiyaç üzerine 2 yeni doğan yoğun bakım yatağı kurmuş olması, özellikle merkezlere uzak ilçelerin bu konudaki ihtiyacını ortaya koymaktadır.

5.2.4 Sağlık Personeli Kapasitesi

Yetkililerle yapılan görüşmelerde, Bölgede, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık personelinin (insan kaynakları) hem nitelik hem de nicelik açısından yetersizliğinin en önemli sorun olduğu belirtilmiştir. Bu sorun Bölgede yalnız devlet hastanelerinin değil, ilgili bölümde üzerinde durulduğu gibi, özel hastanelerin de en temel sorunudur.

Bölge hastanelerinin mevcut insan kaynakları kompozisyonu **Tablo15**'te sunulmuştur. Hastanelerde çalışan uzman hekimlerin sayısı Bölge genelinde 487'dir. Bu hekimlerin görece olarak standardı yüksek hastanelerin bulunduğu merkezlerde yoğunlaşmış oldukları görülmektedir. Uzman hekimlerin yalnız 121'i ilçe hastanelerinde görev

⁶⁰ Kars Devlet Hastanesinin nitelikli yatak sayısı bilgisi alınamamıştır.

yapmaktadır ki; bunların da 89'u Doğubayazıt ve Patnos gibi büyük ilçelerde bulunmaktadır.

Uzman hekimlerin büyük çoğunluğu (438) devlet hastanelerinde görevlidir. Özel hastanelerde çalışan uzman hekim sayısı 34, MSB'ye bağlı askeri hastanede görevli uzman hekim sayısı ise 15'tir. Bölgede bulunan toplam 108 pratisyen hekimin 28'i özel hastanelerde, 80'i ise devlet hastanelerinde görev yapmaktadır.

Doktorların bölgede görev yapma süreleri açısından devlet hastaneleri ile özel hastaneler arasında bir fark görünmemekte, her iki sağlık kurumlarında da 12 ayla 24 ay arasında değişmektedir. Askeri hastanede bu sürenin 36 ay olmasının nedeni ise, asker hekimlerin mecburi hizmet zorunluluklarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 15: Hastanelerin Sağlık Personeli Sayısı⁶¹

İL	Kurum Niteliği	Yerleşim Yeri	Uz. Hekim Sayısı	Pratisyen Hekim Sayısı	Diş Hekimi Sayısı	Eczacı Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe Sayısı	Dr. Ort. Görev Süresi (Ay)
AĞRI	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	106	12	0	4	148	66	14
		İlçeler	79	25	14	1	205	72	14
	Özel	İl Merkezi	18	25	0	1	14	3	21
		İlçeler	10	2	0	1	15	2	12
AĞRI İLİ TOPLAMI			213	44	14	6	382	143	-
ARDAHAN	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	39	4	0	1	40	12	15
		İlçeler	4	6	3	1	23	7	12
	MSB	İl Merkezi	15	0	1	1	13	1	36
ARDAHAN İLİ TOPLAMI			58	10	4	3	76	20	-
İĞDIR	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	65	18	0	2	120	66	24
		İlçeler	4	7	3	0	27	15	12
	Özel	İl Merkezi	6	1	0	0	4	0	24
İĞDIR İLİ TOPLAMI			75	26	3	2	151	81	-
KARS	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	117	11	0	4	157	158	24
		İlçeler	24	17	7	1	55	25	17
KARS TOPLAM			141	28	7	5	212	183	-
GENEL TOPLAM			487	108	28	16	821	427	-

Doktorların Bölgede kalış süreleri ile ilgili dikkat çeken bir diğer konu ise il ve ilçeler arasında görünen farklılıktır. İl merkezlerinde (Ağrı ve Ardahan) bu süre, 14-15 aydan 24 aya kadar çıkabilirken ilçelerde genel olarak 12 ayla sınırlı kalmakta yalnız Kars'a bağlı ilçelerde ortalama 17 ay civarındadır. Doktorların Bölgede kalış sürelerinin genel olarak mecburi hizmet süresi ile, pratisyen hekimler için ise Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanmalarına kadar geçen süre ile sınırlı olduğu belirtilmiştir. Bu durumun nedenleri raporda ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

⁶¹ Ek 3'te sunulmuş olan ve saha çalışmasından elde edilen verilerden oluşturulmuştur.

Bölgede özellikle ilçe merkezlerinde yaşanan doktor sıkıntısı nedeniyle, doktorlar genellikle hastane görevleri yanı sıra başka sorumluluklar da üstlenmek zorunda kalmaktadır. Örneğin, Diyadin Devlet Hastanesi entegre hastane olmamasına karşın, ilçede doktor yetersizliği nedeniyle, Başhekim aynı zamanda Toplum Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi görevini de yerine getirmektedir.

İl merkezlerinde diş muayene ve tedavi hizmetleri Ağız ve Diş sağlığı Merkezleri bünyesinde ayrı bir yapıya dönüştürüldüğü için il merkezlerindeki hastanelerde genellikle diş hekimi bulunmamaktadır. Tamamı ilçe hastanelerinde görev yapmakta olan diş hekimlerinin toplam sayısı ise 28'dir.

Bölgede toplam hemşire sayısı 821 olup, doktor başına hemşire sayısı 1,4'tür. Hastanelerde görev yapan hemşire ve ebelerin birçoğunun idari işlerde görevlendirilmiş olmaları dikkat çekicidir. Özellikle idari personelin nitelik ve nicelik açısından yetersizliği bir diğer önemli sorun olarak belirtilmiştir. Bunların yanı sıra, teknisyen gibi yardımcı personelin yetersizliği vurgulanmıştır.

5.2.5. Hasta Yoğunluğu

Hekim başına düşen hasta sayısı hastanelerdeki genel yoğunluğu ifade etmek amacıyla hesaplanmıştır. Bölge hastanelerinin günlük ortalama hasta sayısı toplamı 19.120'dir (**Tablo 16**). Bu rakamın 12.140'ı il merkezlerinde bulunan 4 devlet hastanesi ile 3 özel hastaneye aittir. İlçe merkezlerinde günlük ortalama hasta sayısı toplamı ise 6.980'dir.

Yetkililerle yapılan görüşmelerde, genel olarak Bölgede il merkezlerindeki hastanelere talebin çok yüksek olmasının nedeni kırsal yerleşimlerde yaşayan özellikle kadınlar için hastaneye gelmenin kentle ilişki kurmanın tek yolu olmasından kaynaklı olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle basit rahatsızlıklar için hastaneye gelindiği gibi, birçok rahatsızlığın temelini psikolojik olduğunu gözlemledikleri belirtilmiştir. Kadınlar için başka hiçbir sosyal aktivite, eğlenme olanağı bulunmadığından, kente yalnız gezme amaçlı gelmeleri konusunda da özgür olmadıklarından hastalığın, kadınların bu türden ihtiyaçlarını meşrulaştıran bir araç haline geldiği dile getirilmiştir.

Bölge genelinde uzman hekim başına düşen günlük ortalama hasta sayısı 40, toplam hekim başına düşen günlük hasta sayısı ise 33'tür. Bu ortalamaların branşlara göre farklılık göstereceği göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, il merkezlerindeki hastanelerde dahiliye servislerinde uzman hekim başına düşen günlük hasta sayısının 100'ün üzerinde olduğu özellikle belirtilmiştir. İl merkezlerinde uzman hekim başına düşen günlük hasta sayısında 88 ile Ağrı il merkezinde bulunan Özel Güven Tıp Merkezi birinci sırada yer alırken, Özel Güven Başaran Hastanesi (50) ikinci sırada, Iğdır Devlet Hastanesi (43) ise üçüncü sırada yer almaktadır.

İller bazında değerlendirildiğinde ise gerek uzman hekim başına düşen günlük hasta sayısı (51), gerekse toplam hekim başına düşen günlük hasta sayısı (42) en yüksek olan il Ağrı ilidir. Ağrı'yı, Iğdır, Ardahan ve Kars izlemektedir.

Tablo 16: Hastanelerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları

İL	Kurum Niteliği	Yerleşim Yeri	Günlük Ortalama Hasta Sayısı	Uzm. Hekim Başına Günlük Hasta Sayısı	Toplam Hekim Başına Günlük Hasta Sayısı
AĞRI	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	4.500	42	38
		İlçeler	4.480	57	43
	Özel	İl Merkezi	1.050	58	46
		İlçeler	350	35	29
AĞRI İLİ ORTALAMASI			10.380	39	40
ARDAHAN	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	1.100	28	26
		İlçeler	480	120	48
	MSB	İl Merkezi	90	6	6
ARDAHAN İLİ ORTALAMASI			1.670	29	25
IĞDIR	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	2.800	43	34
		İlçeler	220	55	11
	Özel	İl Merkezi	100	17	14
IĞDIR İLİ ORTALAMASI			3.120	42	31
KARS	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	2.500	21	20
		İlçeler	1.450	60	39
KARS İLİ ORTALAMASI			3.950	28	23
GENEL ORTALAMA			19.120	40	33

Doğubayazıt, Patnos, Kağızman ve Sarıkamış gibi görece olarak büyük ilçeler dışında ilçe hastanelerinde uzman hekim sayısı çok az olduğundan ilçelerde toplam hekim başına düşen hasta sayısı değerlendirmesi daha anlamlı görünmektedir. Toplam hekim başına düşen günlük ortalama hasta sayısı açısından en fazla yoğunluğun Diyadin ilçesinde (120) bulunduğu görülmektedir. Diyadin'i, Taşlıçay (63) ve Tutak (60) ilçeleri izlemektedir. Diyadin'de günde ortalama 600 hastanın hastaneye başvurduğu belirtilmiş, bunun da hastaneye gelmenin Diyadin halkı için bir sosyal faaliyet olmasından kaynaklı olduğu vurgulanmıştır.

5.2.6. Tıbbi Cihaz ve Ekipman Altyapısı

Hastanelerin tıbbi cihaz ve ekipman dağılımlarına bakıldığında (**Tablo 17**), Ağrı ilinde yalnız 2 tane MR, 1 tane de BT cihazının bulunduğu görülmektedir. Ağrı ili toplamında 32 Hemo Diyaliz Cihazı, 15 ultrason ve 10 Doppler Ultrason cihazı mevcuttur. Eko Cihazı sayısı ise il genelinde 4'tür.

