

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ERZURUM EKONOMİSİNE
KATKILARI**

Ulvi ÇELİK
122008577

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
MUHASEBE VE DENETİM PROGRAMI**

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Kadir TUNA

İSTANBUL, Ocak 2014

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ERZURUM EKONOMİSİNE
KATKILARI

Ulvi ÇELİK
122008577

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
MUHASEBE VE DENETİM PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Kadir TUNA

İSTANBUL, Ocak 2014

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ERZURUM EKONOMİSİNE
KATKILARI

Ulvi ÇELİK
122008577

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLERME ANABİLİM DALI
MUHASEBE VE DENETİM PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih :29.01.2014

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kadir TUNA

Diğer Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Targan ÜNAL

Yrd. Doç. Dr. Bülent GÜNCELER

İSTANBUL, Ocak 2014

ÖNSÖZ

Çalışmanın başından itibaren bilgi ve deneyimleriyle, yardım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam, Sosyal Bilimler Enstitüsü Teknoloji ve Sanayi İktisat bölümü öğretim üyesi Yrd. Dr. Kadir TUNA'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Beni bugünlere getiren ve her türlü desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme de sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET	v
SUMMARY.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
BÖLÜM 1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Ekonomisi	2
2.1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı.....	2
2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı	2
2.1.3. Sağlık Sistemi	3
2.2. Sağlık Sektörünün Mevcut Yapısı	4
2.3. Sağlık ve Kalkınma İlişkisi.....	8

BÖLÜM 3. YAPILAN ÇALIŞMALAR.....	12
3.1. Erzurum İlinin Genel Yapısı	12
3.1.1. Tarihi ve Coğrafi Yapı.....	12
3.1.2. Coğrafi ve Siyasi Durum.....	13
3.1.3. Nüfus	13
3.1.4. İdari Durum	14
3.1.5. Sosyal Durum.....	14
3.2. Erzurum Ekonomisinin Genel Görünümü	15
3.3. Erzurum İlinde Hastaneler	19
3.3.1. Araştırma Hastanesi.....	21
3.3.2. Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi	25
3.3.3. Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	27
3.3.3.1. Nihat Kitapçı Ek Hizmet Binası.....	29
3.3.3.2. Erzurum Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi	29
3.4. Erzurum'daki Özel Hastaneler.....	29
3.5. Erzurum İlindeki Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştırılması.....	30
3.6. Erzurum İlindeki Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştırılması	32
3.7. İldeki Sağlık Kuruluşlarının Gelişimi	33
3.8 Özel Hastanelerin Türleri, Temel Özellikleri ve Gruplandırılması... 33	
3.9. Sektörün Güncel Durumu	35

3.9.1. Özel Hastanelerin 1990-2000 Yılları Arasındaki Artış	
Nedenleri.....	35
3.10. Özel Hastanelerin Denetimi	36
3.11. Erzurum İlinin Doğu Anadolu Bölgesinin Sağlık Merkezi Olma	
Durumu	36
BÖLÜM 4. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	48
ÖZGEÇMİŞ.....	49

ÖZET

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ERZURUM EKONOMİSİNE KATKILARI

Sağlık Sektörü, sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek / arz etmek ve talep etmek / tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır. Sağlık sektörünün ekonomistler tarafından ilgi görüp sistematik bir şekilde incelenmesine başlanması genellikle 1960 yılı kabul edilmektedir. Ancak sağlık ve sağlığın korunmasına verilen önem insanoğlunun varoluşundan beri süregelenmektedir. Toplumların içerisinde buldukları ekonomik ve sosyal şartlara göre, yaşlı kimseler, büyücüler, din adamları ve doktorlar tarafında sağlığın korunmasına veya iyileştirilmesine çalışılmıştır. Bu çalışmada ilk önce sağlık sektörünün yapısı, sağlık ve ekonomi ilişkisi anlatılacaktır. Daha sonra Erzurum ilinin genel yapısı, Erzurum ilinde hastaneler, Erzurum ilindeki sağlık kuruluşlarının karşılaştırılması, ildeki kamu ve özel sağlık kuruluşlarının gelişimi, Erzurum ilinin doğu Anadolu bölgesinin sağlık merkezi olma durumu anlatılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Sektörü, Ülke Ekonomisi

Tarih:30/01/2014

SUMMARY

HEALTH SECTOR'S CONTRIBUTION TO THE ECONOMY OF ERZURUM

Health Sector , health, indirect, direct or actual impact of goods and services of qualified products of all kinds to produce / to supply and demand / consume the very different production areas established systems and sub- systems with which they involve people , organizations, institutions , status, product and used to indicate like all general and inclusive concept. Obvious interest of the health sector by economists to be examined in a systematic way to begin is usually accepted in 1960 . However, the importance given to the protection of health and health care has been going on since the existence of mankind . They are in societies based on social and economic conditions , older people , magicians , priests and doctors at improving the protection of health or studied. In this study, first, the structure of the health care industry , health and economic relations will be discussed. Then Erzurum general structure of Erzurum hospitals in Erzurum health institutions in comparison , in the province of public and private health institutions development of Erzurum eastern Anatolia region health center, state of being will be discussed.

Keywords: Health, Health Care Sector, Country Economics

Date:

KISALTMALAR

T.C.	:Türkiye Cumhuriyeti
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
GSYİH	:Gatri Safı Yurt İçi Hasıla
THY	: Türk Hava Yolları

ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİL NO

Şekil 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı..... 31

TABLO LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Hastanenin Genel Personel Dağılımı.....	26
Tablo 2. Personel Durumu	26
Tablo 3. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı (2011)	30
Tablo 4. Erzurum'un Hastanelerinin kurumlara göre yatak sayısı ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı	31

BÖLÜM 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde yapılabilmesine ilişkin planlama çalışmaları, son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri hastanelerdir. Dolayısıyla söz konusu hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle hastanelerin çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sektöründeki işletmelerin sayısının hızlı nüfus artışını karşılamadığı bir gerçektir. Toplumun gelir düzeyinin artması ise müşterilerin daha iyi hizmet beklemesine neden olmaktadır. Çalışmamızda Erzurum ilinde sağlık sektörünün ekonomiye ve halka getirdiklerini inceleyeceğiz.

Türkiye'nin doğusundan batısına doğru gidildikçe, sağlık hizmetlerinin etkinliği artmaktadır. Çünkü kaynak dağılımı batı bölgeleri lehine gelişmiştir. Böylece, ülkenin doğusunda yer alan illerde sağlık göstergeleri düşük ve sağlığa ayrılan kaynaklar yetersiz kalmaktadır. Toplumların varlığını sürdürebilmesi için mutlak suretle sağlıklı bir nesile sahip olması gerekmektedir.

Sağlıklı bir nesil aynı zamanda toplumun kalkınması için en önemli üretim faktörüdür. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilediği gözlenirken, sağlık göstergelerinde görülen olumlu değişikliklerin de ekonomik başarının yakalanmasına katkıda bulunduğu gözlenmiştir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Ekonomisi

2.1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Ekonomi, bireylerin çok sayıdaki ihtiyaçlarının, görece olarak kısıtlı kaynaklarla en iyi şekilde karşılanması çabalarına bağlı sorunları inceler. Kamu harcamalarındaki artışların yoğun biçimde tartışıldığı günümüzde, sağlık harcamalarının da sürekli artıyor olması, sağlık ekonomisine ilişkin sorunların ön plana çıkmasına sebep olmuştur. Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplini olup, sağlık hizmetleri örgütünün geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunur; geniş anlamıyla sağlığın ya da kötü sağlığın davranışsal, çevresel ve tıbbi nedenlerinin araştırılması ve bunları önleyici araçların geliştirilmesi çabalarını içerir.

Sağlık ekonomisinin amacı, ekonominin genel hedeflerine uygun olarak, kısıtlı kaynakları en iyi şekilde kullanarak, en iyi çıktıyı etkin bir biçimde elde etme yollarını işaret etmektir. Sağlık ekonomisinin girdileri, insan gücü, hammadde, sermaye ve teknolojidir. Çıktıları ise, yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilişkili tüm faaliyetleri, sağlık hizmetleri talebini ve arzını kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, sağlık ekonomisinin tüketim tarafını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen piyasa şartları, hizmetlere yönelik davranışlar, gelir vb. faktörler sağlık ekonomisinin talep yönünü belirleyen unsurlardır. Sağlık hizmetleri arzı ise sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluşturur. Sağlığa ayrılacak kaynaklar, üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, girdiler arasındaki ikame oranı, sağlık personeli, ilaç ve diğer sağlık girdileri, piyasanın yapısı, kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti üreten kurumların varlığı/yokluğu, sağlık hizmetinin finansman biçimi vb. etkenler sağlık ekonomisinin arz ile ilgili temel unsurlarıdır (Akdur, 1991).

Doğrudan sağlık hizmetlerinin arz ve talebi dışında çevre koşulları, mesleki sağlık riskleri, tüketim, beslenme alışkanlıkları, alkollü içki ve sigara kullanımı gibi hususlar da, sağlık ekonomisinin dolaylı olarak ilgi alanına giren ve tahlil edilen unsurlar kapsamındadır.

2.1.3. Sağlık Sistemi

Sağlık sektörü, bireylerin hastalıklardan korunmasını sağlayan aşılama, koruma hizmetlerinden, hastalıkların iyileştirilmesini sağlayan tedavi hizmetlerine, tedavi sonrasında hareket kabiliyetini yitirmiş olan bireylerin uyum sağlamasını amaçlayan rehabilitasyon hizmetlerine kadar birçok hizmeti kapsar. Böylesine geniş bir yelpazeye sahip sağlık sektöründeki faaliyetlerin, bir sistem bütünlüğü içinde ele alınması gereğini ortaya çıkarır.

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, hizmetin kapsamı, bireylerin sağlık konusunda eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikalarının belirlenmesi gibi konularda ülkede var olan organizasyon bütünü ifade etmektedir. Bir başka tanımla, sağlık sistemi, konuyla ilgili personel ve kurumları; ekonomik kaynakları; araştırma çalışmalarını; devlet veya toplumun, hastalıkların, erken ölümlerin, sakatlıkların önlenmesine ve diğer sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çabalarını kapsayan bir deyimdir. Devlet, sağlık sistemi içinde, sadece ilgili yasal düzenlemeleri yapmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda denetleyici olarak da sistemde aktif rol oynamaktadır (Akin ve Aksoy, 1985).

Devletin denetleyiciliği, sağlık sisteminin etkin bir şekilde çalışması açısından çok önemlidir. Ayrıca sağlık sisteminde devletin belirleyiciliği, ülkeden ülkeye çok değişebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin esas olarak özel sektör eliyle yürütüldüğü ABD’de, devletin ağırlığı çok sınırlı iken, devletçi bir anlayışla oluşturulmuş ulusal sağlık sisteminin yürürlükte olduğu İngiltere’de devletin önemli belirleyiciliği vardır. Türkiye gibi bu iki uç arasında yer alan sosyal yönelimli ülkelerde ise, devlet, bir yandan doğrudan sağlık hizmeti sunan birimleri kurmakta, işletmekte ve önemli sayıda sağlık personeli istihdam etmekte, diğer yandan da özel sektörce sağlanan hizmetler üzerinde denetim gerçekleştirmeye çalışmaktadır.

Bu arada, sağlık hizmetlerini esas olarak özel sektör eline bırakmış olan sağlık sistemlerinde de, en azından koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet kurumları kanalıyla

yürütüldüğünü, bu bakımdan tümüyle devlet müdahaleleri dışında düzenlenmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerin yaygın olmadığına işaret etmek gerekir.

2.2. Sağlık Sektörünün Mevcut Yapısı

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu yana, sağlık hizmetlerinin her yere ve her vatandaşa ulaşabilmesini sağlamak için büyük çaba gösterilmiştir. Toplumun sağlık düzeyini gösteren ve aynı zamanda gelişmişlik göstergesi olan ölçütlere bakıldığında, Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren hızlı bir değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetleri devletin asli bir görevi olarak algılanmış ve sektörün bu yönde yapılanması için büyük çaba harcanmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak da sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamında kamuya öncelik verilmiştir (Dülger, 1992).