Tablo 17: Hastanelerin Tıbbi Cihaz Altyapısı

İL	Kurum Niteliği	Yerleşim Yeri	Hemodiyaliz Cihazı	MR Cihazı	BT Cihazı	Ultrason Cihazı	Doppler Ultrason Cihazı	EKO Cihazı
AĞRI	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	7	1	1	3	3	2
		İlçeler	25	0	1	6	4	1
	Özel	İl Merkezi	0	1	1	3	2	0
		İlçeler	0	0	1	3	1	1
GENEL TOPLAM			32	2	4	15	10	4
IĞDIR	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	12	0	1	2	1	1
		İlçeler	3	0	0	1	1	0
	MSB	İl Merkezi	0	0	0	1	0	0
GENEL TOPLAM			15	0	1	4	2	1
ARDAHAN	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	17	1	1	2	3	1
		İlçeler	0	0	0	1	1	0
	Özel	İl Merkezi	0	0	0	2	1	0
GENEL TOPLAM			17	1	1	5	5	1
KARS	Sağlık Bakanlığı	İl Merkezi	19	1	1	12	1	1
		İlçeler	8	0	0	7	3	0
GENEL TOPLAM			27	1	1	19	4	1

Ağrı il merkezinde bulunan Devlet Hastanesi tıbbi cihaz ekipman altyapısı bakımından diğer hastanelere göre daha iyi durumda görünmektedir. Buna karşın, hastanenin yeterli donanıma sahip olmadığı, örneğin anjiyografi yapılabilecek düzeyde bir donanımın il için ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Bölgede il merkezlerinde bulunan hastaneler dışında tıbbi cihaz ve ekipman altyapısının yeterli olmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın standartları çerçevesinde en fazla 30 km mesafede bulunması gereken Hemodiyaliz cihazının Posof ve Digor Devlet Hastanelerinde bulunmaması dikkat çekicidir. Posof ilçesine en yakın mesafe Ardahan il merkezidir ve mesafesi 80 km'dir. Digor ilçesi ise Kars il merkezine 45 km mesafededir.

Ardahan ve Iğdır Devlet Hastanelerinde MR Cihazı bulunmadığından, hastalar yoğunlukla Kars Devlet Hastanesine ya da Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine yönlendirilmektedir.

Iğdır ilinde tıbbi cihazlar açısından ilde bir tek il merkezindeki Devlet Hastanesi donanımlı görünmektedir. Iğdır Devlet Hastanesinde 17 Hemodiyaliz Cihazı bulunmakla birlikte, ilçe hastanelerinde Hemodiyaliz Cihazı bulunmamaktadır.

5.2.7. Özel Hastaneler

Bölgede Ağrı il merkezinde 2, Doğubayazıt ilçesinde 1 ve Iğdır il merkezinde 1 olmak üzere toplam 4 özel hastane bulunmaktadır.

Ağrı il merkezinde bulunan Özel Güven Başaran Hastanesi 2006 yılından itibaren ilde hizmet vermektedir. Hastanenin bina kapasitesinin mevcut talebi karşılayamadığı, bina yetersizliği nedeniyle bazı yeni servislerin (fizik tedavi, kardiyoloji gibi) açılmadığı belirtilmiştir. 30 yatakla hizmet vermekte olan hastanenin 20 yatağa daha ihtiyaç duyduğu vurgulanmıştır.

Hastanenin en önemli sorunu deneyimli uzman hekim istihdamının sağlanamamasıdır. Bu tür hekimler için verilen ücret ne kadar yüksek olursa olsun söz konusu hekimlerin bölgeye getirilemediği, gelenlerin de en fazla 2 yıl kaldıkları belirtilmiştir.

İlde bulunan Sağlık Meslek Yüksekokulu'nun kendileri için bir avantaj yarattığı, hasta bakıcılığı ve teknisyen düzeyinde personelin sağlanmasının kolaylaştığı belirtilmiştir.

Yataklı tedavi kurumu olmayan Özel Güven Tıp Merkezinde de temel sorunlarının uzman hekim bulunmasında yaşanan güçlükler ve kadro olduğu vurgulanmış; radyoloji, göz hastalıkları, KBB gibi servisleri açmak istedikleri ancak Sağlık Bakanlığı'nın kadro tahsis etmemesi nedeniyle tıp merkezini büyütemedikleri belirtilmiştir.

Doğubayazıt'ta bulunan Özel Mediza Hastanesi 2008 yılında hizmete girmiş olup, bina kapasitesi açısından yeterli hastanelerden biridir. Hastanenin fiziksel altyapı sorunu olmamakla birlikte, uzman ve yardımcı personel istihdamında sorunlar yaşandığı, kardiyoloji ve nöroloji servislerinin açılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na başvuruda buldukları ancak henüz kadro tahsis edilmediği belirtilmiştir.

Özel hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde, bölgede özel hastane yatırımlarının çok az olması ile ilgili olarak bölgedeki yatırımcıların hastane işletme becerisine sahip olmadıkları, ihtiyaç bulunmasına rağmen bölgede özel hastane işletmesini gerçekleştirebilecek yeterince yatırımcı bulunmadığı belirtilmiştir.

Iğdır il merkezinde 2004 yılında hizmete açılmış olan Özel Kadın Doğum Hastanesi, 6 uzman hekimle hizmet vermektedir. Bina, insan kaynakları ve donanım açısından hastanenin mevcut işlevi için yeterli olduğu belirtilmiştir. Hastane yöneticileri hastaneyi genişleterek Genel Dal Hastanesi haline getirmek üzere ek bina inşaatına başlamış olduklarını belirtmişlerdir.

Genel Hastaneye dönüşme konusunda temel sorunun Sağlık Bakanlığı'nın kadro tahsis etmesi olduğu dile getirilmiştir. Kendilerine kadro tahsis edilmediğinden ihtiyaç duydukları kadroları başka özel hastanelerin kadrolarından sağlamak zorunda kaldıkları vurgulanmıştır.

Öte yandan, doğu illerinde uzman hekim çalıştırmanın da oldukça güç olduğu vurgulanmıştır. Yüksek ücretler teklif edilmesine rağmen, uzman hekimlerin batı illerinde çalışmayı tercih ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, batı illerindeki hastanelerin (örneğin turistik bölgelerde) kazançlarının büyük oranda özel muayene ve tedaviye dayalı olması, doğudaki hastanelerin ise sağlık sigortası kapsamında özel sağlık hizmeti veriyor olmaları nedeniyle, batıdaki hastanelerin işlem hacmi daha az olmakla birlikte, cirolarının çok daha yüksek olmasının uzman doktorlar açısından bu hastaneleri daha cazip hale getirdiği dile getirilmiştir.

Bölge illerinde özel hastanelere yeterli talebin olduğu, ancak hastane işletmesinin özel bilgi ve beceri gerektiren bir iş olması nedeniyle Bölgede çok sayıda işletmenin açılmadığı, var olanların ise kötü işletilmeleri nedeniyle kapandıkları belirtilmiştir.

5.2.8. Milli Savunma Bakanlığı Askeri Hastane Baştabipliği

1974 yılından itibaren ilde hizmet vermekte olan Askeri Hastane Baştabipliği ile ilgili olarak özel amaçlı hastane olması nedeniyle ayrıntılı bir değerlendirme yapılmamıştır. Askeri Hastanelerin kendi zamanlarında bölgede önemli hizmetler verdikleri ancak giderek sivil hastanelerin sayı ve kalite standartlarının artması nedeniyle, bu hastanelere eskiden olduğu kadar ihtiyaç bulunmadığı belirtilmiştir. Milli Savunma Bakanlığı'nın da bu doğrultuda askeri hastanelerle ilgili yeni bir planlama çalışması yapmakta olduğu rapor edilmiştir.

5.3. ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

TRA2 Bölgesinde 3. Basamak Sağlık Hizmeti verebilecek tek yataklı tedavi kurumu 2008 yılında hizmete açılmış bulunan Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesidir. Ancak, hastanenin mevcut kapasitesi; bina altyapısı, ekipman ve donanım ile insan kaynakları açısından bu hizmet basamağının gerektirdiği hizmetleri vermeye yeterli değildir.

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi lisans düzeyinde öğrenci alıyor olmasına karşın, halihazırda Fakültenin öğrencileri Atatürk Üniversitesinde eğitim görmektedirler.

Mevcut durumda 55 yatak kapasitesine sahip olan hastanede 25 uzman hekim ve 14 asistan hekimin görev yapmakta olduğu 13 servis bulunmaktadır. Hastanede MR cihazının bulunması nedeniyle, yalnız Kars'a değil, civar illere de hizmet vermekte olduğu, talebin çok olmasına karşılık, hastane kapasitesinin bu talebi karşılamaya kapasitesinin yeterli olmadığı belirtilmiştir.

İnşaatı tamamlanmış olup, 2011 Kasım ayı içinde hizmete geçmesi beklenen yeni hastane 200 yatak kapasitelidir. 8 ameliyathane, 20 yetişkin ve 5 yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunacak olan hastanenin ileri teknoloji tıbbi cihazlarla donatılması öngörülmektedir.

Hizmete geçmesi ile birlikte 100 yatak kapasite ile çalışmaya başlayacak olan hastanenin 2012 yılı sonuna kadar ihtiyaç duyduğu tüm alanlarda personel ihtiyacını karşılaması için çalışmalar yürütülmektedir. 2013-2014 yıllarında ise hastanenin tam kapasite çalışmasının beklendiği belirtilmiştir. Bu durumda hastanenin uzman, yardımcı sağlık ve idari personel olarak toplam 400 kişilik bir istihdam yaratacağı vurgulanmıştır.

Görüşülen yetkililer hastanenin yalnız Kars iline değil, bölgenin tamamına hatta (sınır ülkelere) yurtdışına da hizmet verir hale gelmesinin beklendiğini, hatta mevcut kapasitesinin 2014 yılı itibarıyla yetersiz hale gelebileceğini dile getirmişlerdir.

Fakültenin kendi öğrencilerine eğitim verebilir hale gelmesinin de ilin sosyo-ekonomik kalkınmasında önemli bir etken olacağı ayrıca değerlendirilmiştir. Bu nedenlerle, bölgenin tek Tıp Fakültesi Hastanesi için gerekli tüm mali destekler sunularak, gelişiminin hızlandırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Iğdır Sağlık İl Müdürlüğü ile yapılan görüşmede ilin sınırda bulunması nedeniyle 3. Basamak Sağlık Hizmetleri sunabilen hastane kapasitesinin bulunduğu belirtilmiştir. Doğu ili olmasına karşın ilin ılıman iklimi, güvenlik sorunlarının olmayışı ve sınıra yakınlığı nedeniyle ilde Tıp Fakültesi Hastanesi kurulması için yeterli şartların bulunduğu düşünülmektedir. İlde kurulacak bir Tıp Fakültesinin sınır ötesinden de öğrenci alacağı, ilde sağlık turizminin gelişeceği, böylece ilin sosyo-ekonomik kalkınmasına da katkıda bulunulabileceği belirtilmiştir.

Ağrı ili ise Bölgenin en yüksek nüfusuna sahip ili olarak, sağlık hizmetlerini büyük oranda Erzurum'dan almaktadır. Bu nedenle ilden her yarım saatte bir toplu ulaşım aracı kalkmakta olduğu ve gün içinde Ağrı-Erzurum arasında önemli miktarda nüfus hareketi yaşandığı kaydedilmiştir. İlde yapımı süren ve A-II standardında inşa edilecek olan hastanenin ilin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmeyeceği, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunabilecek araştırma ve eğitim hastanesine ihtiyaç bulunduğu belirtilmiştir.

5.4. BÖLGE İÇİ VE BÖLGE DIŞI HASTA HAREKETLERİ

Bölge illeri içinde ve bölge dışına sevkli ya da sevksiz hasta hareketlerini anlamaya yönelik olarak hastanelere il/ilçe dışına yapılan sevk ve il dışından sevkli ya da sevksiz gelen hasta sayısı soruları sorulmuştur. Kendi hastanelerinden yapılan sevk bilgileri edinilebilmiş, ancak hastanelere dışarıdan gelen hasta sayısı bilgisi kayıtları ayrıştırılmadığı (düzenlenmediği) için edinilememiştir. Bu nedenle, bölgede özellikle il merkezlerinde bulunan büyük hastanelere il dışından talebin ne kadar olduğuna yönelik bir analiz yapılamamıştır. Bölge illeri ve ilçelerinde bulunan hastanelere civar illerden gelen hastalara ilişkin aşağıda sunulan değerlendirme, görüşmelerde dile getirilen gözleme dayalı bilgilere dayanmaktadır.

İl ve ilçe hastanelerinden il dışı ve il merkezlerine yapılan sevk sayıları ise hastane kayıtlarından edinilen ortalama rakamlara dayanmaktadır.

Bölge Hastanelerine Talep

Bölgede bulunan sağlık kuruluşlarına dışarıdan gelen taleple ilgili somut verilere ulaşılamadığından her ilde Sağlık İl Müdürlükleri ve hastane yetkilileri ile yapılan görüşmelerde illerde bulunan sağlık kuruluşlarına dışarıdan gelen talebe yönelik genel eğilimle ilgili olarak kendi gözlemlerine ve değerlendirmelerine dayalı bilgiler derlenmiştir. İstisna olarak, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kayıtlarına göre il dışından günde ortalama 20 hastanın özellikle MR için geldikleri bilgisi verilmiştir. İl dışından gelen hastaların çoğunluğunu Ardahan ve Iğdır ilinden gelen hastaların oluşturduğu ve Tıp Fakültesi Hastanesinin mevcut durumunun geliştirilmesi durumunda ise bu talebin çok daha artacağına beklendiği belirtilmiştir.

Yalnız Tıp Fakültesi Hastanesine değil, özellikle Ardahan'dan Kars Devlet Hastanesine de talebin yoğun olduğu gözlenmiştir. Yetkililerin yapmış oldukları değerlendirmelere dayalı olarak Kars'ın bölgenin özellikle Ardahan ve Iğdır illeri için sağlık merkezi olma potansiyeli taşıdığı söylenebilir. Ancak, Kars'ın bu potansiyeli değerlendirebilmesinin yalnız Tıp Fakültesi Hastanesinin geliştirilmesi başta olmak üzere ilin diğer sağlık altyapısı ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlı olmadığı, aynı zamanda ulaşım yolları ile kent içi temel altyapı ve sosyal ve kültürel olanakların artırılmasının da gerektiği dile getirilmiştir.

Iğdır ilinde yetkililerle yapılan görüşmelerde ise, Iğdır'a sağlık hizmetleri konusunda özellikle Nahçıvan'dan taleplerin olduğu belirtilmiştir. Ancak, bu çalışma kapsamında bu taleplerin niteliği ve miktarı konusunda detaylı bilgi edinilememiştir.

İl Dışına Hasta Sevki

Bölgenin tüm il merkezlerinden il dışına hasta sevki Ardahan, Iğdır ve Kars'tan yoğunluklu olarak Erzurum'a; Ağrı'dan ise Erzurum ve Van illerine yapılmaktadır. Ardahan'dan Kars iline az sayıda sevk yapılmakta olup; bu sevklerin daha çok MR ya da tomografi gerektiren durumlar için olduğu belirtilmiştir. Tüm illerden günlük ortalama il dışı hasta sevki sayısı 121,4'tür. Bu rakamın 100,3'ünü ayakta hasta sevkleri; 21,1'ini ise ambulanslı hasta sevki oluşturmaktadır. Sevkle başka illere giden bu hastalar yanında, yeterli/gerekli hizmeti alamayacağını düşündüğü için kendi kararı ile özellikle Erzurum ve Van'da bulunan hastanelere giden hastalar da hesaba katıldığında bu sayının çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

İl Merkezlerine Hasta Sevki

İlçe merkezlerindeki hastanelerden il merkezlerine yapılan günlük ortalama hasta sevki sayısı 139'dur. Bu sevklerin 102'si ayakta hasta sevklerinden, 37'si ise ambulanslı sevklerden oluşmaktadır. Buna göre, bölgenin 4 iline bağlı 22 ilçenin her birinden günde yaklaşık olarak 2 (1,68) ambulanslı sevk yapılmakta olduğu söylenebilir. Bu sevklerin

çoğunluğunun ilçe hastanelerinde ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir.

5.5. HEKİMLERİN BÖLGEDE GÖREV YAPMA SÜRELERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER

Az gelişmiş bölgelerde kamu hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan temel güçlüklerden birisi nitelikli insan kaynaklarının bu bölgelerde uzun süre görev yapmalarının sağlanamamasıdır. Bölgede de sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli sorunlardan birisini yüksek oranda personel değişimi oluşturmaktadır. Bu çalışma kapsamında bölgedeki sağlık personelinin özellikle uzman ve pratisyen hekim düzeyinde bölgede görev yapma süreleri ve bölgede uzun süre kalmama eğilimlerinin nedenleri ortaya konmaya çalışılmıştır.

Kurum görüşmeleri çerçevesinde görüşülen yetkililere kurumlarında bulunan uzman ve pratisyen hekimlerin ortalama görev süreleri sorulmuş, konuyla ilgili değerlendirmeleri alınmıştır. Bu kapsamda, hastanelerden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde; TSM ve görüşme yapılmış olan 3 ASM'den de birinci basamak sağlık hizmetlerinde personel devridaiminin nedenleriyle ilgili bilgiler görüşülen kişilerin kendi deneyimlerini de içerecek şekilde derlenmiştir.

Tüm sağlık kuruluşlarında hekimlerin Bölgede görev yapma süreleri 12 ay ile çoğunlukla 24 ay arasında değişmektedir. Bu süreler 350, 400, 450 ve 500 gün olarak bulunulan yerleşim yerine göre belirlenmiş mecburi hizmet sürelerini tanımlamaktadır. Yalnız Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde çalışan diş hekimleri için ortalama Bölgede kalma süresi 36 ay olarak belirtilmiştir. Bunun nedeninin de diş hekimleri için mecburi hizmet bulunmadığı ancak tayinlerinin puan sistemine göre yapıldığı, puanın da burada kalma süresi ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Daha iyi koşulları bulunan bir başka yere gitmek için yüksek puanlar gerektiğinden, diş hekimleri kısa sürede tayin isteyememektedirler.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri vermekte olan Aile Hekimliği Birimleri ile Toplum Sağlığı Merkezlerinde hekimlerin Bölgede görev yapma süresinin Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanma zamanları ve mecburi hizmet süresi ile sınırlı olduğu belirtilmiştir. Uzman doktorlar için ise bu süre sadece mecburi hizmet görevleri ile sınırlıdır.

Ancak görüşme yapılan sağlık kuruluşlarında memleketinde çalışmak ve iş tatmininden kaynaklı çok az istisnai durumlarla da karşılaşmıştır.

Hekimlerin Bölgede kalış sürelerinin kısalığı ile ilgili dile getirilmiş olan nedenler aşağıda özetlenmiştir:

- En genel ifade ile ana neden “Bölgede yaşamanın zorluğu”dur. Bununla, Türkiye’nin en az gelişmiş bölgelerinden birisi olarak TRA2 Bölgesi il merkezleri de dahil olmak üzere tüm yerleşim yerlerinde belediye hizmetlerinin yetersizliği (özellikle içme suyu, katı atık yönetimi, sokak ve caddelerin temizliği gibi), bazı gıda ürünleri de dahil belli başlı ihtiyaçların Bölge illerinden karşılanamaması, sosyal ve kültürel aktivitelere olanak sağlayacak eğlence ve dinlenme mekanlarının bulunmayışı gibi birçok konuyu kapsayan altyapı problemlerinden kaynaklı bir tür **“yoksunluk durumunun”** mevcudiyeti ifade edilmek istenmektedir. Bu yoksunluk durumunda hekimleri burada görev yapmaya teşvik edecek herhangi bir mekanizma bulunmamaktadır.
- Batı bölgelerinde görev yapan hekimlerle doğu bölgelerinde görev yapan hekimlerin aldıkları ücret arasında teşvik edici bir fark bulunmamaktadır. Başka bir bölgede daha iyi koşullarda yaşama olanağı bularak görev yapmak mümkünken bu bölgede çalışmanın tercih edilmesini sağlayacak başka herhangi bir avantaj bulunmamaktadır. Bölgede uzun süre çalışmak ancak idealist bir bakışla, özveriyle mümkündür.
- Bölgede dışarıdan gelen görevlilerin en azından yaşadıkları mekanda belli standartlara ulaşmasını sağlayacak lojman gibi olanaklar bulunmamaktadır. Özellikle ilçelerde kiralık konut ya bulunmamakta, ya da kiralar konut standartlarına göre çok yüksektir.
- Bölgede mevcut sağlık kuruluşlarının bina, ekipman ve donanım kapasitesi standartların altında olup, bu kuruluşlarda çalışanları özendirici teknolojilerden yoksundur. Dolayısıyla, bu kuruluşlarda çalışan hekimler kendilerinin burada geçirdikleri süre boyunca mesleki olarak köreldikleri duygusu yaşamaktadırlar. Bölge sağlık kuruluşlarında çalışmak iş doyumunu sağlamak açısından yetersizdir.

Çalışmanın bulguları, konuyla ilgili 2004 yılında yapılmış olan Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde çalışan hekimlerin sorunlarını ve memnuniyet durumlarını değerlendiren bir başka çalışmanın⁶² bulguları ile paralellik taşımaktadır. Söz konusu bölgelerde yaşayan 343 hekimle⁶³ yapılmış olan çalışmanın bulgularına göre; hekimlerin yalnız %22’si bölgede çalışmaktan memnundur, %49’u bölgede çalışmaktan memnun değildir, %29’u ise kısmen memnundur.⁶⁴

⁶² M. KILIÇ ve Ş. TUNÇ, “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, 2004.