Ancak yapılan tüm çalışmalara ve gösterilen tüm çabalara rağmen sağlık hizmetlerinde istenilen düzeye gelinememiştir. Ülkemiz nüfusunun sağlık göstergeleri hem mutlak bakımdan, hem de aynı gelir düzeyine sahip başka ülkelerle karşılaştırıldığında göreceli olarak daha kötüdür; özellikle ana ve çocuk sağlığı göstergeleri olumsuz; ölüm ve hastalık oranları yüksektir. 2004 yılı verilerine bakıldığında ise Emekli Sandığına bağlı olarak sağlık hizmeti alan 9,3 milyon kişi için anılan yıl içinde 4,5 katrilyon harcama yapılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması tutarı da 363 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. SSK'ya bağlı olarak sağlık hizmetlerinden faydalanan 27,8 milyon kişi için aynı dönemde toplam 6,4 katrilyon TL, kişi başına da 172 ABD Doları, Bağ-Kur'a bağlı olarak sağlık hizmetlerinden faydalanan 9,8 milyon kişi için toplam 3,7 katrilyon liralık sağlık harcaması yapılmıştır. Bağ-Kur'da kişi başı sağlık harcaması tutarı 279 ABD Dolarıdır.

Bu rakamlara göre 2004 yılında sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplam 14,6 katrilyon liralık sağlık harcaması yapılmıştır (Ağırbaş ve Tatar, 2001).

- Ülkemizde 2007 yılı itibariyle 104.120 doktor, 64.000 hemşire ve 31.500 poliklinik sağlık sektöründe hizmet vermektedir.36 Sağlık hizmetleri sektörü karmaşık ve çok başlı bir yapıya sahiptir. Sektörde stratejik yönetim ciddi bir eksiklidir. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirmekte ve sektöre yön vermekte yetersiz kalmaktadır. Bakanlık, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon

olmadığından, hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlarla paralel olarak yapılamamaktadır. Diğer taraftan personel istihdamı ve yönetiminde esnekliğin olmaması, kadro standartlarının eksikliği, sağlık personelinin görev tanım ve iş analizlerinin yapılmaması, personel istihdamında kariyere önem verilmemesi, atama, nakil, yükselme, gibi özlük haklarına yönelik düzenlemeye uyulmaması, çalışan personelin teşvik ve ödüllerle takdir edilmemesi çalışmayan veya görevini tam anlamıyla yerine getirmeyen personelin yaptırımla karşılaşmaması gibi nedenler de insan kaynakları yönetimiyle ilgili sağlık sektöründe yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır.

- Sağlık göstergelerinde coğrafi bölgeler açısından dağılıma bakıldığında Doğu Anadolu Bölgesi, Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden sonra en kötü bölge durumundadır. Doğu Anadolu Bölgesi, hekim başına düşen nüfus ve diğer sağlık personeli başına düşen nüfus ile dış hekim başına düşen nüfus açısından ikinci en kötü bölge durumundadır. Türkiye'deki sağlık personellerinin çoğunlukla Marmara, Ege ve İç Anadolu Bölgelerinde yoğunlaştığı görülmektedir.

- Türkiye'de sağlık hizmetleri üretiminde yaşanan önemli sorunlardan bir tanesi de sağlık hizmeti veren kurumlar arasında iletişimsizlik ve denetimsizliğin olmasıdır. Birinci basamak sağlık sistemi bozuk olup koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl üreticisi olan bu kurumlar büyük ölçüde desteksiz bırakılarak, son derece yetersiz olanaklar içinde hizmet vermeye itilmiştir. Birinci basamak ile hastaneler arasında olması gereken sevk sistemi yeterince işletilmemiş, halkın da tedavi hizmetlerine olan eğilimi teşvik eden politikalar ile hastanelerde yığılmalara yol açılarak, kamu kaynakları son derece verimsiz kullanılmıştır.

- Ülkemizde tıbbi cihaz, malzeme ve aletlerin sağlık merkezlerindeki dağılımı homojen değildir. Bu nedenle bazı yerlerde israf, bazı yerlerde de eksiklik nedeniyle hizmetlerin yeterince verilmemesi ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Ayrıca sağlık alanında istatistikler ve tıbbi cihaz envanteri mevcut değildir. Tıbbi cihaz, alet ve malzemelerin temininde standardizasyon, planlama, koordinasyon ve kalite kontrolü yoktur. Serbest ithalat rejimi dolayısıyla ikinci ve hatta üçüncü el tıbbi cihazlar kolaylıkla ithal edilip hizmete alınabilmektedir. Ürün ve hizmetin denetimsizliği ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. İkinci el cihazların çokluğu, yeni cihazların

teminindeki plansızlık ve denetimsizlik, yeterli servis ve bakım hizmetlerinin elde edilememesi ya da denetlenmemesi ülkemizin bir cihaz çöplüğü olmasına yol açmıştır.

- Diğer taraftan tıbbi cihazları kullanacak teknik personel bir dizi kurumda yetiştirilmektedir. Ancak, devletin istihdam ve ücret politikası yeterli verim alınabilecek bir şekilde olmadığı için, bazı birimlerde personel açığı bulunmaktadır. Dolayısıyla yeterince bilgili olmayan personelin istihdamı nedeniyle çok pahalı cihazlar kullanım hataları nedeniyle elden çıkabilmektedir. Hastanelerdeki tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonunu denetleyecek biyomedikal mühendislik birimleri yeterli değildir ya da hiç yoktur.

- Özel hastane ve polikliniklerin en çok şikâyet ettikleri konu özel hastane ve poliklinikler alanındaki yasal boşluklardır. Polikliniklerle ilgili hiçbir kanuni düzenlemenin mevcut olmaması birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu yüzden bir an önce yeni düzenlemeler yapılması ve polikliniklerle ilgili mevzuatın günün şartlarına uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan özel hastanelerle ilgili konular 2219 sayılı kanunda düzenlenmiştir. Ancak bu kanun 50-60 yıl öncesinin şartlarına göre hazırlanması nedeniyle günümüzün ihtiyaçlarına cevap vermekten uzaktır. 50- 60 yıl önce şimdiki tomografi cihazları ve taş kırma cihazları gibi birçok teknolojik alet yokken hazırlanan bir mevzuatın tıbbi teknolojinin sürekli geliştiği ve yenilediği günümüzde hala geçerliliğini koruması imkânsızdır. Bu nedenle gerekli düzenlemeler mutlaka yapılmalıdır.

- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası gereği, 1960'tan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri, her bireye eşit, entegre, erişilebilir ve koruyucu ağırlıklı olarak ele alınmaktadır. Ancak yönetimlerin sık sık değişmesi ve gerekli kararlılığın olmaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye ulaşmasını engellemektedir (Metin, 2003).

- Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı sağlık ocakları ve hastaneler dışındaki birimlerde (üniversiteler, diğer bakanlıklar, işyerleri, özel hekimler vb.) yeteri kadar veri alamamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara bağlı sağlık kurumlarında sağlıklı bir enformasyon sistemi yoktur. Mevcut sistem içinde toplanan veriler ise çeşit ve sayısal olarak eksik, kapsamı yetersiz ve doğruluğu kuşkuludur. Diğer taraftan kalite kontrolü yapacak bir mekanizma yoktur.

- Türkiye'deki toplam nüfusun % 87'lik kısmı bir tür sosyal güvenlik kapsamı altındadır. Devlet otoriteleri tarafından belirtilen sosyal güvenlik kapsamı daha yüksek olmakla birlikte, mevcut sosyal güvenlik sisteminin sağladığı faydaların/yardımların sorgulanabilir, yetersiz ve düşük kaliteli olduğunu ileri süren görüşler de bulunmaktadır.

Öyle ki nüfusun geriye kalan % 13'lük kısmının ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bu sorunu gidermek amacıyla Yeşil Kart programı 1992'de yoksulların sadece yatan hasta sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamaya yönelik bir mekanizma olarak geliştirilmiştir. Ancak uygulamada çıkan aksaklıklar nedeniyle ihtiyaç duyan herkese ulaşamadığı gibi, ihtiyaç sahibi olmayanlar da zaman zaman bu uygulamanın kapsamına alınarak ulusal kaynaklar israf edilmiştir. 2005 yılı Şubat ayından itibaren Yeşil Kart sahiplerinin ilaç harcamalarının da kapsanmasına karar verilmiş olup ilaç reçeteleri % 20'lik bir katkı payı ile karşılanmaktadır. Ayrıca, ayakta sağlık hizmetlerinin kapsam altına alınması yönündeki yasal düzenlemeler de tamamlanmıştır. 2002 yılında tahminen 13 milyon Yeşil Kart sahibi mevcut olup nüfusun yaklaşık % 14'ünü kapsamaktaydı. Son resmi rakamlar Yeşil Kart sahiplerinin sayısının 2005 yılında 9 milyona düştüğünü göstermektedir (Belek, 1995).

- Sosyal güvenlik kuruluşları prim toplayamama ve toplanan primlerin yanlış kullanılmasına bağlı olarak, zaman zaman hastanelere ve eczanelere olan borçlarını ödeyememekte ve bunun sonucunda hak sahipleri sağlık hizmetlerinde faydalanamamaktadırlar. Ülkemizde yukarıda bahsedilen sağlık sektöründeki sorunların çözülmesindeki en önemli öncelik Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesine bağlıdır. Sağlık Bakanlığı hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çok, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmelidir. Diğer taraftan sağlık sektöründeki sorunların çözülmesi için yapılması gerekenler şunlardır (Belek, 2000):

- Sağlık Bakanlığı, hizmetleri planlama, standartlarını belirleme, gelişmeyi yönlendirme ve denetleme işlevini sivil toplum örgütleri ve bilimsel kuruluşlarla paylaşmış olmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde çağdaş desentralizasyon ilkeleriyle uygun yapılandırmaya gidilmelidir.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda toplam kalite yönetimi esasları uygulanmalıdır. Denetim, araştırma-geliştirme faaliyetlerine daha fazla önem verilmelidir.

- Sağlık Personeli Yasası çıkarılmalıdır. Avrupa Birliği normlarına uygun tıp ve uzmanlık eğitimi geliştirilmelidir. Başta hekimler olmak üzere, sağlık personeline sürekli ve sistematik olarak hizmet içi eğitimler verilmelidir. Ülkenin hekim ihtiyacı gerçekçi biçimde hesaplanmalı ve tıp fakültelerinden iş olanaklarıyla ilişkili ihtiyaç kadar hekim mezun edilmelidir. Yeterli sayıda ve nitelikte teknik eleman istihdam edilmelidir.
- Bütün vatandaşların, pirim esasına dayalı sosyal sigorta çerçevesinde sağlık güvencesi olmalıdır. Bütün sosyal sigorta sistemi tek çatı altında toplanmış olmalıdır.
- İsteyen kişiler için özel sağlık sigortacılığı özendirilmelidir.
- Her il bünyesinde, sağlık kuruluşlarının bağlı olduğu bir on-line haberleşme ağı kurulmalıdır. Sağlık Bakanlığı ile iller arasında da on-line haberleşme ağı kurulmalıdır.
- Hizmet alanlar, sağlık kuruluşlarının bilgi kaynaklarına interaktif olarak erişebilmelidir.
- Temel sağlık hizmetleri veren kuruluşlar daha fazla önemsenerek bu alanda daha fazla çalışmalar yapılmalıdır.

2.3. Sağlık ve Kalkınma İlişkisi

Ülkenin nihai amacı kalkınma ve kalkınmanın temel göstergelerinden biri de sağlık göstergeleridir. Son yıllarda kalkınma, sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmişlik düzeyiyle ifade edilmektedir. Başka bir ifadeyle, kalkınma sağlık sorunlarının çözümlenmesiyle özdeşleşmiştir. Böylece yeterli miktarda ve kalitede sağlık hizmetinin sunulması ve de her fert için ulaşılabilir olması sağlanmış olur. Sağlık hizmetlerine ulaşmak tüm vatandaşların doğal ve temel hakları arasında yer almaktadır. Bu hizmetlere yeterli miktarda/kalitede ulaşılması ve yerine getirilmesi ile ilgili yükümlülükler de sağlık sistemi ve onun çalışanlarındır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve zamanında sunulması; böylece kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması için söz konusu kaynakların optimum düzeyde kullanılması gerekmektedir.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre sıralamada sıklıkla kullanılan ve GSYİH" ya (veya GSMH" ya) göre daha güvenilir bir gösterge olan, İnsani Gelişme Endeksini (Human Development Index-HDI) her yıl hesaplamakta ve yayınlamaktadır. Bu endeks sağlık, eğitim ve gelir olmak üzere üç alana ilişkin göstergelerden oluşturulan endekslerin basit aritmetik

ortalamasıdır. İnsani Gelişme Endeksinin kapsamından da anlaşılacağı üzere, toplumun sağlık düzeyi, önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Zira toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi vardır. Bireyin niteliklerinin gelişiminde eğitimi ve sağlığı olmak üzere başlıca iki önemli boyut bulunmaktadır. Her iki boyutta da, bireysel çaba yanında toplumsal yapılanma önem taşımaktadır (Serdar, 2005).