⁶³ Araştırma Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinin 23 ilinde il merkezlerindeki hastanelerde görev yapmakta olan 1080 hekimden 343’ü ile anket uygulanması yoluyla yapılmıştır. Çalışma yalnız il merkezlerindeki hastanelerde çalışan hekimleri kapsamaktadır (s.49). Kırsal alanda görev yapan hekimler için bu sıralamalar farklılık gösterebilecektir.

⁶⁴ A.g.e, s.55.

Hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenlerinin en başında **“sosyal imkanların (lojman, kreş, lokal vb.) ve kültürel etkinliklerin yetersizliği”** gelmektedir. **“Mesleki gelişim ve eğitim imkanlarının (motivasyon ve iş doyumu) yetersizliği”** ikinci sırada, **“bölgenin gelişmişlik düzeyi”** üçüncü sırada **“fiziki çalışma koşullarının zorluğu”** dördüncü sırada yer almaktadır. **“Yüksek gelir imkanının bulunmaması”** ise beşinci sıradadır.⁶⁵

Bölgede çalışmaktan memnun olduğunu belirtmiş olan hekimlerin memnuniyetinin nedenlerini ise ilk sırada doğu illerindeki gelenek ve görenekler nedeniyle hekimin toplum içerisinde daha önemli ve saygın konumda olması yani etkili toplumsal statü olarak tanımlanabilecek **“prestij ve saygınlık”** yer almaktadır. Memnuniyeti etkileyen diğer faktörlerin ise sırasıyla **“aileye yakınlık”**, **“az gelişmiş yörelerde hizmet etmekten duyulan mesleki tatmin”** ve **“yüksek gelir elde etme imkanı”** olduğu saptanmıştır.⁶⁶

Bölgede çalışmaktan memnun olsun ya da olmasın tüm hekimlerden bölge koşullarında sağlık sisteminin sorunlarını önceliklendirmeleri istenmiş ve soru formunda yer alan 16 sorun alanından ilk beşinin şunlar olduğu saptanmıştır: **“ücretlerin yetersizliği”**, **“çalışma koşullarının zorluğu”**, **“organizasyon ve yönetim yapısındaki yetersizlikler”**, **“hekimlerin ülke genelinde dağılımındaki dengesizlik”** ve **“atama sorunları.”**⁶⁷ Buradan da hekimlerin sorunlara bakış açıları ve bu sorunlara verdikleri öncelikler açısından birinci öncelikli sorun alanının **“ücret ve özlük hakları”** olduğu sonucuna varılmaktadır.⁶⁸

Saha çalışması kapsamında görüşülen uzman ve pratisyen hekimlerin Bölgede kalış sürelerini artırmaya yönelik olarak geliştirilebilecek önlemler konusundaki önerileri aşağıda listelenmiştir:

- Çeşitli teşvik mekanizmaları geliştirilmelidir. Ücret farkı önemli bir teşvik unsuru gibi görünmekle beraber, tek başına çok fazla etkili olmayacağı belirtilmiştir. Ücret teşviki, örneğin pratisyen hekimler için Tıpta Uzmanlık Sınavında puan avantajı sağlanması gibi başka teşviklerle desteklenmelidir.
- Çalışanların en temel ihtiyaçlarından olan barınma ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için belirli standartları sunabilen lojman olanakları sağlanmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarının ekipman ve donanım ihtiyaçları karşılanmalı, çalışanlar açısından çalışma koşulları iyileştirilmeli, iş doyumu sağlanmalıdır.
- Bölgede yaşam kalitesini artırıcı önlemler alınmalıdır.

⁶⁵ A.g.e., s.56.

⁶⁶ A.g.e., s.58.

⁶⁷ A.g.e., s.52-53.

⁶⁸ A.g.e., s.62.

VI. SAĞLIK GÖSTERGELERİ BAĞLAMINDA BÖLGELERARASI FARKLILIK

6.1. MEVCUT DURUM

Bu bölümde hastane yatak sayısı, sağlık personeli, eczacı sayısı ve tıbbi cihazlar gibi temel sağlık göstergeleri bazında TRA2 Bölgesinin, Türkiye verileri ile karşılaştırıldığına mevcut durumu analiz edilecektir.

Karşılaştırmalarda kullanılan TRA2 Bölge illerine ait yoğun bakım yatak sayıları ile tıbbi cihaz sayıları verileri saha çalışmasından elde edilen bilgilere dayanmaktadır. Bu göstergeler dışındaki tüm göstergelerin verileri TÜİK'in 2010 yılı sağlık istatistiklerinden alınmıştır.

Tablo 18: Hastane Yatak Sayısı⁶⁹

İL/BÖLGE	Nüfus	Hastane Yatak Sayısı	Onbin Kişiye Düşen Yatak Sayısı
Ağrı	542.022	563	10,39
Ardahan	105.454	140	13,28
Iğdır	184.418	266	14,42
Kars	301.766	521	17,27
TRA2	1.133.660	1.490	13,14
TÜRKİYE	73.722.988	184.050	24,97

Tablo 18'deki veriler ışığında onbin kişiye düşen hastane yatak sayısı açısından bakıldığında Türkiye ortalaması (24,97) iken, TRA2 Bölgesinde ise (13,14) ile bu değer yaklaşık yarısı kadardır. Bölge içinde iller arası değerlere baktığımızda ise Ağrı ilinin (10,39) ile en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

TRA2 Bölgesinde onbin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı (1,02) ile Türkiye ortalamasının (2,6) yarısından daha azdır (**Tablo 19**). Bölge illeri içinde Kars ve Iğdır birbirlerine yakın ortalamalarla (1,08 ve 1,26) en iyi durumda olan iller olurken, Ardahan 0,92'lik oranı ile en düşük ortalamaya sahip ildir.

⁶⁹ TÜİK, Sağlık İstatistikleri 2010, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, Kamu ve Özel Hastaneler, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1 (Erişim Tarihi: 14.11.2011). TÜİK verileri MSB'ye bağlı tedavi kurumlarının bilgisini içermemektedir.

Tablo 19: Yoğun Bakım Yatak ve Tıbbi Cihaz Sayıları⁷⁰

İL/BÖLGE	Onbin Kişiyeye Düşen Yoğun Bakım Yatak Sayısı	Yüzbin Kişiyeye Düşen (Sayı)					
		Hemodiyaliz Cihazı	MR Cihazı	BT Cihazı	Ultrason Cihazı	Doppler Ultrason Cihazı	EKO Cihazı
Ağrı	0,92	5,90	0,37	0,74	2,77	1,84	0,74
Ardahan	0,76	14,22	0,00	0,95	3,79	0,95	0,95
İğdır	1,08	9,22	0,54	0,54	2,71	2,71	0,54
Kars	1,26	8,95	0,66	0,33	6,63	1,66	0,66
TRA2	1,02	8,03	0,44	0,62	3,88	1,85	0,71
TÜRKİYE	2,6	20,17	0,94	1,23	3,40	1,89	1,20

Yoğun bakım yatak sayısı kullanılmayan yatakları da içermekte olduğundan yüksek görünmektedir. Örneğin, mevcut durumda Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin yoğun bakım yatakları servisi bulunmadığından kullanılamamaktadır. Fiili olarak kullanılan yoğun bakım yatak sayısı 109 olarak kabul edildiğinde TRA2 Bölgesinde onbin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı 0,96 olmaktadır.

Tıbbi cihaz sayıları açısından bakıldığında ise, yüzbin kişiye düşen ultrason cihazı sayısı dışında diğer tüm göstergelerde TRA2 Bölgesi, Türkiye geneli değerlerinin gerisindedir. Bölgede özellikle hemodiyaliz ve MR cihazında, Türkiye ortalamasının yarısından daha az tıbbi cihazla halka sağlık hizmeti verilmeye çalışılmaktadır.

Tablo 20: Sağlık Personeli Sayısı⁷¹

İL/BÖLGE	Bin Kişiyeye Düşen (Sayı)							
	Uzman Hekim*	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru**	Hemşire	Ebe
Ağrı	0,38	0,51	0,89	0,08	0,12	1,07	1,08	0,62
Ardahan	0,49	0,64	1,14	0,16	0,19	1,59	1,08	0,78
İğdır	0,48	0,60	1,08	0,18	0,22	0,95	1,16	0,76
Kars	0,54	0,56	1,09	0,12	0,14	1,00	1,02	0,84
TRA2	0,45	0,55	1,00	0,11	0,15	1,08	1,08	0,72
TÜRKİYE	1,15	0,53	1,67	0,29	0,36	1,28	1,56	0,68

*) Asistan hekim sayısını da içermektedir.

**) İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı branşlarında çalışan tekniker ve teknisyenleri içermektedir.

⁷⁰ TRA2 illerine ait göstergeler saha çalışmasından elde edilen verilere dayalı olarak hesaplanmıştır. Türkiye göstergeleri Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 verileridir. İlgili yayında il ve Düzey 2 Bölgeleri düzeyinde veri bulunmadığından, TRA1 Bölgesi ve illerine ait verilerle karşılaştırma olanağı bulunmamaktadır.

⁷¹ TÜİK, Sağlık İstatistikleri 2010, Sağlık Personeli, İllere Göre Sağlık Personeli Sayısı, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1 (Erişim Tarihi: 14.11.2011).

Tablo 20'deki verilere göre TRA2 Bölgesi illerinin bin kişiye düşen uzman hekim sayısı bakımından büyük ihtiyaç içinde olduğu görülmektedir. TRA2 sahip olduğu (0,45) ortalama rakamı ile Türkiye genelinin (1,15) yaklaşık üçte biri bir değere sahiptir. TRA2 illerinden özellikle Ağrı'da (0,38) uzman hekim ihtiyacı görece olarak diğer Bölge illerine göre daha fazladır.

Bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısında ise Bölge ortalama değeri (0,55), tüm Türkiye ortalamasından (0,53) az da olsa yüksektir. Yine TRA2 Bölgesi illerinden Ağrı'da (0,51) pratisyen hekim sayısı Türkiye ortalamasının gerisindedir.

Bin kişiye düşen diş hekimi sayısında ise TRA2 Bölgesi ortalaması (0,11), Türkiye'nin (0,29) olan sayısının yaklaşık üçte biri seviyesindedir. Bölge içinde ise Kars ve Ağrı'nın diş hekimi ihtiyacı Iğdır ve Ardahan ile karşılaştırıldığında daha yüksek seviyededir.

Bin kişiye düşen eczacı sayısında ise TRA2 Bölgesi (0,15) ortalama sayısı ile Türkiye ortalamasının (0,36) olan sayısının yaklaşık yarısı kadardır.

TRA2 Bölgesi'nde her bin kişiye düşen sağlık memuru sayısı ise (1,08) ortalama ile Türkiye ortalamasının (1,28) olan değerine yaklaşmaktadır.

Bin kişiye düşen hemşire sayısında TRA2 Bölgesi (1,08) ortalama sayısı ile Türkiye'nin (1,56) olan sayısından % 50 daha az bir değere sahiptir.

Bin kişiye düşen ebe sayısında ise TRA2 Bölgesi (0,72) ortalama sayısı ile Türkiye ortalamasının (0,68) üzerindedir.

Bu karşılaştırmalardan açıkça görülebileceği gibi TRA2 Bölgesinin temel sağlık göstergeleri, hemen hemen tüm parametrelerde Türkiye geneli değerlerinin oldukça gerisindedir. Sağlık hizmetlerinin daha çok pratisyen hekimler aracılığıyla yürütülmeye çalışıldığı Bölgede uzman hekim sayısı arttırılmalıdır. Yine sırasıyla diş hekimi, eczacı ve hemşire sayıları artırılarak bin kişiye düşen oranda Türkiye ortalamasına yaklaşım sağlanmalıdır.

6.2. TRA2 BÖLGESİNDE HASTANE YATIRIMLARI/2014 YILI PROJESİYONU

TRA2 Bölgesinde 2011 yılı içinde hizmete girmiş ya da tamamlanmak üzere olan çok sayıda hastane bulunduğu gibi, ihalesi tamamlanmış ya da planlama aşamasında olan hastaneler de mevcuttur. **Tablo 21**'de planlanan yatak sayıları ile birlikte gerçekleşme durumları da sunulmuş olan bu hastanelerin tamamının hizmete girmesi ile Bölgede sağlık hizmetlerinde gerek kapasite, gerekse de hizmet kalitesi açısından önemli gelişmeler olması beklenmektedir.

Bu hastanelerden Doğubayazıt ve Hamur'da bulunan devlet hastaneleri 2011 yılında hizmete girmiştir. Diyadin ve Sarıkamış devlet hastanelerine ilave olarak Patnos,

Ardahan, Göle ve Tutak devlet hastanelerinin de yapımı devam etmekte olup, 2012 yılında hizmete girmeleri planlanmaktadır.

Hali hazırda temeli atılmış ya da ihalesi tamamlanmış olanların (Iğdır ve Kars) önümüzdeki 3 yıl içinde tamamlanması beklenmektedir. Tüm bu hastane yatırımlarının tamamlanması durumunda, saha çalışmalarından elde edilen bilgilere göre mevcut durumda 1.430⁷² olan Bölgedeki Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarındaki toplam hastane yatak sayısının 1.811'e çıkması öngörülmektedir. Bu yatırımlarla Bölgede mevcut hastane yatak sayısı %27 oranında artmış olacaktır.

Tablo 21: TRA2 Bölgesi Mevcut ve Planlanan Hastane Yatak Sayıları⁷³

il	ilçe	Kurum Adı	Kurum Türü	Mevcut Yatak Sayısı	Planlanan Yatak Sayısı	Gerçekleşme Durumu
AĞRI	Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	G.D	226	350	Devam ediyor
	Diyadin	Diyadin Devlet Hastanesi	G.D	25	50	Devam ediyor
	Eleşkirt	Eleşkirt Devlet Hastanesi	G.D	25	30	Planlama aşamasında
	Hamur	Hamur Devlet Hastanesi	Entegre	15	15	2011
	Taşlıçay	Taşlıçay İlçe Hastanesi	Entegre	10	10	-
	Tutak	Tutak Devlet Hastanesi	G.D	25	30	Devam ediyor
	Doğubayazıt	Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hast.	G.D	159	159	2011
	Patnos	Patnos Devlet Hastanesi	G.D	75	150	2011
ARDAHAN	Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	G.D	100	150	Devam ediyor
	Göle	Göle Devlet Hastanesi	G.D	25	50	Devam ediyor
	Posof	Posof Devlet Hastanesi	G.D	20	20	-
IĞDIR	Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	G.D	220	250	Temeli atıldı
	Aralık	Aralık İlçe Hastanesi	Entegre	19	15	-
	Tuzluca	Tuzluca Devlet Hastanesi	G.D	25	25	-
KARS	Merkez	Kars Devlet Hastanesi	G.D	369	400	İhalesi tamamlandı
	Digor	Kars Digor İlçe Hastanesi	G.D	10	10	-
	Kağızman	Kars Kağızman Devlet Hastanesi	G.D	37	37	2006
	Sarıkamış	Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi	G.D	35	50	2011
	Selim	Abdülhadi Cihangir İlçe Hast.	Entegre	10	10	2007
SB TOPLAMI				1.430	1.811	417
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi				55	200	145
Özel Hastaneler Toplamı				70	70	0
GENEL TOPLAM				1.555	2.081	562

⁷² TÜİK 2010 verilerine göre 1.490'dır. Elde ettiğimiz verilere göre gözükten 60 sayılık yatak farkının zaman içerisinde, yatakların kullanılmayacak durumda olanların hizmet dışı bırakılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

⁷³ İlgili sağlık kuruluşları ile yapılan görüşmelerden edinilen bilgilerle oluşturulmuştur.

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin yeni binası tamamlanmış, 2011 yılı sonu itibariyle faaliyete geçmiş olup 2012 yılı sonu itibariyle de 200 olan yatak sayısının tamamını kullanıma açması öngörülmektedir. Özel hastanelerin de yatak kapasitesini geliştirme girişimleri olmakla birlikte, mevcut verilerle bunlara ilişkin bir projeksiyon yapmak mümkün olmadığından değişmeyeceği varsayılmıştır.

Bölgedeki mevcut yatırımların bölgelerarası farklılıklar açısından değerlendirilebilmesi için 2007 ve 2010 yılı onbin kişiye düşen hastane yatak sayıları ile Bölgede planlanan yatırımların tamamlanması durumunda 2014 yılında ulaşılabilecek rakamların karşılaştırmaları **Tablo 22**'de sunulmuştur.

Tablo 22: Mevcut ve Planlanan Hastane Yatak Sayısı Göstergeleri⁷⁴

İL/BÖLGE	Planlanan Yatak Sayısı	Onbin Kişiye Düşen Yatak Sayısı		
		Planlanan (2014)	Mevcut (2010)	2007 Yılı ⁷⁵
Ağrı	849	15,66	10,39	9,12
Ardahan	220	20,86	13,28	13,75
İğdir	305	16,54	14,42	15,95
Kars	707	23,43	17,27	12,33
TRA2	2.081	18,36	13,14	11,55
		TÜRKİYE	24,97	26,21

2007 ile 2010 yılı arasında gerçekleşen gelişmeler karşılaştırıldığında görülmektedir ki; tüm Türkiye genelinde ortalama olarak onbin kişiye düşen hastane yatak sayısı 1,24 artmışken, TRA2 Bölgesinde bu sayı 1,59 artmıştır.

TRA2 Bölgesinde 2014 yılı itibariyle gerçekleşecek planlanan rakamlar açısından bakıldığında, onbin kişiye düşen hastane yatak sayısı, 13,14'ten 18,36'ya çıkarak 5,22 seviyesinde artmış olacaktır. Açıkça görülmektedir ki, bu kayda değer artış bile TRA2 Bölgesi değerlerini (18,36) mevcut Türkiye ortalamasına (24,97) yaklaştırmaktan uzaktır.

2010 yılı nüfusuna göre hesaplandığında TRA2 Bölgesi onbin kişiye düşen hastane yatak sayısının, yaklaşık 25 olan Türkiye ortalamasına ulaşabilmesi için Bölgede toplam hastane yatak sayısının 2.818 olması gerekmektedir.

⁷⁴ Planlanan hastane yatak sayılarında özel hastanelere ait yatakların sayısı ve hastane yatak sayıları nüfusa oranlanırken Bölge illerinin mevcut nüfusları sabit alınarak hesaplanmıştır.

⁷⁵ 2007 yılı değerleri KB'nin İl Koordinasyon ve İzleme Sistemi portalından alınan verilerle hesaplanmıştır.

VII. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Gündelik hayatta sıkça kullandığımız, halk deyişi olarak dilimize yerleşmiş olan “önce sağlık!” söylemi, günümüz kalkınma yaklaşımlarının benimsediği “insanların genel iyilik hali”ne ulaşması olarak tanımlanan kalkınmışlık halinin en önemli unsurudur. 1978 yılında 148 ülkenin katılımı ile Alma Ata’da toplanan Uluslararası Toplum Sağlığı Hizmetleri Konferansı, “2000 yılında herkese sağlık” teması çerçevesinde sağlığı “temel insan hakkı” olarak tanımlamış, böylece konferans, kalkınma ve sağlık arasında somut ilişkinin kurulduğu bir dönüm noktası olmuştur. Bu konferanstan 30 yıl sonra konferansta belirlenen hedeflere ulaşılamamış olduğu, Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Margaret Chan’ın, Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluşunun 60., Alma Ata Konferansının 30. yıldönümü olan 2008 yılında “küresel sağlık anlayışımız son altmış yılda oldukça değişime uğramış ve sağlıkta büyük küresel gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen, bu değerler doğrultusundaki hedeflere ulaşmadaki üzücü kolektif başarısızlığımız aşıkardır”⁷⁶ sözleriyle çarpıcı bir şekilde dile getirilmektedir. Sağlık konusu, yalnız Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, tüm dünyanın uluslararası kalkınma sorunu olmaya devam etmektedir.

1978’lerden itibaren kalkınma yaklaşımlarının dünyadaki değişimine bağlı olarak sağlık konusunun ele alınışındaki gelişimin izlerini Türkiye’nin Ulusal Kalkınma Planlarında da görmek mümkündür. Planlı dönemin ilk yıllarında temel politikalar sağlık hizmetinin sunumunun sağlanmasına yönelik iken giderek, sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması yanı sıra etkinliğinin artırılarak toplumun her kesimine yaygınlaştırılması politikalarının benimsendiği görülmektedir. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine yaygınlaştırılmasını hedefleyen aile hekimliği sisteminin kurulması Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı itibariyle Türkiye’nin gündemine girmiş, bugün uygulamalarına tanık olduğumuz sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi ve etkinliğinin artırılması Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planının benimsediği temel sağlık politikası olmuştur. Bölgesel gelişme ve bölgesel rekabet edebilirliğin artırılarak bölgelerarası ve kır-kent arasındaki gelişmişlik farklarının azaltılması temel politikasını benimseyen Dokuzuncu Ulusal Kalkınma Planında ise temel sağlık hizmetlerinin 2008 yılı itibariyle tüm ülkeye yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gibi stratejiler benimsenmiştir. Bu planla, bölgesel gelişme yaklaşımı ülkenin somut kalkınma stratejisi haline gelmiştir.