Eğitim kurumlarının genel düzeyinden bağımsız olarak ortalama bireyin eğitiminin geliştirilmesi söz konusu olamayacağı gibi; sağlık kurumlarının ve sağlık koşullarının genel düzeyinden (kısaca ülkenin sağlık statüsünden) bağımsız olarak ortalama bireyin sağlığının geliştirilmesi de söz konusu olamayacaktır. Bu nedenle bilgi toplumu yolunda ilerleyebilmek, ülkenin sağlık statüsünün geliştirilmesiyle de yakından ilgilidir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesini belirlemede kullanılan sağlık alanındaki sorunlar, Türkiye" ye özgü olmadığı gibi gelişmişlik seviyesi ile de sınırlı değildir. ABD, Kanada, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde de sağlık hizmetlerinde kalite beklentisinden finansman sorununa, kronik hastalıklardan farklılaşan tedavi ve bakım süreçlerine kadar birçok alanda sorun ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerin de sağlık alanında sorunlarla karşılaştıkları ve bu sorunları düzeltmek için değişik reformlar ortaya koydukları bir gerçektir.

Kalkınma kavramının merkezi, öncelikler sorunudur: Sağlık, eşitlik ve yoksulluğun yok edilmesi en önemli öncelikler olarak belirlenmiştir. Ekonomik kalkınma, insan gelişimi, sosyal gelişme, sürdürülebilir kalkınmaya ya da başka bir terminolojiye dayansın ya da dayanmasın, kalkınma, dünya nüfusunun en fakir ve en zayıf kesimlerinin refahı ve sağlıkları üzerindeki etkileriyle - bugün ve gelecekte - ölçülebilir. İnsan merkezli bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde fiyatların yükselmesini, sağlıkta ve kalkınma hizmetlerinde daha yüksek verimlilik ve kalite elde etmenin önemini ihmal etmemektedir. Bilakis mevcut kaynakların etkin kullanımı en önemli öncelik olacaktır. Harcamalar yüksek maliyetli hizmetlerden geniş halk kitlelerine yönlendirilecek böylece verimlilik ve performans artışı sağlanmış olacaktır. İnsan merkezli yaklaşım kalkınmanın birçok modeli olduğunun bilincindedir. Kalkınmanın alternatif modelleri yoksulluk ve eşitsizliği sona erdirip toplumsal katılımı sağlamasını, yapısal eşitsizliklere ve yoksulluğa son verilmesini, üretim ve tüketimin sürdürülemez yöntemlerine çare bulmasını, sağlık ile kadının güçlendirilmesi arasındaki bağın

belirlemesini, özellikle kadınların ve kızların eğitimini vurgulamasını garanti altına alacaktır (DPT, 2000).

Sürdürülebilir kalkınmanın her ne kadar tanımları birbirinden farklı olsalar bile bütün tanımlar çevre, ekonomi ve sosyal unsurların sürdürülebilir kalkınmanın vazgeçilmez unsurları olduğu üzerinde hemfikirdirler. Genel olarak ülkeler ise sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada izlenecek stratejileri;

- Çevreyi koruma ve iyileştirme,
- Sağlıklı ve adil bir toplum yaratma,
- Sürdürülebilir ve rekabetçi bir ekonomi,
- İyi yönlendirme,
- Global sürdürülebilir kalkınmaya katkıda bulunma olarak sıralamaktadırlar.

Ülkelerin izledikleri stratejileri uygulamaya koymak için izleyecekleri eylem alanları ve ilerleme göstergeleri incelendiğinde ise bunlardan önemli miktarın sağlıklı yaşam, ölüm oranları, sigara kullanımının azaltılması veya çocuk yaşta ortaya çıkan beslenme bozukluklarının önlenmesi gibi doğrudan halk sağlığı çalışmaları ile çok yakından ilişkili oldukları görülebilecektir. Temelde sürdürülebilir kalkınma gelecek nesillerin de kaliteli yaşama şansını azaltmayacak şekilde insan hayatının fiziksel, sosyal ve kişisel kalitesini (aslında buna genel olarak iyilik hali de diyebiliriz) geliştirmek demektir. Bugüne kadar olan bilimsel kanıtlar kirlenmiş çevrenin (hava kirliliği, kötü kentleşme, zehirli atıklara maruz kalma gibi) aslında sağlık için de kötü olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyal olarak izole edilme, suç, aile hayatının bozulması, fakirlik, zayıflık ve ekonomik olarak güvende olmamanın da (sürdürülebilir kalkınmanın sosyal ve ekonomik yönleri) sağlık için kötü olduğu bilinmektedir. Daha da önemlisi bu farklı sağlık riskleri özellikle fakirlerin sağlık göstergelerine daha fazla yansımaktadır. Bu açıklamalar bize daha fazla sürdürülebilir kalkınmanın aslında daha sağlıklı bir toplumdaki başka bir şey olmadığı anlamına gelmektedir (Emil ve Yılmaz, 2003).

Sürdürülebilir kalkınma stratejilerinde Şehir-kırsal ayrımı dikkate alınmalı ve dengeli bir yaklaşım sergilenmelidir. Kalkınmanın tam anlamıyla gerçekleşebilmesi için kırsal ekonomilerin geliştirilmesi ve kırsal alanda yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla kırsal ekonominin pazarla entegrasyonuna yönelik altyapının geliştirilmesi, işletmelerin ve kırsal nüfusun hizmetlere erişiminin kolaylaştırılmasına, kırsal alan ve yerleşmelerin sağlıklı, yaşanabilir ve sürdürülebilir iş ve yaşama ortamı olarak güçlendirilmesine

yönelik olarak, fiziki altyapının iyileştirilmesi ve sunulacak hizmetlerin etkinliğinin artırılması gerekmektedir.

Türkiye’de de sağlık üzerine yapılan araştırma ve geliştirme harcamalarının toplam araştırma ve geliştirme harcamaları içindeki payı sadece %10 düzeyindedir. Türkiye’de doğurganlık oranı 2003 yılında %2.2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran kırsal alanda (%2.7) kentsel alana (%2.1) göre daha yüksek düzeydedir. Bölgesel açıdan bu farklılık daha yüksektir. Batı bölgelerinde bu oran %1.9 iken, doğu bölgesinde %3.7 olarak gerçekleşmiştir. Yine 1000 bebek başına ölüm oranı kentsel alanda 23 iken, kırsal alanda 39’ dır (TUIK, 2004). İstatistiklerden de anlaşılacağı üzere, kırsal alandaki sağlık göstergeleri kentsel alandan daha kötü durumdadır (Gerni, 2000).

Bunu etkileyen sosyo-ekonomik ve kültürel nedenler dikkate alınarak sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Bunun yanı sıra, yapılan bazı alan çalışmalarında kırsal kesimde toplum sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı tespit edilmektedir. Bunun önemli sebeplerinden birinin sağlık personeli ile toplum arasındaki diyalog ve ilgi eksikliği olduğunu dikkat çekmektedir.

BÖLÜM 3. YAPILAN ÇALIŞMALAR

3.1. Erzurum İlinin Genel Yapısı

3.1.1. Tarihi ve Coğrafi Yapı

Erzurum'un kuruluşu M.Ö. 4000 yıllarına kadar uzanmaktadır. Şehrin coğrafi konumu nedeniyle, tarihte adından çok söz edilmiştir. Önceleri Bizanslılar, Sasaniler ve Araplar tarafından yönetilmiş, Erzurum ilk defa 1048 yılında Türk Komutanı İbrahim İNAT tarafından Türk Yurdu yapılmıştır. 1080 yılında Saltukoğulları Devleti kurulunca bu devletin topraklarına katılmış ve 1514 yılında Yavuz Sultan Selim şehri eline geçirerek, Osmanlı İmparatorluğu'nun sınırları içine dâhil etmiştir.

1534 yılında Kanuni Sultan Süleymanın emri ile çıkarılan "Erzurum Kararnamesi" ile de "Beylerbeylik" olmuştur. Erzurum üç defa Rus işgaline uğramış olup, 1828-1829 savaşları sonucunda 8 Temmuz 1829 da Ruslar tarafından işgal edilen Erzurum, Edirne Anlaşması ile (14 Eylül 1829)tekrar Osmanlılara geri verilmiştir. Osmanlı Devleti'nin Londra Protokolünü reddetmesi üzerine Rusya 19 Nisan 1877'de Osmanlı Devleti'ne harp ilan etmiş, 1877 yılının 8-9 Kasım gecesi Ruslar Ermenilerin sayesinde Mecidiye ve Aziziye Tabyalarını ele geçirmişlerdir. Fakat Erzurum'un halkı şehrin müdafaasına bizzat iştirak ederek ve Tabyalarda ordusuyla bütünleşerek Aziziye Tabyalarında destan yaratarak Rusları püskürtmüşlerdir (WEB_1,2011).

1. Dünya Savaşı sırasında 16 Şubat 1916 da Ruslar tarafından yeniden işgal edilen Erzurum, Kazım Karabekir komutasındaki Türk Ordusunun 12 Mart 1918de Erzurum'a girmesiyle Rus işgali altındaki Ermeni mezaliminden kurtulmuştur. Son yıllarda üç köyümüzde Ermeniler tarafından katledilen insanlarımıza ait toplu mezar bulunmuştur.

Erzurum İli, Türkiye'nin orta ve batı kesimlerine göre, yükseltelerin fazla olduğu illerden birisidir. İl toprakları yer yer 2000 m.'yi aşan platolardan oluşmakta ve bunlar üzerinde 3000 m.'den daha yüksek dağlar bulunmaktadır. 25.066 km²'lik yüzölçümü ile Türkiye'nin 4. büyük ili konumundaki Erzurum'un, % 64'ünü dağlar, % 4'ünü ise, ovalar oluşturmakta olup Erzurum Ovası, Pasinler Ovası belli başlıca bilinen

düzlüklerindedir. İl merkezi, 1850 rakımında olup Dünyanın en yüksek yerde kurulmuş yerleşim birimlerinden birisidir. Kuzey Anadolu Fay Hattı İlimizden geçmektedir.

İlimizin başlıca akarsuları Çoruh, Aras ve Karasu Nehri olup bunlardan Karasu Nehri, Fırat Nehri'nin iki kolundan birisi olup Dumludağı'ndan doğmaktadır. İlimiz, genellikle dağlık bir yapıya sahip olup Erzurum, Pasinler ve Horasan ovaları dışında düz arazi oldukça azdır. Erzurum İli, şiddetli karasal "Doğu Anadolu İklimi" bölgesinde yer almaktadır.

3.1.2. Coğrafi ve Siyasi Durum

Yüzölçümü, Komşuları ve Sınırı Varsa Komşu Ülke: Yüzölçümü 25.066 km²'dir. Komşuları Erzincan, Bingöl, Muş, Ağrı, Kars, Ardahan, Artvin, Rize ve Bayburt İlleridir. Komşu bir ülkeye sınırı yoktur. Nüfusu ve Dağılımı: İl nüfusu 784.941 kişi, il merkezi nüfusu 374.854 kişi olarak (köyler dâhil değil)gerçekleşmiş olup, kadın nüfusu 391.352, erkek nüfusu 393.589 kişi olarak gerçekleşmiştir (WEB_2, 2011).

İlçeleri ve Köyleri: İlçeleri şunlardır: 5747 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile Merkezde 2 adet yeni ilçe (Palandöken ve Yakutiye) kurulmuştur. Yakutiye ve Palandöken Merkez İlçe olmak üzere Aşkale, Çat, Hınıs, Horasan, Ilıca, İspir, Karaçoban, Karayazı, Köprüköy, Narman, Oltu, Olur, Pasinler, Pazaryolu, Şenkaya, Tekman, Tortum ve Uzundere'den müteşekkil 20 adet ilçesi vardır. Bunun yanında 970 adet köyü vardır.

3.1.3. Nüfus

İlin toplam nüfusu 1985 Yılı Genel Nüfus Sayımında 856.175 iken, 1990 Genel Nüfus Sayımında 848.201'e düşmüştür. 1985–1990 arasında toplam nüfusta % 0.93 bir azalma, 1990–2000 yılları arasında ise % 10.51 oranında bir artış olmuştur. 2000 Genel Nüfus Sayımı kesin sonuçlarına göre toplam nüfus 937.389 olup, 560.551 kişi (% 59,7) şehirlerde, 376.838 kişi (% 40,3)ise köylerde yaşamaktadır. İl Merkezi nüfusu 361.235 dir.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sisteminde İl nüfusu 784.941 kişi ,il merkezi nüfusu 374.854 kişi olarak (köyler dahil değil)gerçekleşmiş olup; 5747 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile merkezde 2 adet yeni ilçe kurulmuştur. 4 adet İlk kademe

Belediyesi yeni kurulan Palandöken, Yakutiye ve Aziziye İlçelerine devredilmiş olup 9 adet belde belediyesi ise nüfusu 2000'in altına düşmesinden dolayı kapatılmıştır (WEB_3, 2011).

Erzurum, arazi büyüklüğüne paralel bir nüfus barındırmaz. Esasen 1927'de 270.400 dolayında olan İl nüfusu, 2000 yılı itibariyle, 937.389'a ulaşmakla 73 yıllık rakamsal büyüklükteki artış, 3.5 katı dolayında gerçekleşmiştir. Ancak, bu süre içinde Türkiye nüfusunun beş kat dolayında arttığı hatırlanırsa, İl nüfusunun yavaş artmakta olduğu anlaşılır. Bu durum İlin nüfus yoğunluklarına da yansımıştır. Örneğin, 1927'de km² başına 10,8 kişi düşerken (Türkiye 16,7), 2000 yılında bu yoğunluk 37,6'ya çıkmıştır (Türkiye 79,8 idi). Bu durumun başlıca sebeplerinden birisi yoğun nüfus göçüdür.

3.1.4. İdari Durum

5747 sayılı kanun uyarınca İlimizin 18 olan ilçe sayısı 20 ye çıkarılıp, 40 olan belediye sayımızda nüfusu 2000 kişinin altında olan belediyelerin kapatılmasından dolayı 27 olarak belirlenmiştir. 23.7.2004 tarih ve 25531 sayılı Resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu gereğince daha önce 1037 olan köy sayımız da 970 olmuştur. İlimizin yerleşim alanları çok dağınık olup, köy sayısından çok mezra, yayla, kom bulunmaktadır. Bu durum, kamu hizmetlerinin etkin ve verimli götürülmesinde zorluklara sebep olmaktadır (WEB_4, 2011).

3.1.5. Sosyal Durum

Yöre halkı gelenek ve göreneklerine bağlı olup, Atatürk Üniversitesinin varlığı halkın eğitim ve kültür seviyesine olumlu katkı sağlayarak değişim ve gelişime kolaylıkla uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır. İlimizde, özellikle kırsal kesimde halk geçimini tarım ve hayvancılıkla sağlamaktadır. Hayvancılık önemli bir yer tutmakta ise de girdi maliyetleri yüksek olduğu için et ve süt verimi düşük olmaktadır, bu ise hayat standardını önemli oranda etkilemektedir. Bunun yanı sıra memur ve işçi istihdamı, üniversite öğrencileri ve askeri birliklerin İlimizde bulunması ekonominin hareketliliği bakımından önemli bir etki sağlamakla birlikte sosyo-kültürel yönden de olumlu sonuçlar doğurmaktadır.

İlimizde belirgin bir işsizlik vardır, bu yoğun işsizlik nedeniyle nüfus göçü yaşanmaktadır. İş aramak maksadıyla Ülkenin batısına, hatta yabancı ülkelere göç

vardır. Son yıllarda özellikle İl merkezinde çarpık kentleşmeyi önlemek için çalışmalar yürütülmekte modern şehir görünümü sağlamak için gayret edilmektedir. İlimiz merkezinde konut sıkıntısı bulunmamakta, ancak yüksek maliyetler nedeniyle dar gelirli vatandaşın uygun sosyal konutlarda iskân edilebilmesi için Toplu Konut İdaresi Başkanlığı aracılığıyla sosyal konut yapımına gidilmesi önem arz etmektedir.

3.2. Erzurum Ekonomisinin Genel Görünümü

Tarım sektörü bitkisel üretim, hayvancılık, su ürünleri ve ormancılık olmak üzere dört ana başlık altında ele alınır. Toplam 25 066 Km² yüzölçümüne sahip il arazisinin %56. 2'si dik, %23. 8'i orta eğime, %14. 1'i sarp %5. 9'u düz bir konuma sahiptir. Tarımsal amaçlı kullanılabilir arazinin içerisindeki payı %15. 17'dir. Ancak bu alanın da tamamı bölge çiftçileri tarafından kullanılamamaktadır. 1977 yılında bu alanın %73. 2'si tarımsal üretim amacıyla kullanılmıştır. Kullanılan bu alanda %38'i sulu %62'si ise kuru tarım arazisidir (Işık, 1998).

Arazinin kullanım biçimi, coğrafi şartlar ve iklim koşulları dikkate alındığında ilde seracılıktan genel tarla ziraatına meyvecilikten sebzeçiliğe ve su ürünlerinden hayvancılığa, tarımın hemen hemen tüm alanlarında faaliyetler yürütülebilmektedir. Erzurum'da üretilen tarla ürünlerinin verimlilikleri açısından yapılan sıralamada tahıl, yağlı tohumlar ve yumru bitkilerde Türkiye ortalamasının altında; buna karşılık endüstriyel bitkiler ve yem bitkilerinde ise Türkiye ortalamasının üzerinde bir çıktı elde edildiği gözlenmektedir. Sebze ve meyve üretimi açısından da aile ekonomisi çerçevesinde üretim yapılmakta olup, verimliliğin oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Hayvancılık sektörü açısından oldukça uygun altyapı mevcuttur. 2, 5 milyon hektar yüz ölçüme sahip Erzurum arazisinin %67'ü çayır ve meralarla kaplıdır. Bu özelliği ile Erzurum Türkiye'de birinci sırada yer almaktadır. 1994 verilerine göre ildeki 540 bin baş sığır mevcudu, Türkiye toplam sığır varlığının % 4.5'ini oluşturmaktadır. Ve iller bazında sığır sayısı açısından birinci sırada yer almaktadır. 1, 5 milyon koyun mevcuduyla da Konya, Van ve Ş. Urfa illerinden sonra (%4'lük payıyla) dördüncü sırada yer almaktadır. Ancak hayvancılık potansiyeli açısından il oldukça verimli olmasına rağmen, bugüne kadar bu alanda beklenen gelişme olmamıştır. Fakat son yıllarda ithalatın yasaklanmasıyla birlikte sektörde olumlu gelişmeler yaşanmaktadır. İthalatla birlikte adeta hayvancılığı terk etmeye başlayan üretici, son yıllarda

faaliyetlerini canlandırmaya başlamıştır. Bunu en önemli göstergesi, yöre insanının kooperatifleşmeye karşı olumsuz tavrı olmasına rağmen 1997 yılında 2 adet damızlık sığırcılık kooperatifi kurulmuş, 1998 yılında da 9 adet aynı amaçlı kooperatif kuruluş aşamasına gelmiştir. Hayvancılığın gelişmekte olduğunun bir diğer önemli göstergesi de, ırk ıslahı çalışmalarında yaşanan olumlu gelişmelerdir. 1990 yılında melez sığır sayısı 86 940'iken 1997 yılında bu sayı 135 339'a ulaşmıştır. Benzer biçimde genel olarak hayvan sayısındaki azalışa karşılık et üretimi 1990'da 13 854 ton iken bu rakam 1997'de 18 596'ya çıkmıştır. Bu da birim hayvandan elde edilen verimin arttığını gösterir ki, istenen de budur.

Su ürünleri kapsamında yöre açısından uygun üretim kültür balıkçılığı alanındadır. Suni yemleme ve dölleme kullanılarak havuzlarda, kafeslerde, kanallarda insan eliyle yapılan kültür balıkçılığı; ucuz istihdam, toprak değerlendirme, yem değerlendirme ve gelir yoluyla tarımın en avantajlı dallarındandır. 1997 yılı verilerine göre 30 işletmede 120 ton dolaylarında balık üretilmektedir.

Tarım diğer faaliyet alanlarından birisi olan arıcılık ise gereken ilgiye ulaşmamış ve buna bağlı olarak gelişme gösterememiştir. Arıcılığı desteklemek amacıyla Tarım İl Müdürlüğü tarafından hazırlanan Ana Arı Üretimi Projesi gelişerek devam etmektedir. 1997 yılında 89 olan ana arı üretimi 1998 de 170'e ulaşmış bulunmaktadır. Orman Bölge Müdürlüğü'nün görev alanı içerisinde Erzurum Ağrı, Erzincan, Ardahan, Iğdır ve Kars illeri yer almaktadır. Coğrafi konum açısından Erzurum ili de orman varlığı yönünden fazla zengin değildir. Türkiye arazilerinin %25'i orman arazisi konumunda iken, bu oran Erzurum'da ancak 0/08'e tekabül etmektedir (Karabulut, 1998).

Erzurum'da sanayileşme çabaları günümüze kadar olan dönemde istenen gelişmeyi gösterememiş, il hem kamu hem de özel sektör açısından uygun bir sanayi merkezi konumuna gelememiştir. 1979-1986 döneminde sanayinin alt sektörü olan enerji sektörü ilin GSYİH'sı içinde %0,98'lik bir paya sahip iken, madencilik sektörünün payı %1.45, imalat sanayinin payı da %24 olarak gerçekleşmiştir. İmalat sanayinin payında yıllar itibariyle dalgalanmalar olmasına rağmen, giderek arttığı görülmektedir. Ancak il imalat sanayinin katma değerinin Türkiye imalat sanayi katma değeri içindeki payı giderek azalmaktadır. İl de faaliyet gösteren imalat sanayi işletmelerinden %79'u tarıma dayalı sanayi işletmeleridir. Bu açıdan imalat sanayi tüketim malları üreten bir sanayi konumundadır. Genel olarak sanayi sektörü madencilik, enerji ve imalat olmak üzere üç

alt başlık altında incelenir. Madencilik açısından Doğu Anadolu Bölgesi ve Erzurum ili oldukça zengin maden kaynaklarına (krom, manganez, bakır, alçı taşı, diyatomit, kaya tuzu, mermer, manyezit, perlit ponza, linyit, tuğla-kiremit hammaddesine) sahiptir. İilde önemli ölçüde üretimi yapılan madenler ise linyit, krom ve tuzdur.

Elektrik, gaz ve su sektörlerinden oluşan enerji sektöründe il bazında gaz üretimi söz konusu değildir. İl elektrik enerjisi ihtiyacını ikinci enerji olarak nitelenen enterkonnekte sisteminden almaktadır. Mevcut enerjinin karşılandığı yerlere göre dağılımı şu şekildedir. Tortum, Keban, Arpaçayı, Erzincan ve Rusya ilin mevcut enerji tüketiminin %50-60'ını karşılayan Tortum Hidro Elektrik Santralinin 26. 2 Mw'lık kurulu gücünden yılda teorik olarak 220 milyon Kwh elektrik enerjisi üretmek mümkünken, üretimin ancak 125-150 milyon Kwh olarak gerçekleşmesi, ilin enerji açısından kendi kendine yeterli olmasına engel teşkil etmektedir. Doğu Anadolu Bölgesinde ve özellikle Erzurum'da bulunan en fazla enerji kaynağı da linyittir. Bu açıdan en fazla rezerv bulunan belde 59 milyon ton ile Horasan-Aliçeyrek ve 33. 7 milyon ton ile Hınıs Zımak'tır (Kurtulmuş, 1998).

İilde halen 69 sanayi kuruluşu faaliyet göstermektedir. Bu sanayi tesislerinde toplam 2809 kişi istihdam edilmektedir. Söz konusu bu sanayi tesislerinin 4'ü kamuya aittir. Kamuya ait tesislerde 1433, özel sektöre ait tesislerde ise 1376 kişi istihdam edilmektedir. Mevcut sanayi tesislerinin kapasite kullanım oranları %30 civarındadır. İilde 15'i inşaat halinde 11'i yarım kalmış ve 13 adet herhangi bir faaliyette bulunmayan, kapalı sanayi tesisi bulunmaktadır. İnşaat halinde olan tesislerden 3'ü 1998 yılı sonuna kadar üretime geçebilmek için çalışmalarını hızlandırmışlardır. Kalan 12 tesisin üretime geçebilmesi, kredi temin edebilmelerine bağlı bulunmaktadır. Yarım kalmış sanayi tesislerinden bir ya da ikisi kredi teminini başarabilirse üretime geçebilecek durumdadır.

Bölgeler arası dengesizliğin giderilmesi ve bulunduğu bölgeye uygun sanayiler yaratmada önemli fonksiyonları olan organize sanayi bölgeleri il ekonomilerinde önemli yerlere sahiptir. Bu açıdan hâlihazırda biri faaliyette bulunan ve ikincisi de kuruluş aşamasında olan iki organize sanayi bölgesi mevcuttur.