Genel sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi itibariyle 26 Bölge içinde 25. sırada bulunan TRA2 Bölgesi, sağlık sektörü sıralamasında 26. olarak en son sırada yer almaktadır.

⁷⁶ WHO, World Health Report: Now More Than Ever, 2008:2.

Temel göstergeler açısından TRA2 Bölgesinin 2010 yılı verileriyle mevcut durumunu gösteren bulgular aşağıda özetlenmiştir:

- Bin kişiye düşen uzman hekim sayısı (0,45) Bölge ortalama değeri ile, Türkiye ortalamasının (1,15) yarısından daha azdır.
- Bölgede bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı (0,55) ortalama değeri ile, Türkiye ortalamasının (0,53) çok küçük oranda üzerindedir.
- Bölgede bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 1'dir. Bu sayı (1,67) olan Türkiye ortalamasının oldukça gerisindedir.
- Bölgede bin kişiye düşen diş hekimi sayısı (0,11) ile (0,29) olan Türkiye ortalamasının yaklaşık üçte biridir.
- Bin kişiye düşen eczacı sayısı (0,15) ile Türkiye genelinin ortalama değerinin (0,36) yarısından daha azdır.
- Bölgede on bin kişiye düşen hastane yatak sayısı (13,14) ile, Türkiye ortalamasının (24,97) yaklaşık yarısı kadardır.

Sağlık Bölgesi Uygulamasına göre Türkiye 29 bölgeye ayrılmakta, TRA2 Bölgesi illerini de içine alan 1. Sağlık Hizmet Bölgesinin doğal merkezi olarak Erzurum kabul edilmekte, TRA2 illerinin il merkezleri ilçe statüsünde kabul edilmekte ve bu illere güçlendirilmiş ilçe rolü verilmektedir. Ağrı iline bağlı Doğubayazıt ve Patnos ilçeleri ise bağlı ilçeleri bulunmamakla birlikte, güçlendirilmiş ilçeler olarak Van merkezli 2. Sağlık Hizmet Bölgesine bağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında uygulamaya koymuş olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yukarıda da değinilmiş olan Sağlık Bölgesi Planlaması çerçevesinde yalnız sağlık hizmet bölge merkezleri, iller ve ilçelerin görev ve rolleri belirlenmemiş; bu görev ve rollere paralel olarak yataklı tedavi kuruluşlarının standartları ile birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların rolleri ve dağılımları da belirlenmiştir.

Bu çerçevede, TRA2 Bölgesinde Kars ve Ağrı il merkezlerinde A-II Grubu, Iğdır ve Ardahan il merkezleri ile Ağrı iline bağlı Doğubayazıt ve Patnos ilçelerinde B Grubu, Kars iline bağlı Sarıkamış ilçesinde C Grubu ve Ağrı iline bağlı Diyadin ve Ardahan iline bağlı Göle ilçelerinde D Grubu olmak üzere toplam 10 yeni hastanenin yapımı ya da var olanların kapasitesinin artırılması öngörülmektedir.

Bu hastanelerden Doğubayazıt'ta bulunan Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi Nisan 2011 ayı itibariyle hizmete girmiş; Ardahan, Sarıkamış, Göle, Tutak ve Diyadin Devlet Hastanelerinin yapımı tamamlanmak üzeredir. Ağrı Devlet Hastanesinin yapımının 2013 yılında tamamlanması planlanmaktadır. Iğdır Devlet Hastanesi'nin Ekim 2011 ayı içinde

temeli atılmış, Kars Devlet Hastanesinin yapım ihalesi tamamlanmıştır. Bu gelişmelerle Bölgede 2014 yılına kadar yataklı tedavi kurumları hizmetlerinin kapasitesi ve kalitesi önemli ölçüde artacaktır.

Yeni yatırımlarla birlikte hastane standartları yükselecek, hizmet kalitesi artacak ve bölgelerarası farklılıkların giderilmesinde etkisi olacak olmakla birlikte; mevcut yatırımlar bölgelerarası farklılıkların giderilmesi açısından yeterli görünmemektedir.

Çalışma, Bölgede gelişen sağlık hizmetlerine halkın erişimi konusunda değerlendirme yapılabilmesine yeterli bir inceleme içermemekle birlikte; Bölgede görev yapan sağlık personelinin verdiği bilgilere dayanarak Bölge illerinin kırsal alanından kentteki hizmetlere ve/veya Erzurum'a ulaşımın önemli bir sorun olduğunu söylemek mümkündür. Bölgenin ağır kış koşullarında yalnız kırsal yerleşim yerlerinden halkın kente ulaşımı değil, sağlık personelinin de acil durumlar için kırsal yerleşimlere ulaşımının önemli bir sorun (özellikle Ardahan ili için) olduğu belirtilmiştir. İller arası ulaşım ise Bölge halkı açısından nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımında maliyet gerektiren bir durum olarak değerlendirilmelidir.

Yeni hastane yatırımları ile Bölgede gelişen sağlık hizmetleri çevre sorunları ile birlikte de değerlendirilmelidir. Bölgede tıbbi atık yönetimi ile ilgili tesislerin bulunmaması özellikle büyük hastanelerin yönetimleri tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak dile getirilmiştir. Bölgenin tüm illerinden tıbbi atıklar toplanarak Erzurum'a gönderilmektedir.

2005 yılında pilot uygulaması 16 ilde başlatılan, 2008 yılında 33 ile yaygınlaştırılan ve 2010 yılında Türkiye geneline yayılan Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu yeniden yapılandırılmıştır. Bu kapsamda TRA2 Bölgesi il ve ilçe merkezlerinin tamamında Toplum Sağlığı Merkezleri ve bu merkezlere bağlı Aile Sağlığı Merkezleri kurulmuş durumdadır. Yeni bir sistem olması nedeniyle, henüz kuruluş aşamasında birçok sorunu çözememiş olmakla birlikte (TSM'lerde hekim ve diğer sağlık personeli yetersizliği, AHB'lerin tamamında hekim bulunmaması, ASM ve AHB'lere düşen nüfusun fazlalığı, gibi) Ağrı ili dışında tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasının görece başarılı bir biçimde uygulandığı söylenebilir. Ancak, TRA2 Bölgesinin mevcut temel altyapı sorunları ve belediye hizmetlerinin yetersizliği de dikkate alınarak; Bölgede genel hijyenden kaynaklı olarak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu, bu nedenle mevcut TSM'lerin insan kaynakları, donanım ve ekipman altyapılarının geliştirilmesine ihtiyaç bulunduğu aşikardır.

Ancak, tüm bu olumlu gelişmelere rağmen, Bölgenin en önemli sorunlarından biri sağlık sektöründe insan kaynaklarının yetersizliğidir. Bölgede hekimlerin görev yapma süresi 12 ile 24 ay arasında değişmektedir. Dünya Bankası'nın 2009 yılında yayınlamış olduğu "Türkiye'nin Sağlık İşgücü Politikası" raporunda da açıkça belirtilmiş olduğu gibi, sağlık işgücü gelişmiş bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Söz konusu raporun bulgularına göre,

az gelişmiş bölgelerde sağlık işgücünün azlığı, bu bölgelerde sağlık tesislerinin mevcudiyeti ile ilişkili değildir, ancak doğrudan bu bölgelerdeki yaşam standartları ile ilişkilidir.⁷⁷ Bu saptamaya ek olarak; mevcut durumda mecburi hizmet yükümlülüğü ile soruna kısmi çözüm üretilmiş olmakla birlikte, sağlık personeli Bölgede çalışmaya özendirici teşviklerin bulunmaması özellikle vurgulanması gereken etkenlerden en önemlisidir. Bölgedeki sağlık personeli ile yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda mevcut sağlık kuruluşlarının bina, ekipman ve donanım yetersizlikleri nedeniyle çalışanların özendirici çalışma koşullarından yoksunluğunu da önemli bir etken olarak belirtmek gerekmektedir.

Bölgede özel sağlık hizmetleri gelişmemiştir. Özel sağlık işletmeciliğinin geliştirilmesinin önemli bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Var olan işletmelerin büyümesi ve hizmet kapasitesini artırmasında Sağlık Bakanlığı'nın özel sağlık kurumlarına kadro tahsisinde uyguladığı kısıtlama politikası önemli bir engel olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan, yüksek ücretler teklif edilmesine rağmen, uzman doktorların Bölgede çalışmayı tercih etmemeleri özel hastaneler açısından da nitelikli insan gücü temininin önemli bir sorun oluşturduğunu göstermektedir. Batıdaki hastanelerin kazançlarının büyük oranda özel muayene ve tedaviye dayalı olduğu, bu nedenle de yoğunlukla sağlık sigortası kapsamında özel sağlık hizmeti veren doğu illerindeki hastanelere göre işlem hacimlerinin azlığına rağmen cirolarının çok daha yüksek olması nedeniyle uzman doktorların batı illerinde çalışmayı tercih ettikleri belirtilmiştir.