1. Erzurum Merkez Organize Sanayi Bölgesi:1975 yılında faaliyete geçen ve 110 hektarlık bir alanda kurulu organize sanayi bölgesinde mevcut 83 parselin tamamı 68 firmaya tahsis edilmiştir. Bölgede şu anda faal olan firma sayısı 45'tir. Bu firmalardan 43'ü üretime yönelik faaliyette bulunurken, 2 tanesi de basın-yayın alanında faaliyet

göstermektedir. Geriye kalan 23 firmadan 11'i inşaat halinde, 3'ü kapalı 7'si yarım kalmış, 1'i depo konumundadır ve 1 firma da proje aşamasında bulunmaktadır (DPT, 2003).

2. Erzurum İkinci Organize Sanayi Bölgesi:Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nın kredi desteği ile kurulan ve 1975 yılında faaliyete geçen organize sanayi bölgesinin tüm parsellerinin müteşebbislere tahsis edilmesi ve yaklaşık 50 müteşebbisin yatırım yapmak amacıyla Organize Sanayi Bölge Müdürlüğü'ne yaptıkları arsa talepleri üzerine Erzurum Valiliği 19. 02. 1997 tarih ve 289 sayılı yazısıyla Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'ndan ikinci organize sanayi bölgesinin yatırım programına alınmasını talep etmiştir. İlde 2. Organize Sanayi Bölgesi'nin yatırım programına alındığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığının 25. 03. 1998 tarih ve 2443 sayılı yazılarıyla kesinlik kazanmıştır. Kuruluş çalışmaları müteşebbis teşekkül tarafından yürütülen 2. Organize Sanayi Bölgesi yer seçimi çalışmalarını tamamlamak üzeredir.

Bütün bunların yanı sıra Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nın kredi desteği ile tamamlanmış 2 adet küçük Sanayi Sitesi'nden merkez ilçede 722, Oltu Küçük Sanayi Sitesi'nde de 150 işyeri bulunmaktadır. Ilıca yolu üzerindeki 5. 5 Metal İşyerleri Küçük Sanayi Yapı Kooperatifi ise 1998 yılında faaliyete geçmek üzere çalışmalarını hızlandırmıştır. Aşkale, Horasan, Pasinler ve İspir'de yapılacak olan Küçük Sanayi Siteleri'nin yer seçim işlemleri tamamlanmış olmasına rağmen bu ilçelerdeki sanayi sitelerinin inşaatlarına henüz başlanmamıştır. Bugün Erzurum'da toplam 625 kooperatif, 228 anonim şirket ve 920 limited şirket bulunmaktadır.

Erzurum ili hizmetler sektörünü; ulaştırma, inşaat, turizm, bankacılık, eğitim, sağlık ve ticaret sektörü olarak yedi alt başlık altında incelemek mümkündür. Ulaştırma sektörü; kara, hava, deniz ve demiryolları taşımacılık faaliyetleri ile haberleşme, radyo ve televizyon sistemlerinin teknik, ekonomik ve sosyal gereklere uygun olarak kurulup geliştirilmesi ve yürütülmesi faaliyetlerini kapsar.

Erzurum'da diğer illere taşımacılık faaliyeti karayolu, havayolu ve demiryolu ile yapılmaktadır. Bunlardan en önemlisi karayoluyla yapılan taşımacılıktır. Erzurum İl sınırları içinde 1125 km. devlet, 563 km. il yolu olmak üzere toplam 1688 km kara yolu mevcuttur (Easterly, 2002).

İl sınırları içerisindeki demiryolu ağı 200 kilometredir. İlin Erzincan, Malatya ve Kars illeriyle doğrudan bağlantısı vardır. Ayrıca Doğu Ekspresinin, Kars-Haydarpaşa

arasındaki yolculuğu da ilden geçmektedir. Türkiye genelinde olduğu gibi, demiryollarında çalışacak kalifiye eleman eksikliği yanında, bölgedeki demiryolu ağı ile mevcut araçlar Çağın gerektirdiği teknolojik özelliklere sahip değildir. İlden THY ile Ankara bağlantılı İstanbul, Adana, Antalya, İzmir, Diyarbakır, G. Antep, Bodrum ve Dalamana uçak seferleri yapılmaktadır. Ayrıca bir özel havayolu şirketi(İstanbul Havayolları) ile Erzurum İstanbul direk seferleri de yapılmaktadır. İlden Ankara ve İstanbul bağlantılı bazı yurtdışı merkezlere de seferler yapılmaktadır. Bu merkezler, Abu Dabi, Almatı, Amman, Amsterdam, Atina, Bahreyn, Bangkok, Beyrut, Berlin, Bişkek, Kahire, Köln, Duesseldorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Lefkoşa, Münih, Nuremberg, Riyad, Stuttgart ve Taşkent'tir. Ayrıca 1997-1998 kış sezonunda Kış Sporları Merkezi konumuna gelen Erzurum'a Perşembe ve Pazar günleri İstanbul-Erzurum-İstanbul direk uçak seferleri de başlamış bulunmaktadır. Ulaşımındaki bu kolaylık kış turizmi açısından önemli bir gelişmedir (Seçkin ve Ökten, 2009).

Erzurum'un uluslararası karayolu(E-80) üzerinde bulunması Kuzeydoğu Anadolu'nun ekonomi, ticaret, kültür, ulaşım ve tarım merkezi olması dolayısıyla iç ve dış turizm bakımından önemi büyüktür. Erzurum özellikle Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ile Doğu Anadolu bölgesinin sağlık altyapısı açısından merkezi konumundadır. Dolayısıyla Kars, Ardahan, Iğdır, Ağrı, Van, Muş, Bitlis, Siirt, Erzincan, Tunceli, Bayburt, Gümüşhane ve Artvin illerine Erzurum mevcut sağlık imkânlarıyla hizmet vermektedir.

3.3. Erzurum İlinde Hastaneler

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü 2010 yılı kayıtlarına göre; Erzurum'da 1 Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 17 Devlet Hastanesi, 1 Üniversite Hastanesi, 2 özel hastane olmak üzere 20 adet yataklı hastane mevcut olup, bu hastanelerdeki yatak kapasitesi 3.239 kişidir. Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bitirilmiş olması ve yatak kapasitesinin de 400'den 600'e çıkarılması, yeni açılmış olan ilçe hastaneleri ve helikopter ambulansının Erzurum'da bölgeye hizmet vermeye başlaması sağlık alanındaki olumlu gelişmelerdendir.

1991 yılında üniversite araştırma hastanesi olarak yapımına başlanan daha sonra Sağlık Bakanlığına devredilen eğitim ve araştırma hastanesi inşaatı devam etmektedir. İlde aile hekimliği sistemi uygulanmakta olup, aile sağlık merkezi başına düşen nüfusa

göre iller incelendiğinde; Bayburt ilinde merkez başına düşen hasta sayısının en az, Erzurum ilinde ise en fazla olduğu görülmektedir. Erzurum sağlık hizmetleri bakımından Doğu Anadolu Bölgesi'nin merkezi konumundadır. Bu özelliği dolayısıyla, özellikle kent merkezinde oluşan insan hareketliliği ekonomik ve sosyal yönden kente katkılar sağlamaktadır. Ayrıca Erzurum'da hizmete giren Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) çağrı merkezinin il istihdamına katkısı da önemli düzeydedir (Erzurum Valiliği Sanayi ve Ticaret İl Müdürlüğü, 2002).

Bölgede sağlık sektörüne kamu yatırımlarının yoğunlaşması ve Erzurum'da Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılması planlanan Kampus Hastaneleri projesinin de hayata geçmesi ile beraber katma değeri yüksek tıbbi malzeme ve ekipmanların kullanımı da artacaktır. Sağlık alanında ilerlemiş altyapısı bölgede Erzurum'u İran, Gürcistan ve Azerbaycan gibi komşu ülkelere de hizmet verebilecek seviyeye getirmiştir. Bölgede jeotermal şifalı suların mevcut olması bu potansiyelden sağlık alanında yararlanılabileceği sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Ayrıca bölge Türkiye ortalamasının üstünde bir rakımda bulunması ve yaz mevsiminde serin geçen farklı bir iklime sahip olması nedeniyle biyoklimatik konforun yüksek olduğu alanlar sunabilmektedir. Yaz aylarında sıcaklık stresinden olumsuz etkilenen özellikle yaşlı ve hastaların tercih edebileceği çevre ve altyapı imkanlarına sahip alanlar bölge içerisinde mevcuttur.

Kırsal ve kentsel nüfus içinde giderek artan yaşlı nüfusun bakım ve rehabilitasyonunun sağlanabileceği ortamların mevcut olmaması sağlık sektörünün problemleri arasında sayılabilir.

Erzurum'daki belli başlı hastaneler şunlardır

3.3.1. Araştırma Hastanesi

1958 yılında kurulan Atatürk Üniversitesine bağlı Tıp Fakültesi 11 Şubat 1966'da açılmış ve 11 Nisan 1966'da öğretime başlamıştır.

28 Eylül 1968 tarihinde temeli atılan Araştırma Hastanesi, daha sonraki yıllarda çeşitli bölümleri tamamlanmak suretiyle bugünkü durumuna gelmiştir. Bölgenin en eski ve en büyük üniversite hastanesi olması ve komşu illerde başka bir büyük hastanenin olmaması nedeniyle oldukça büyük bir nüfusa sağlık hizmeti vermektedir. Erzurum'un yanı sıra Kars, Ağrı, Erzincan, Iğdır, Bingöl gibi yakın illerden birçok insan Araştırma Hastanesinin hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Araştırma Hastanesi 57'si hususi yatak olmak üzere toplam 650 yatak kapasitesiyle yoğun bir hasta talebine karşı hizmet sunmaktadır. Araştırma Hastanesinde 227 akademik personel görev yapmaktadır. Fakültede görevli personelin 8 adet laboratuvar 2 adet konferans salonu, 4 adet toplantı salonu, 6 adet kütüphane ve 16 adet atölyesiyle hizmet sunmaktadır. Hastanede 32 adet anabilim dalı bulunmaktadır. Bu birimler şunlardır:

- Acil Tıp Anabilim Dalı

3 doçent 4yardımcı doçent

- Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1 profesör ve 4 yardımcı doçent olmak üzere beş öğretim üyesinden oluşan bir eğitim kadrosuna sahiptir. Biri rotasyonel olmak üzere 8 araştırma görevlisi ve 1 sekreter vardır. Toplam personel sayısı 14'dür.

- Beyin Cerrahi Anabilim Dalı

6 öğretim üyesi, 7 araştırma görevlisi, 15 hemşire ve 17 personel ile yıllık yaklaşık 1500 hastaya yataklı, 15000 hastaya ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir. Anabilim Dalı 56 yataklı klinik, 7 yataklı Yoğun Bakım Ünitesi, 1 adet derslik ve 1 adet poliklinikten müteşekkildir.

- Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

1 Profesör, 1 Doçent, 1Yardımcı Doçent, 2 Araştırma Görevlisi, 5 Hemşire, 6 Personel, 2 Sekreter den oluşan personel kadrosuna sahiptir. 15 hasta yatağı ve 3 kuvözle hizmet vermektedir.

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doğu Anadolu'nun tümüne hizmet veren bir referans merkezi konumundadır. Anabilim dalına bağlı 7 bilim dalında 15 öğretim üyesi ile birlikte Eğitim- Araştırma ve Hasta Hizmetleri sürdürülmektedir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yılda 40000 poliklinik, 29500 Acil poliklinik yapılmakta 5000 yatan hastaya hizmet verilmektedir.

- Dermatoloji Anabilim Dalı

4 profesör, 1 doçent ve 2 yardımcı doçent ile 25 adet klinik yatak ile hizmet vermektedir.

- Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Anabilim Dalında 3 profesör, 3 yardımcı doçent olmak üzere 6 öğretim üyesi, 6 araştırma görevlisi, 6 hemşire ve 9 personel görev yapmaktadır. Servisi 33 yatak kapasitelidir.

- Farmakoloji Anabilim Dalı

Anabilim Dalında 2 profesör, 2 doçent ve 1 yardımcı doçent olmak üzere 5 öğretim üyesi görev yapmaktadır.

- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Şu anda Yakutiye Araştırma Hastanesi Ek binada Spor Hekimliği ve Romatoloji Bilim Dallarını ile birlikte 55 yatak kapasitesi ve yatan hasta ve ayaktan tedavi için ayrılmış tedavi üniteleriyle hizmet vermektedir. 5 profesör, 1 doçent olmak üzere 6 öğretim üyesi, 8 araştırma görevlisi ve uzman, 2 fizyoterapist ve ayrıca 7 hemşire ve 7 personel ile görev yapmaktadır.

- Fiziyojoloji Anabilim Dalı

1 profesör ve 2 yardımcı doçent ile görev yapmaktadır. 2 öğrenci laboratuvarı ve 3 araştırma laboratuvarı ile hizmet sunmaktadır.