TRA2 Bölgesi Sağlık Altyapısı Çalışması kapsamında elde edilen bulgular çerçevesinde Sağlık Bölgesi Uygulamasının Bölge açısından değerlendirmesi aşağıda sunulmuştur:

1. Her ne kadar Sağlık Bölgesi Uygulaması kapsamında yapılmış olan bölge ve alt bölgeler sınıflandırmasının nüfus, ulaşım imkanları, sağlık insan gücü mevcudu, sağlık tesislerinin şartları, hizmet sunum kapasitesi ve sahip olduğu benzeri kaynaklar dikkate alınarak yapılmış olduğu belirtilmiş olsa da; somut durumda TRA2 Bölgesi illerinin ve Artvin'in bazı ilçelerinin Erzurum merkezli 1. Sağlık Hizmet Bölgesi kapsamında değerlendirilmiş olması, yoğunluklu olarak nüfus bazlı bir planlama yapıldığını göstermektedir. Saha çalışmalarından elde edilen bulgular, TRA2 Bölgesi içinde ulaşım ve hizmet sunum kapasitesi açısından Kars iline Iğdır ve Ardahan illerinden taleplerin yoğun olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Artvin'in 1. Sağlık Hizmet Bölgesi kapsamında bulunan ilçelerinden de Kars'a talebin olduğu belirtilmiştir.
2. Sağlık Hizmetleri Bölge Sınıflandırmasında ulusal sınırlar çerçevesinde ve il bazlı değerlendirme yapıldığı, illerin içerisinde bulunduğu bölge ve bölgelerarası (bazen ulusal sınırları da aşan) konumu itibarıyla barındırdığı fırsatları dikkate almadığı düşünülmektedir. TRA2 Bölgesi içinde Kars ili mevcut potansiyeli ve geliştirilebilir

⁷⁷ M. VUJICIC ve diğer., Health Workforce Policy in Turkey: Recent Reforms and Issues for the Future, Health, Nutrition and Population Department, World Bank, Washington DC, USA, 2009:19-22.

fırsatları açısından değerlendirilmemiş olduğu gibi; sınır bölgesi olması itibariyle sınır ötesi işbirliği olanakları, sağlık eğitiminin geliştirilme potansiyeli ve sınır ülkelerinden Bölgedeki sağlık hizmetlerine olabilecek talep (Kars ve Iğdır illeri açısından) gibi başka faktörlerin de analiz edilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

3. TRA2 illeri içinde Kars'ta bir üniversite hastanesinin mevcudiyeti ve yakın zamanda kapasitesinin gelişeceği göz önünde bulundurularak; 1. Sağlık Hizmet Bölgesi'nin yalnız Erzurum merkezli değil, **Erzurum-Kars** merkezli (Elazığ-Malatya merkezli 4. Sağlık Hizmet Bölgesi'nde olduğu gibi) olarak yeniden planlanması konusu, nüfusu 500.000'in üzerinde olan Ağrı ilinde A-1 Grubu hastane yapımı ve orta vadede **Kars-Ağrı** merkezli yeni bir bölge belirlemesi yapılması ile birlikte değerlendirilmelidir.
4. Sağlık personelinin Bölgede kalma süresinin azlığı genel olarak az gelişmiş bölgelerdeki yaşam kalitesinin düşüklüğü ile doğrudan ilişkilidir. Bu durum, yalnız sağlık personeline mahsus olmayıp, tüm kamu personeli ile genel olarak nitelikli iş gücünün tamamı için geçerlidir ve az gelişmiş bölgelerin en önemli kısır döngüsüdür. Bölgede yaşam kalitesinin gelişmesi için hizmet sunumunun gelişmesi, hizmet sunumunun gelişebilmesi için de bu hizmetleri sunacak nitelikli insan gücünün mevcudiyeti gerekmektedir. Bu kısır döngünün bir noktadan kırılabilmesi öncelikli olarak temel altyapı sorunlarının giderilmesi, eğitim ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sosyal ve kültürel faaliyet alanlarının geliştirilmesi ile mümkün görünmektedir.
5. Bölge hastanelerinin özellikle kırsal yerleşimlerde yaşayanlar için bir buluşma noktası haline gelmiş olması ya da genç kız ve kadınlar için hastanelerin kente gelebilmenin tek meşru nedeni olması ise toplumun toplumsal cinsiyet temelli bakış açısından kaynaklı kültürel bir durum olup, kısa vadede çözüm geliştirmenin zor olduğu bir alandır. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir.
6. Bu çalışma, 2010 yılında Türkiye geneline yaygınlaştırılmış olan Bölge Merkezli Sağlık Hizmetleri Planlaması ve Aile Hekimliği uygulamalarının değerlendirmesi açısından yapılan ilk çalışmadır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar sistemin bir bölge açısından değerlendirmesinden çok, hasta memnuniyeti düzeyinde değerlendirmelerden oluşmaktadır. Bu çalışma her şeyden önce Bölgede sağlık sektörünün gelişiminin izlenmesi açısından bir temel sağlamaktadır. Her ne kadar, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi temel bazı göstergeler çerçevesinde istatistiki ortalamalar kullanılarak ölçülüyor, ulusal planlamalar bu ortalamalara dayalı yapılıyor olsa da, bu ortalamalara dayalı değerlendirmeler özgün koşulların kavranabilmesi için yeterli olmamaktadır. Sosyo-ekonomik gelişmenin izlenebilmesi için belirli aralıklarla tekrar edilebilir ampirik araştırma ve gözlemlere olanak sağlayan metodolojilerin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu nedenle, mevcut çalışma ile elde edilen bulgu ve ulaşılan sonuçlar illerde dñzenlenecek çalıştaylarla ilgili kurumların gñrñř ve tartışmalarına açılmalıdır. Bñylece çalışmanın bulguları ek bilgilerle zenginleştirilebilecek ve bu bulgular doğrultusunda geliştirilecek stratejilerin ilgili yerel kurumlarla ortaklaştırılması ve bir uygulama planına dñnűřtñrñlmesi mñmkñn olabilecektir.

KAYNAKLAR

- BAL, T., S. TAŞ ve A. CAN (2009); "Kalkınma ve Sağlık İlişkisi", Dünyanın Geleceğini Biçimlendiren Sosyal ve Ekonomik Konular: Küresel Diyalog Uluslararası Davraz Kongresi, 24-27 Eylül 2009, kongre bildirisi, <http://idc.sdu.edu.tr/tammetinler/kalkinma/> (Erişim tarihi: 15.09.2011).
- BERBER, M., U. SIVRI ve E. BADAY YILDIZ (2010); "Türkiye'de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması (2010)", Sempozyum Bildirisi, Uluslararası Bölgesel Kalkınma Sempozyumu, 07-09 Ekim 2010, Yozgat. www.metinberber.com/kullanici_dosyalari/file/endeks.doc, (Erişim tarihi:15.09.2011).
- ÇELİK, Y. (2006); "Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık", Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 1, s.19-37.
- DİNÇER, B., M. ÖZASLAN ve T. KAVASOĞLU (2003); İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003), DPT Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No: DPT 2671.
- DPT (2001); 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
- DPT (2006); 9. Kalkınma Planı (2007-2013), Ankara.
- KILIÇ, M. ve Ş. TUNÇ (2004); "İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, 39-63.
- Kalkınma Bakanlığı (2011); Ağrı, Ardahan, Iğdır, Kars, Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ankara, İstanbul ve İzmir İl Raporları, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, İzleme, Değerlendirme ve Analiz Dairesi, İl Koordinasyon ve İzleme Sistemi (İKİS) Portalı.
- Sağlık Bakanlığı (2007); Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011a); Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011b); Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Haziran 2011.
- Sağlık Bakanlığı (2011c); Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- SERKA (2010); TRA2 Düzey II Bölgesi 2010-2013 Bölge Planı, Kars.
- UNDP & DPT, (2010); Millenium Development Goals Report – Turkey 2010.

VUJICIC, M., S. SPAKERS ve S. MOLLAHAŞILOĞLU (2009); Health Workforce Policy in Turkey: Recent Reforms and Issues for the Future, Health, Nutrition and Population Department, World Bank, Washington DC, USA.

WHO, Declaration of Alma-Ata 1978, resmi internet sitesi, www.who.int/hpr/.../declaration_almaata.pdf. (Erişim Tarihi: 24.11.2011).

WHO (2008); Primary Health Care: Now More Than Ever, World Health Report 2008.

WHO (2010); Health System Financing: The path to universal coverage, World Health Report.

EKLER:

1. Tanımlar

**2. TRA2 Bölgesi Hastaneleri Mevcut
Durum Verileri**

EK 1: TANIMLAR

A Grubu Hastane: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi en az elli olan, en az beş farklı dahili ve beş farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle sağlık hizmeti veren; birinci fıkrada belirlenen asgari standartlara ilave olarak hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dalları için gerekli ve günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan diğer bütün teşhis ve tedavi birimlerini ve ayrıca asgari radyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji ve patoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastanelerdir.

Aile Hekimi: Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre, bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir. Aile Hekimliği tıp eğitiminden sonra 2 ya da 3 yıl eğitim gerektiren bir uzmanlık dalı olmakla birlikte, Türkiye'de görev bölgelerine sözleşmeli olarak atanan pratisyen hekimleri tanımlamaktadır.

Aile Hekimliği Birimi: Aile hekimliği uygulanan ve uygulanacak olan illerde ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilir.

Aile Sağlığı Merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna denir.

B Grubu Hastane: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi otuz ila elli arasında olan, en az dört farklı dahili ve dört farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle sağlık hizmeti veren; birinci fıkrada belirlenen asgari standartlara ilave olarak günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan bir veya birden fazla teşhis ve tedavi birimini ve radyoloji, biyokimya, patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastanelerdir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Aile Hekimliği Birimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Verem Savaş Dispanserleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnektir.

C Grubu Hastane: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi on ila otuz arasında olan en az üç farklı dahili ve üç farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle ayakta ve yatarak, acil ve yoğun bakım üniteleri ile radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları desteğiyle muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren genel hastanelerdir.

Entegre Hastane: Temel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunan ancak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmını sağlayabilen yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Entegre hastaneler Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi olarak da işlev gormekte, bünyelerinde Aile Hekimleri barındırmaktadırlar.

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH): Bir ülkenin sınırları içerisinde belli bir zaman içinde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir.

Gezici Sağlık Hizmeti: Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti planlanır. Aile hekimine gezici sağlık hizmeti için kayıtlı nüfusun sayısına göre yönetmelikte belirlenen hükümler kapsamında ziyaret sayıları ve saatleri belirlenir. Coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Hastaneler ve yataklı tedavi merkezleri ikinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlardır.

İnsani Gelişmişlik Endeksi (İGE): İnsani gelişmeyi ölçmeye yarayan endekslerden biridir. Sağlık ve uzun ömür, bilgi ve iletişim ile mallara erişim (gelir) gibi üç ayrı göstergenin ortalamasından oluşmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlığı tehdit eden risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını amaçlayan bağışıklama, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel temizlik ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, aşırı doğurganlığın kontrolü ve sağlı eğitimi ile besin kontrolü ve güvenliği, yeterli temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı ve iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü gibi alanları kapsamaktadır.

Mobil Nüfus: Aile Hekimlerinin gezici hizmet sunmakla yükümlü olduğu nüfusu ifade etmektedir.

Nitelikli Yatak/Oda: Nitelikli yatak ideal olarak tek kişilik odada bulunan; oda içerisinde hastanın lavabo ve banyo ihtiyaçlarını karşılayabildiği, refakatçi için de temel ihtiyaçları karşılayacak olanakların bulunduğu odayı tarif etmektedir. Ülkemizde özel oda olarak tabir edilmektedir.

Özel Dal Hastaneleri: Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet vermek üzere, hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından her birinde tam gün kadrolu en az üç uzman tabip ile bu uzmanlık dalının gerektirdiği diğer uzmanlık

dalları için en az bir kadrolu uzman tabip çalıştırılan, gelişmiş teknolojik donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbi teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren, ruhsatında yazılı uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, üniteler ve laboratuvarlar ile acil ünitesi ve radyoloji laboratuvarı bulunan ve tam gün faaliyet gösteren en az on yatak kapasitesi olan özel hastanelerdir.