- Genel Cerrahi Anabilim Dalı

3 profesör, 2 Doçent, 2 Yardımcı Doçent, 5 Araştırma Görevlisi, 29 Hemşire, 16 Personel, 9 Sekreter ve 8 temizlik elemanından oluşan personel kadrosuna sahiptir.

- Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Anabilim Dalı 29'u servis ve 4'ü yoğun bakım olmak üzere toplam 33 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Halen Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında 1 profesör ve 1 yardımcı doçent görev yapmakta olup 2 araştırma görevlisi tıpta uzmanlık eğitimi görmektedir.

- Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

3 profesör, 2 Doçent, 2 Yardımcı Doçent ile görev yapmaktadır.

Göğüs Hastalıkları servisinde toplam 30 yatak mevcuttur. Gerek Doğu Anadolu bölgesinin sosyal ve coğrafik yapısından kaynaklanan nedenlerle, gerekse fakülte hastanesinin bölgede referans bir merkez olma konumu itibari ile, özellikle kış aylarında daha fazla olmak üzere yoğun bir yatak talebi ile karşı karşıya kalınmakta ve sürekli olarak yüzde yüz doluluk oranı ile çalışılmaktadır. Yıllık bakılan hasta sayısı yaklaşık 1000 civarındadır. Göğüs Hastalıkları polikliniğine ise günde ortalama 30 – 40 ayaktan başvuru olmaktadır. Yıllık olarak hizmet verilen hasta sayısı 5000 – 6000 arasında değişmektedir.

- Göz hastalıkları Anabilim Dalı

Göz hastalıkları servisinde iki profesör, iki doçent, 1, yardımcı doçent olmak üzere toplam beş akademik personel çalışmaktadır. Klinikde yedi araştırma görevlisi, 5 Hemşire, 5 Personel çalışmaktadır. Servis 27 yatak kapasitelidir.

- Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1 profesör, 1 Doçent, 3 Yardımcı Doçent, 5 Araştırma Görevlisi, 2 Personel, 1 Sekreterden oluşan personel kadrosuna sahiptir.

- Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Anabilim Dalında 1 Profesör, 1 Doçent, 1 Adet Uzman ve 3 Araştırma Görevlisi çalışmaktadır. Günümüzde anabilim dalında Işık mikroskobu hazırlık laboratuvarı, Elektron mikroskobu hazırlık laboratuvarı, İmmünohistokimya hazırlık laboratuvarı, Elektron mikroskobu görüntüleme laboratuvarı, Embriyoloji Laboratuvarı, Kök Hücre Laboratuvarı mevcuttur.

- İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Anabilim Dalı 47 doktor, 60 hemşire, 40 personel, 16 sekreter ile hizmet vermektedir.

İç Hastalıkları Anabilim Dalı toplam Yatak Sayısı 213 dür.

- Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

10 akademik personel, 18 hemşire, 6 sekreter, 20 yardımcı personel ile çalışmaktadır. Anabilim dalında toplam 63 yatak bulunmaktadır.

- Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

5 profesör, 1 Yardımcı Doçent, 7 Araştırma Görevlisi, 2 Hemşire, 15 Personel, 9 Sekreter ve 3 perfüstyonist elemanından oluşan personel kadrosuna sahiptir. 37 klinik yatağı, 16 yoğun bakım yatağı ve 3 izolasyon yatağı ile hizmet vermektedir

- Kardiyoloji Anabilim Dalı

10 Öğretim Üyesi 1 Uzman Öğretim Üyesi 10 Araştırma Görevlisi 8 Sekreter 21 Hemşire 28 Personel ile hizmet vermektedir. Anabilim Dalında toplam 119 yatak bulunmaktadır.

- Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Anabilim Dalında 3 profesör, 1 Doçent ve 12 doktor hizmet vermektedir.

- Nöroloji Anabilim Dalı

1 profesör, 2 Doçent, 1 Yardımcı Doçent, 9 Araştırma Görevlisinden oluşan personel kadrosuna sahiptir. 3 laboratuvar ile hizmet vermektedir.

- Nükleer Tıp Anabilim Dalı

Anabilim Dalındaki Akademik Personel: 2 Doçent doktor, 2 Yardımcı doçent doktor, 2 Araştırma görevlisi doktor, 1 Okutman (Kimya Mühendisi)

İdari Personel: 3 Sekreter, 6 Teknisyen, 3 Hemşire, 1 Koordinatör, 1 Temizlik Personelidir

- Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

3 profesör, 1 Yardımcı Doçent, 11 Araştırma Görevlisi ve 2 doktordan oluşan personel kadrosuna sahiptir. Yılda ortalama 1500 operasyon yapılmaktadır. 2012 itibarıyla 75 uzman yetiştirilmiştir.

- Patoloji Anabilim Dalı

3 profesör, 4 Yardımcı Doçent, 8 Araştırma Görevlisi 2 uzman 1 sekreter, 3 teknisyenden oluşan personel kadrosuna sahiptir.

- Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Anabilim Dalı

1 Doçent, 1 Yardımcı Doçent, 7 Araştırma Görevlisi ile hizmet sunmaktadır.

- Radyoloji Anabilim Dalı

5 profesör, 1 Doçent, 4 Yardımcı Doçent, 9 Araştırma Görevlisi 15 personel 4 hemşire, 37 teknisyenden oluşan personel kadrosuna sahiptir.

- Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

8 profesör, 1 Doçent, 1 Yardımcı Doçent, 15 Araştırma Görevlisi 50'ye yakın yardımcı personeli ile hizmet vermektedir.

- Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

1 Yardımcı Doçent, 1 doktor, 2 biyolog ve 3 laboratuvar teknikeri ile hizmet vermektedir.

- Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

1 Doçent, 1 Yardımcı Doçent, 4 Araştırma Görevlisi bu anabilim dalında hizmet vermektedir.

- Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

6 profesör,2 Doçent, 9 Araştırma Görevlisi, 1 sekreter, 1 biyolog, 7 sağlık teknisyeni, 1 hemşire, 3 sağlık teknisyen yardımcısından oluşan personel kadrosuna sahiptir.

- Üroloji Anabilim Dalı

Üroloji Anabilim Dalımız, hizmet verdiği 45 yılda 70 uzman doktor yetiştirmiştir. Modern ürolojik uygulamaların gerektirdiği bütün olanaklar Anabilim Dalı bünyesinde bulunmaktadır. 5 Profesör, 1 doçent, 2 yardımcı doçent doktor ve 11 araştırma görevlisi, 10 hemşire, 3 sekreter ve 3 yardımcı personel ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi bünyesinde 48 yatak kapasiteli klinikte hizmete devam etmektedir. Anabilim Dalı polikliniğine yıllık ortalama 20000 hasta başvurmakta bunların yaklaşık 3000'i yatarak tedavi görmektedir. Taşkıma (ESWL) ünitesine yıllık olarak ortalama 1500 hasta başvurmakta ve tedavileri yapılmaktadır (WEB_5, 2013).

3.3.2. Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi

T.C Sağlık Bakanlığı Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi 1959 yılında 35 yataklı olarak kiralık bir binada o zaman ki adıyla "Erzurum SSK. Hastanesi" olarak hizmete açılmış; 1969 yılında da halihazırda kullanılmakta olan şimdiki binaya taşınmıştır. Uzun yıllar tamir ve tadilat görmeyen bu binada yıpranma ve eskimeler olduğundan 1999 yılı Aralık ayında genel onarıma başlanılmış,2005 yılı Haziran ayında da onarım tamamlanmıştır.

Hastane 2005 yılı Şubat ayına kadar SSK Erzurum Bölge Hastanesi olarak hizmet sunmuş; 19/01/2005 tarih, 25705 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 06/01/2005 tarih ve 5283 sayılı" Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine dair kanunun gereği olarak 20/02/2005 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve Bakanlığımızda hastanenin adını "T.C. Sağlık Bakanlığı Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi" olarak belirlemiştir.

Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi 2005 yılında alımı yapılan tıbbi cihaz, araç ve gereçlerle, modern tıbbın gerektirdiği en son yeniliklerle yöre halkına en iyi hizmeti sunmayı ilke edinmiştir.

Tablo 1. Hastanenin Genel Personel Dağılımı

Hastane Yöneticisi	1
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	1
İdari ve Mali İşler Müdürü	1
Baştabip Yard	2
Müdür Yard	2
Uzman Hekim	43
Pratisyen Hekim	9
Diş Tabibi	6
Eczacı	3
Psikolog	2
Hemşire	115
Laborant	20
Anestezi Tek	9
Radyoloji Tek	18
Ebe	1
Diğer Personel	199

Yatarak Tedavi Hizmeti Verilen Birimler

Kardiyoloji, Dahiliye, İntaniye, Genel Cerrahi, Ortopedi Ve Travmatoloji, Nöroloji, Psikiyatri, Üroloji, Beyin Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Yoğun Bakım, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Göz Hastalıkları

Hastane ayrıca 15 birimde poliklinik hizmeti verilmektedir ve 250 yatak kapasitelidir(WEB_6, 2013).

Tablo 2. Personel Durumu

Ünvanı	Sayısı
Hastane Yöneticisi	1
Sağlık Bakım Hizmet Müdürü	1
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	1
Baştabip Yard.	2
Müdür Yard.	2
Uzman Tabip	43
Tabip	11
Diş Tabibi	6

Eczacı	4
Diyetisyen	-
Psikolog	2
Şef	2
Hemşire	115
Laborant	20
Anestezi Tek.	9
Radyoloji Tek.	18
Ebe	1
Diğer Personel	199

3.3.3. Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sağlık Bakanlığı tarafından yapımına 2005 yılı Ağustos ayında başlanan ve 128 bin 802 metre karesi kapalı alan olmak üzere toplam 149 bin 986 metrekare alan üzerine kurulan Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğu'nun en büyük sağlık merkezi ünvanına sahip olup, yapım aşamasında bin 300'ü kalıcı toplam dört bin işçinin görev aldığı bina 2 yıl gibi kısa bir sürede tamamlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığının müşterek çalışmaları sonucu oluşturulan "Hastane Okulu Projesi" kapsamında, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi görmekte olan çocuk hastalar için de yataklı çocuk servisinde hastane okulu hizmet vermektedir. 2 öğretmen tarafından yürütülen uygulama sayesinde hastalıkları nedeniyle eğitim ve öğretimlerine ara vermek zorunda kalan çocukların, derslerinden geri kalmamaları sağlanmaktadır.

Tıbbi hizmet ve diğer hizmet alımlarının ihale usulüyle yapıldığı hastane de 14 adet genel, 1 adet acil, 5 adet gününbirlik yanık cerrahi ameliyathanesi olmak üzere, toplam 21 adet ameliyathane yer almaktadır. Bu özelliğiyle de Sağlık Bakanlığı'nın bölgede cerrahi müdahalelerde yaşanan birçok sıkıntıya çözüm amaçlı olarak sunduğu yatırımların en büyüğü olma vasfını taşımaktadır.

Yanık Tedavi Merkezi ve Diyaliz Merkezi gibi iki önemli üniteyi içinde barındıran, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 cerrahi yoğun bakım, 1 genel yoğun bakım, 1 pediatrik yoğun bakım, 1 koroner yoğun bakım olmak üzere toplam 5 yoğun bakım odası ve bu odalarda toplam 48 hasta yatağı mevcuttur.

Özellikle Türkiye'de eksikliği büyük ölçüde hissedilen Yanık Merkezi başta olmak üzere, toplam 12 cerrahi servisin yer aldığı hastanede sadece cerrahi servislerde hastalara tahsis edilen yatak sayısı 268 adettir.

Toplam 12 dahili servisin yer aldığı dahili branşlarda ise; toplam 233 adet hasta yatağı mevcut olup ayrıca bu servislerde 2 şer adet "**tutuklu - mahkum**" hasta odası ve "**kuduz karantina**" odaları yer almaktadır.

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayrıca, 41 yatak kapasiteli 1 yeni doğan çocuk odası, 12 yatak kapasiteli 1 travma acil müşahede odası ve 10'ar yatak kapasiteli 1'er dahili acil bay ve bayan müşahede odası bulunmaktadır.

Hastanede ayrıca 8 süit hasta odası, 179 tek kişilik hasta odası ve 115 adet de iki kişilik hasta odaları yer almaktadır. Hemodiyaliz ünitesinde ise toplam 5 odada 28 hastaya sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Son teknoloji kullanılarak oluşturulan Nükleer Tıp ünitesinin yanı sıra 7 röntgen, 1 MR, 2 Gama Camera, 2 Tomografi, 2 Anjiyografi ünitesi ve vakumlu sistemle dizayn edilmiş kan merkezi mevcut durumdadır.

8 Adet acil çıkış kapısı bulunan hastanenin, 20'si hasta, 9'u hizmet, 1'i de ameliyathane asansörü olmak üzere toplam 30 asansörü bulunmaktadır. 500 adedi kapalı, 250'si açık, 630 adedi ise çevre otoparkı olmak üzere toplam 1380 araçlık otoparka sahip olan, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerleşkesinde ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan "**Ambulans Helikopter**" projesi kapsamında hizmet veren helikopter, heliport ve hangar bulunmaktadır.

Ayrıca 300 kişilik modern bir konferans salonuna sahip olan hastanede uygulanan elektronik sistem sayesinde içeride gerçekleşmekte olan konferansın görüntüsü hem bina içerisindeki kapalı devre televizyonlara hem de telekonferans sistemiyle bina ve il dışına aktarılmaktadır.

Hastanede 55 branşta 240 doktor ve 27 asistan hizmet vermektedir.

Hastanenin Numune Ek Hizmet Binası ve Nihat Kitapçı Ek Hizmet Binası olmak üzere iki adet ek hizmet binası bulunmaktadır.

3.3.3.1. Nihat Kitapçı Ek Hizmet Binası

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları Ek Hizmet Binası iki bloktan oluşmaktadır. A blok 5 kattan ibaret olup, yataklı servisler, mutfak, ısıtma sistemi merkezini, B blok ise idari kısım, poliklinikler, eczane ve laboratuvar bölümlerini içermektedir (WEB_7, 2013).

3.3.3.2. Erzurum Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi

Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi 06.05.2002 tarihinde Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları hastanesinin B Bloğunda faaliyetine başlamıştır. 2002 yılında 75 yatakla faaliyete başlayan hastaneye 2006 yılında ek bina yapılmıştır. 2006 yılının sonunda yeni bir servis olan yeni doğan servisi açılmıştır. Bu servis 20 kuvöz, 15 bebek kotu olmak üzere toplam 35 yatak kapasitelidir. Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum servisinin yatak kapasitesi 75 den 115 e çıkarılmıştır. 2007 yılının başında toplam olarak hastane yatak kapasitesi 150 ye ulaşmıştır. Bu 150 yatağın 115'i Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine 35'i ise Yeni Doğan Servisine aittir. Hastane 13 branşta hizmet vermektedir(WEB_8, 2013).

3.4. Erzurum'daki Özel Hastaneler

Özel Şifa Hastanesi

Özel Buhara Hastanesi

1996 yılında Buhara Sağlık Hizmetleri özel sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. 1 yıl gibi kısa bir sürede gelişerek; medikal, eczane ve ambulans hizmetleri alanlarında da açık hizmete başlamıştır. 2005 yılında Dr. Serdar KÖMEÇ tarafından devranılan Buhara Tıp Merkezi şu anda Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz, Dahiliye, Genel Cerrahi, Üroloji, Nöroloji, Göz, Diyetisyen, Algoloji(ağrı Polikliniği), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Ortopedi, Cildiye, Ultrason, Laboratuvar ve Radyoloji branşlarında 10 tam zamanlı ve yarı zamanlı hekimleri ile 24 saat hizmet vermektedir. Tıp Merkezi hali hazırda 90'ı bulan personel sayısı ile hizmet vermektedir(WEB_9, 2013).

3.5. Erzurum İlindeki Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştırılması

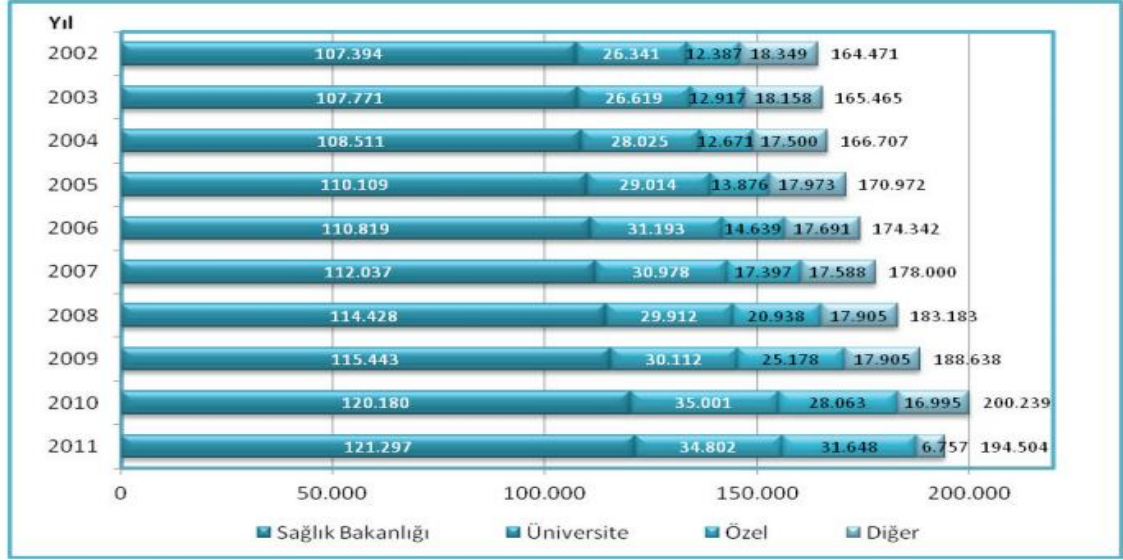
Erzurum'daki hastaneleri incelediğimizde karşımıza Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler üniversite hastanesi ve özel hastaneler çıkmaktadır. Erzurum'daki hastaneleri karşılaştırmadan önce Türkiye genelinde 2011 yılı sağlık personelinin sektörlere göre dağılımına bakalım(WEB_10, 2013).

Tablo 3. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı (2011)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	32.623	13.094	20.347	66.064
Pratisyen Hekim	33.523	277	5.912	39.712
Asistan Hekim	7.236	13.017	0	20.253
Toplam Hekim	73.382	26.388	26.259	126.029
Diş Hekimi	7.225	1.134	12.740	21.099
Eczacı	1.891	245	23.953	26.089
Hemşire	89.314	17.530	18.138	124.982
Ebe	46.944	663	4.298	51.905
Diğer Sağlık Personeli	82.201	7.011	21.650	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.295	8.991	18.840	209.126
TOPLAM PERSONEL SAYISI	482.252	61.962	125.878	670.092

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo incelendiğinde sağlık personelinin sektörlere dağılımında en büyük hisse 482.252 ile Sağlık bakanlığına aittir. Personel sayısında ikinci sırayı 125.878 ile özel sektör takip etmektedir. Üniversite hastaneleri ise 61.962 ile son sırada yer almaktadır. Türkiye genelinde yıllara göre hastane yatağı sayısının sektörlere dağılımına ise aşağıdaki gibidir(WEB_10, 2013).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

Tabloya göre yıllar geçtikçe hastane yatak sayıları artmıştır. Bu durum ülkenin ekonomik gelişimi ile doğru orantılıdır. Ayrıca hastane yatak sayıları açısından Sağlık Bakanlığının hastaneleri Üniversite ve özel hastanelere göre oldukça fazladır. Sağlık Bakanlığı'nın ardından ikinci sırayı üniversite hastaneleri almıştır. Şimdi de Erzurum'daki hastanelerin kurumlara göre yatak sayısını ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısını inceleyelim

Tablo 4. Erzurum'un Hastanelerinin kurumlara göre yatak sayısı ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı

TOPLAM		SAĞLIK BAKANLIĞI		SSK		ÜNİVERSİTE		ÖZEL		10.000 nüfusa düşen yatak sayısı
Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	Kurum	Yatak	
14	3100	10	1450	2	355	1	1250	1	45	32

*Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı 2004

Tablo incelendiğinde yatak sayısı en fazla olan kurum Sağlık Bakanlığıdır. Özel Hastaneler ise Türkiye geneline paralel olarak en son sırada yer almaktadır. Üniversite

hastaneleri yatak kapasitesi bakımından özel hastanelerden daha iyi bir konumda bulunmaktadır.

3.6. Erzurum İlindeki Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştırılması

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı hayatın devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının büyük önem taşıdığını belirtti. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmalarda insan odaklı sağlık hizmetinin planlanarak 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' çerçevesinde daha hızlı, kaliteli ve eşit sağlık hizmeti sunulmasının hedeflendiğini ifade eden Doç. Dr. Erdoğan, söz konusu hizmetin sunulması için, uygun fiziki mekanlara, yeterli donanımla araç-gerece ve bu imkanları etkili ve verimli kullanacak nicelik ve nitelikte insan kaynağına ihtiyaç olduğunu vurguladı (Emsen, 1994).

Bilimi, sağlığa uygulamak için teknik eleman şarttır. İnsan kaynağını; yeterli sayıda, çağdaş normlara göre yetiştirilmiş, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten sağlık çalışanları olarak tanımlayan Erdoğan, sözlerini şöyle sürdürdü: "Sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık hizmetleri içinde değişik kategorilerde yetişen bu sağlık personelinin, iş bölümü açısından disiplin-içi ve disiplinler-arası işbirliği yapması gerekmektedir. Sağlık sektöründe kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılar nitelikte olabilmesi için, insan gücü planlamasına ihtiyaç vardır. Dünyada hızla gelişen teknolojinin tıpta ve tedavi alanında kullanılmaya başlanması, gelişen teknolojiye bağlı olarak, ticari işletmelerin mal ve hizmetlerinin zamanında ve kaliteli olarak üretilmesi, tüketiciye ulaştırılması, teknolojiden anlayan ve uygulayabilen ara insan gücüne (teknik eleman) ihtiyaç olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık sistemini belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun ihtiyaç ve taleplerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin, toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu, tedavi edici etkinliklerle sağlamak amacıyla ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem haline getirmek gereklidir (Gökçe, 2005).

Konferansa Erzurum Sağlık İl Müdürü Doç Dr. Serhat Vançelik'in yanı sıra, hastane başhekimleri, doktorlar, sağlık çalışanları ve Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencileri iştirak etti.

3.7. İldeki Sağlık Kuruluşlarının Gelişimi

Özel sağlık sektörü Cumhuriyetten önce var olmuş ve 1933 yılında çıkartılan Hususi Hastaneler Kanunu ile de daha geniş bir çerçeve kazanmıştır. 1930'lu yıllarda sağlıkta özel sektör; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel hastaneler olarak anlaşılmaktaydı.

1960-70'lerde özel sektör ise ağırlıklı olarak Devlet, SSK ve Tıp Fakültelerini tamamlayan muayenehaneler, kısmen gelişen laboratuvar ve röntgen üniteleridir. Özellikle 1980'li yıllarda poliklinik ve dispanser tarzında özel sektör kuruluşları il merkezlerinde ve ilçelerde hızla kurulmuştur.

1985-1990'lı yıllarda ise özel hastaneler hızla artmıştır. Büyük şehirlerde özellikle merkezi yerlerde (İstanbul'da ilçelerde bile) 3-4 hastane açılmış bulunmaktadır. 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5 inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkan tanımıştır. Bununla hastanelerin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışı ile hizmet veren kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve kendi personelini ihtiyaçları doğrultusunda planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, idarî ve malî yönden özerk, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar haline getirilmesi amaçlanmıştır (Başkaya, 1994).

3.8 Özel Hastanelerin Türleri, Temel Özellikleri ve Gruplandırılması

Türler

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir.

Genel Hastaneler

Sağlık Bakanlığının 27.3.2002 tarih, 24708 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile öngörülen asgarî bina, tesis, hizmet ve personel standartlarını haiz; birden fazla uzmanlık dalında sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbî teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren,

ruhsatında yazılı olup hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler ile acil ve yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları bulunan ve tam gün faaliyet gösteren özel hastanelerdir.

A grubu Hastaneler: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi en az elli olan, en az beş farklı dahili ve beş farklı cerrahi uzmanlık dalı da tam gün kadrolu uzman tabip çalışmak suretiyle sağlık hizmeti veren ve asgarî 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 asgarî radyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji ve patoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastanelerdir.

B grubu Hastaneler: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi otuz ilâ 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 asgarî 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.

C grubu Hastaneler: Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi on ilâ 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.

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, tıbbî 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 (Larrain, 1995).

3.9. Sektörün Güncel Durumu

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Toplam 1.243 hastanenin 754'ü hasta yataklarından 87.564'ü Sağlık Bakanlığı'na aittir. Bu hastanelerin yatak işgal oranı %60'dır. SSK ise 118 hastane'de 28.517 yatakla hizmet vermektedir. 239 özel hastane ise toplam 11.939 yatağa sahiptir.