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri: Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Toplum Sağlığı Merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşuna toplum sağlığı merkezi denmektedir. Her il ve ilçede bir TSM kurulur ve sorumluluk alanı mülki sınırlardır. Büyükşehir belediyesine bağlı her ilçede TSM kurulur. Nüfusu **100 binden fazla** olan il merkezlerinde her **100 bin kişiye bir TSM** kurulur.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Özel dal ve eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından yürütülen sağlık hizmetleridir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

EK 2: TRA2 Bölgesi Hastaneleri Mevcut Durum Verileri

2.1. TRA2 Bölgesi Hastaneleri Yatak Kapasiteleri

Yerleşim Yeri	Kurum Adı	Niteliği	Hizmete Giriş Tarihi	Yatak Sayısı	Fiili Kullanım	Nitelikli Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	
							Erişkin	Yeni Doğan
Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	SB	1994	226	226	2	20	10
	Güven Başaran Hast.	Özel	2009	30	30	30	2	2
	Güven Tıp Merkezi	Özel	2009	0	0	0	0	0
Doğubayazıt	Devlet Hastanesi	SB	2011	159	159	14	6	0
	Özel Mediza Hastanesi	Özel	2008	25	25	10	5	2
Diyadin	Diyadin Devlet Hast.	SB	2004	25	25	4	1	2
Eleşkirt	Eleşkirt Devlet Hast.	SB	-	25	25	3	0	0
Hamur	Hamur Devlet Hast.	SB-Ent.	2011	15	0	4	0	0
Patnos	Patnos Devlet Hast.	SB	1986	75	75	0	0	0
Taşlıçay	Taşlıçay Devlet Hast.	SB-Ent.	-	10	10	10	0	0
Tutak	Tutak Devlet Hast.	SB	-	25	12	0	0	0
AĞRI İL TOPLAMI				615	587	77	34	16
Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	SB	1995	100	100	4	4	3
	Askeri Hastane Baştabipliği	MSB	1974	40	40	40	1	0
Göle	Devlet Hastanesi	SB	1956	25	25	0	0	0
Posof	Devlet Hastanesi (Entegre)	SB	1981	20	0	0	0	0
ARDAHAN İL TOPLAMI				185	165	44	5	3
Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	SB	2005	220	220	1	10	10
	Kadın Doğum Hastanesi	Özel	2004	15	15	13	0	0
Aralık	Devlet Hastanesi	SB	2007	19	0	4	0	0
Tuzluca	Devlet Hastanesi (Entegre)	SB	2005	25	25	4	0	0
IĞDIR İL TOPLAMI				279	260	22	10	10
Merkez	Kars Devlet Hastanesi	SB	-	294	294	-	7	0
	Kadın Doğum ve Çocuk Evi	SB	1996	75	115	0	8	14
Digor	Digor Ent. Devlet Hastanesi	SB	2008	10	0	0	0	0
Kağızman	Kağızman Devlet Hastanesi	SB	2006	37	37	3	2	0
Sarıkamış	Sarıkamış Devlet Hastanesi	SB	1964	35	50	5	0	0
Selim	Hadi Cihangir Ent. İlçe Hast.	SB	2007	10	0	0	0	0
KARS İL TOPLAMI				461	496	8	17	14
GENEL TOPLAM				1.540	1.508	151	66	43

2.2. TRA2 Bölgesi Hastaneleri Sağlık Personeli Kapasitesi

Yerleşim Yeri	Hastane Adı	Uz. Hekim	Prt. Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe	Dr. Ortalama Görev Süresi
								(Ay)
Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	106	12	0	4	148	66	14
	Özel Güven Başaran Hastanesi	14	3	0	0	12	2	24
	Özel Güven Tıp Merkezi	4	2	0	0	2	1	18
Doğubayazıt	Doğubayazıt Devlet Hastanesi	36	5	4	0	82	29	14
	Özel Mediza Hastanesi	10	2	0	1	15	2	12
Diyadin	Diyadin Devlet Hastanesi	4	1	1	0	22	6	12
Eleşkirt	Eleşkirt Devlet Hastanesi	5	5	2	1	17	6	12
Hamur	Hamur Ent. Devlet Hastanesi	0	2	1	0	3	8	-
Patnos	Patnos Devlet Hastanesi	31	6	3	0	57	16	15
Taşlıçay	Taşlıçay Ent. Devlet Hastanesi	2	2	2	0	8	5	12
Tutak	Tutak Devlet Hastanesi	1	4	1	0	16	2	18
AĞRI İL TOPLAMI		213	44	14	6	382	143	-
Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	39	4	0	1	40	12	15
	Askeri Hastane Baştabipliği	15	0	1	1	13	1	36
Göle	Devlet Hastanesi	4	3	2	1	18	4	12
Posof	Devlet Hastanesi	0	3	1	0	5	3	12
ARDAHAN İL TOPLAMI		58	10	4	3	76	20	-
Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	65	18	0	2	120	66	24
	Kadın Doğum Hastanesi	6	1	0	0	4	0	24
Aralık	Aralık Devlet Hastanesi	0	2	2	0	12	10	-
Tuzluca	Tuzluca Devlet Hastanesi	4	5	1	0	15	5	12
IĞDIR İL TOPLAMI		75	26	3	2	151	81	-
Merkez	Kars Devlet Hastanesi	102	7	0	3	150	83	24
	Kadın Doğum ve Çocuk Evi	15	4	0	1	7	75	24
Digor	Digor Devlet Hastanesi	0	4	1	0	5	4	-
Kağızman	Kağızman Devlet Hastanesi	10	3	2	0	22	7	14
Sarıkamış	Sarıkamış Devlet Hastanesi	13	5	1	1	23	11	24
Selim	Hadi Cihangir Ent. İlçe Hast.	1	5	3	0	5	3	12
KARS İL TOPLAMI		141	28	7	5	212	183	-
GENEL TOPLAM		487	108	28	16	821	427	-

2.3. TRA2 Bölgesi Hastaneleri Tıbbi Cihaz Ekipmanı Altyapısı

Yerleşim Yeri	Hastane Adı	Hemo- diyaliz	MR Cihazı	BT Cihazı	Ultrason Cihazı	Doppler Ultrason Cihazı	EKO Cihazı
Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	7	1	1	3	3	2
	Özel Güven Başaran Hastanesi	0	0	1	3	1	0
	Özel Güven Tıp Merkezi	0	0	0	0	1	0
Doğubayazıt	Doğubayazıt Devlet Hastanesi	5	0	1	3	1	1
	Özel Mediza Hastanesi	0	1	1	3	1	1
Diyadin	Diyadin Devlet Hastanesi	3	0	0	0	1	0
Eleşkirt	Eleşkirt Devlet Hastanesi	3	0	0	1	0	0
Hamur	Hamur Ent. Devlet Hastanesi	0	0	0	0	0	0
Patnos	Patnos Devlet Hastanesi	9	0	0	1	2	0
Taşlıçay	Taşlıçay Ent. Devlet Hastanesi	2	0	0	0	0	0
Tutak	Tutak Devlet Hastanesi	3	0	0	1	0	0
AĞRI İL TOPLAMI		32	2	4	15	10	4
Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	12	0	1	2	1	1
	Askeri Hastane Baştabipliği	0	0	0	1	0	0
Göle	Devlet Hastanesi	3	0	0	1	1	0
Posof	Devlet Hastanesi	0	0	0	0	0	0
ARDAHAN İL TOPLAMI		15	0	1	4	2	1
Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	17	1	1	2	3	1
	Kadın Doğum Hastanesi	0	0	0	2	1	0
Aralık	Aralık Devlet Hastanesi	0	0	0	0	0	0
Tuzluca	Tuzluca Devlet Hastanesi	0	0	0	1	1	0
IĞDIR İL TOPLAMI		17	1	1	5	5	1
Merkez	Kars Devlet Hastanesi	19	1	1	12	1	1
	Kadın Doğum ve Çocuk Evi	0	0	0	5	1	0
Digor	Digor Ent. Devlet Hastanesi	0	0	0	0	0	0
Kağızman	Kağızman Devlet Hastanesi	4	0	0	1	1	0
Sarıkamış	Sarıkamış Devlet Hastanesi	4	0	0	1	1	0
Selim	Hadi Cihangir Ent. İlçe Hast.	0	0	0	0	0	0
KARS İL TOPLAMI		27	1	1	19	4	1
GENEL TOPLAM		91	4	7	43	21	7

2.4. TRA2 Hastaneleri Günlük Ortalama Hasta Sayısı

Yerleşim Yeri	Hastane Adı	Ort. Hasta Sayısı (Gün)	Uz. Hekim Başına Günlük Hasta Sayısı	Toplam Hekim Başına Günlük Hasta Sayısı
Merkez	Ağrı Devlet Hastanesi	4.500	42	38
	Özel Güven Başaran Hastanesi	700	50	41
	Özel Güven Tıp Merkezi	350	88	58
Doğubayazıt	Doğubayazıt Devlet Hastanesi	1.500	42	37
	Özel Mediza Hastanesi	350	35	29
Diyadin	Diyadin Devlet Hastanesi	600	150	120
Eleşkirt	Eleşkirt Devlet Hastanesi	250	50	25
Hamur	Hamur Ent. Devlet Hastanesi	80	0	40
Patnos	Patnos Devlet Hastanesi	1.500	48	41
Taşlıçay	Taşlıçay Ent. Devlet Hastanesi	250	125	63
Tutak	Tutak Devlet Hastanesi	300	300	60
AĞRI İL TOPLAMI		10.880	51	42
Merkez	Ardahan Devlet Hastanesi	1.100	28	26
	Askeri Hastane Baştabipliği	90	6	6
Göle	Devlet Hastanesi	400	100	57
Posof	Devlet Hastanesi	80	0	27
ARDAHAN İL TOPLAMI		1.670	29	25
Merkez	Iğdır Devlet Hastanesi	2.800	43	34
	Kadın Doğum Hastanesi	100	17	14
Aralık	Aralık Devlet Hastanesi	110	0	55
Tuzluca	Tuzluca Devlet Hastanesi	110	28	12
IĞDIR İL TOPLAMI		3.120	42	31
Merkez	Kars Devlet Hastanesi	2.000	20	18
	Kadın Doğum ve Çocuk Evi	500	33	26
Digor	Digor Devlet Hastanesi	0	0	0
Kağızman	Kağızman Devlet Hastanesi	600	60	46
Sarıkamış	Sarıkamış Devlet Hastanesi	500	38	28
Selim	Hadi Cihangir Ent. İlçe Hast.	350	350	58
KARS İL TOPLAMI		3.950	28	23
GENEL TOPLAM		19.620	40	33