Bu kurumların hizmet verdiği nüfus ve rejimi, birbirlerinden önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların ayrı ayrı olması etkili bir eşgüdümü ve dolayısıyla hizmet sunumunu zorlaştırmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti satın alırken çok farklı ölçütler kullanılıyor olmaları farklı nitelikte hizmetlerin satın alınmasına yol açmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sistemi gerek hizmet arzı gerekse hizmet talebi açısından önemli çeşitlilikler göstermektedir. Özel ve kamu sektöründeki değişik kurumlar tarafından birinci ve ikinci basamak hizmetler sunulurken, hizmet alımında da sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki kısma ayrılmaktadır. Bunun yanı sıra kişi başına yapılan yıllık sağlık harcamasının, Ülkemizde 150- 200 Dolar arasında olduğu tahmin edilirken, bu rakam OECD ülkelerinden yaklaşık on kat daha fazladır.

Nüfusumuzun yaklaşık % 70'i sağlık güvencesi kapsamı içinde bulunmaktadır. Yani nüfusumuzun yaklaşık üçte biri sağlık sigortası sistemi dışındadır. Bunun yaklaşık % 33'ü SSK, % 16.8'i Bağ-Kur ve % 18.5'i Emekli Sandığı ve diğer çeşitli devlet memurluğu şeklindedir. Ayrıca nüfusun yaklaşık % 17.1'i yeşil kart kapsamındadır. Bugün gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan unsuruna yapılan yatırım olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırım "üretken yatırım" olarak kabul edilmektedir (Alabulut, 1996).

3.9.1. Özel Hastanelerin 1990-2000 Yılları Arasındaki Artış Nedenleri

1. Özellikle 1985-1992 yılları arasında sağlık kuruluşlarına getirilen teşvik tedbirleri. Yine 1994 sonrasında getirilen yatırım teşvik tedbirleri sağlığın yatırım yapabilecek bir alan olarak görülmesine neden olmuştur.

2. Devlet ve SSK'nın yataklı ve ayaktan tedavi hizmetlerinin kalitesinin yetersizliği bu hizmete ulaşmadaki güçlük, hizmeti almadaki gecikme vb. nedenlerle SSK ve kamu hizmetlerinin özel sektöre yönelmesi.

3. 2000'lere kadar şehirlere doğru aşırı bir göçün olmasıyla ve bazı büyük şehirlerde 200 bini aşan ilçeler meydana gelmiştir. Yeni yerleşim yerlerinde resmi sağlık teşekküllerinin olmaması veya yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin açığı özel sektör tarafından karşılanmıştır.

4. Ülkemizde sağlıklı olma bilincinin artmasıyla, özel sağlık sigortalı sayısının artması ve bu sigortalılar kamu yerine kalite, hizmet, çabukluk vb. nedenlerle daha iyi koşullarda hizmet veren özel hastaneleri tercih etmiştir.

3.10. Özel Hastanelerin Denetimi

Ülkemizin sağlık sistemi içerisinde özel hastaneler kurum sayısı bakımından önemli bir yer tutmaya başlamıştır. Özel Hastanelerin ruhsatlandırılması ve denetim işlemleri Sağlık Bakanlığı'nın yetkisinde bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na yapılan denetimlerde; Mayıs 1999'da 10.618 yatak kapasiteli 220 Özel Hastane mevcut iken, 25.09.1999–30.04.2002 tarihleri arasında, hastane sahiplerinin başvuruları doğrultusunda yatak kapasitesinin artırılması veya düşürülmesi, hastane isminin değiştirilmesi veya yargı kararları nedeniyle aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır (Ecevit, 1993).

- 2029 yatak kapasiteli 45 Özel Hastane açılmıştır.
- 1053 yatak kapasiteli 26 Özel Hastane kapatılmıştır.
- 13 Özel Hastanede toplam 536 yatak sayısı artırılmıştır.
- 4 Özel Hastanede 109 yatak indirimi yapılmıştır.
- 18 Özel Hastanede isim değişikliği yapılmıştır.
- 24 Özel Hastanede servis ilavesi işlemi yapılmıştır.
- 22 Özel Hastanede çeşitli nedenlerle yeniden ruhsat düzenlenmiştir.

3.11. Erzurum İlinin Doğu Anadolu Bölgesinin Sağlık Merkezi Olma Durumu

Erzurum'un Gelişmesinde Sağlık Sektörünün öncü rol oynayabilmesi için büyük ve kalıcı yatırımlara ihtiyaç vardır. Bu nedenle, Eski Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep

AKDAĞ'dan geleceğe yönelik büyük yerel hizmetlere imza atma çabaları bölgede desteklenmektedir. ÇAT yolunda yapımına başlayan modern hastaneyi buna örnek göstermek mümkündür. Başta Üniversite Hastaneleri olmak üzere, mevcut Devlet Hastanelerinin sağlık hizmetleri açısından bölgesel bir cazibe merkezi haline gelmesi ve bu hastanelerin süratle daha çağdaş hale getirilmesini gerekli görülmektedir.

Hızlı nüfus artışı, sistem sorunları, sevk ve idare eksikliği, hekim hasta ilişkisinde başka faktörlerin ön plana çıkması gibi genel aksaklıklar bizim hastanelerimizde de kendini hissettirmektedir. Ancak, teknolojik yenilikleri takip, hekimlik kalitesi, ayakta ve yatarak tedavi sonrası başarı yüzdesi itibarıyla hastanelerimizin gün geçtikçe iyiye gittiği söylenebilir. Bu iyiye gidiş, tüm sorunların halledildiği anlamına gelmekte midir? Şehrimizin yıllar itibarıyla sağlık hizmetlerindeki durumunu değerlendirebilmemiz için bazı temel kıstaslara göz atmamız gerekiyor (Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1999).

- Erzurum yıllar itibarıyla, temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığı bakımından düzenli bir gelişme gösterebilmiş midir?
- Bu alanda diğer illerle mukayese ettiğimizde karşımıza nasıl bir tablo çıkıyor?

“Erzurum’un Sağlık Şehri Yapılması”, şehrin son 20 yılında dillerden düşmeyen büyük hedeflerden biridir. Birçok siyasi şahsiyetin “beyanat kalkınmacılığı” paketinde yer alan bu konu gerçekten şehrin ekonomik geleceğinde belirleyici bir rol oynayabilir mi?

Erzurum’un sağlık şehri haline getirilmesi için, bölgenin tedavi ihtiyaçlarını tesis ve hekimlik düzeyi olarak karşılayabilmesi gerekir. Bu alandaki talebin tespiti ve bu tespit doğrultusunda gerekli planlamanın hızlı bir şekilde yapılarak tesisleşme ve personel açısından eksikliklerin giderilmesi çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması amacıyla geliştirilmiş çağdaş ölçütlerden yararlanılarak eksiklikler giderilirse Erzurum'un “sağlık şehri” haline getirilmesi hedefi boşlukta kalmaktan kurtulmuş olacaktır.

Şehir sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi için giderek artan önemde ve ilginç bir faaliyet alanıdır. Bir şehirde (Öğüt, 1999);

- Yoksulluk,
- Şiddet, sosyal dışlanma,
- Kirlilik,

- Standardın altında olan barınma,
- Orta ve genç yaştaki insanların karşılanamayan ihtiyaçları,
- Sağlıksız yerleşim planlaması,
- Sürdürülebilir gelişme konusundaki sorunlar

Çözüme kavuşturulmamışsa, o şehirden sağlıklı bir kent olarak bahsetmemiz mümkün değildir. “ Erzurum Sağlık Merkezi yapılacaktır... “ taahhüdünde bulunanların, öncelikle bu sorunlar üzerinde durarak şehri “sağlıklı şehirler” arasına sokmaları gerekmektedir. Bu noktadan da anlaşılacağı üzere bir kentin sağlıklı kent haline getirilmesi sadece sağlık sektörünün geliştirilmesiyle ilgili değil, topyekun kalkınmasıyla da birebir ilişkili bir durumdur.

Erzurum’un sağlık stratejilerini tespit ederken öncelikle şehrin “sağlık profilini” bilmek gereklidir. Şehir halkının sağlığı ile ilgili doğru, güncel, tarafsız ve bağımsız bilginin sağlanması ve ona göre çözüm arayışlarına girişilmesi atılacak ilk adım olmalıdır. Erzurum’un sağlık politikalarını yerel bazda inceleyen ve planlayanların Dünya Sağlık Örgütü’nün “Herkes İçin Sağlık stratejisinin” iyi incelenmesi ve yerel duruma adapte edilmesi önerilebilir.

Bu çalışmada şehrin sağlık alanındaki hedef, plan ve stratejileri ele alınmadan önce, temel sağlık verileri incelenmiştir. Daha sonra “neler yapılabilir?” sorusuna satır başlarıyla değinilmeye çalışılmıştır. Şehrin temel sağlık alanlarındaki gelişim seyrini göz önüne getirirken bazı istatistiklere de yer verilmiştir. Erzurum birinci ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının tümüne sahiptir. Yatak başına düşen kişi sayısı yönünden hem bölge hem de Türkiye geneline bakılırsa kötü durumda olduğu söylenilemez. Sektör yetkilileri her fırsatta hastaların en basit hastalıklarda bile ikinci ya da üçüncü basamağa direkt olarak başvurmasının buralarda yığılmalara neden olduğunu söylemektedirler. Ayrıca bu durumun kurumların gerçek işlevlerini yerine getirememelerine neden olmasından yakınmaktadırlar (Özar, 1996).

Reform çapında olduğu söylenen son yıllardaki düzenlemelerle halkın sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşması sağlanmıştır. Sevk ve hekim tercihinde, özel hastanelere başvurmada bürokrasi azaltılmıştır. Bu alanlarda halkın lehine uygulamalara geçilmiştir. Ancak bu gelişmeler beraberinde yeni sorunları da getirmiştir. Genel olarak Üniversite, Kamu ve Özel hastaneleri tedaviden çok kar etme hedefine yönelmişlerdir. Hasta hekim ilişkisinde “para” hala kara kedi olmaya devam etmektedir.

Sağlık kuruluşunun öncelikli amacı kaliteli ve verimli hizmet sunmak olmalıdır. Basamaklar arasında kara dayalı bir rekabetin oluşması sakıncalıdır. Şu anda yaşanan sorunlardan bazıları bu yaklaşımın bir sonucudur. Özellikle basamaklar arası hasta sevk işlemlerinde önemli sıkıntılar yaşanmakta ve vatandaşlar mağdur olmaktadır. Bazı kurumların Üniversite hastanesi ile sözleşmesinin bulunmaması, vatandaşların haklarının ihlalini doğurmaktadır. Bölgede tedavi olabilmek için bulunan hastaların Ankara'ya ya da diğer illere gitmesi hem bölgenin gelişimi hem de hastaların çıkarı açısından olumsuzdur.

Erzurum İli üçüncü basamak sağlık hizmetleri açısından bölgedeki diğer illere de hizmet verebilecek konumdadır. Gerek altyapı gerek de coğrafi konum açısından uygundur. Ancak ildeki kurumların kuruluş amaçlarının uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Farklı basamaklardaki kurumlar birbirinin görevlerini üstlenmek yerine kendi görevlerini en iyi şekilde uygulamaya çalışmalıdır. Kurumlar arasında yarışmadan çok dayanışma ilkesi benimsenmelidir (Özoğlu, 1996).

Bölgede sıcak su kaynaklarının varlığı, fizik tedavi ve rehabilitasyon açısından değerlendirilebilecek konulardan biridir. Kısacası basamaklar arasında önemli sorunlar yaşanmakta ve bunun çözülmesi öncelikli görevler arasında yer almalıdır. Günümüzde öğretim üyesi sayısı, fakülte sayısı, liseden mezun olup üniversite kapısında bekleyen öğrenci sayısı ve hekim ihtiyacı artmaktadır.

Erzurum Tıp Fakültesi sağlıkta büyük hizmetlere öncülük edecek gelenek, güç ve kadroya sahiptir. Bu amaçla mevcut Üniversitenin yeniden yapılanma sürecine girerek ve müfredat güncellemesi yaparak işsiz ve iddiasız mezun fabrikasına dönen bölümlerin kademeli olarak kapatılarak, bunun yerine Türkiye'nin, bölgenin ve şehrin ihtiyacını karşılayacak mezunlar veren bölümlerin açılması öncelikli hedef olmalıdır. İkinci Tıp Fakültesi açılması hem Erzurum'u eğitim merkezi yapma amacına yardımcı olacak, hem de SAĞLIK ŞEHRİ olma yolunda önemli bir adım olacaktır. İngilizce ve Türk Lehçelerinde eğitim veren bir fakülte olarak da planlanabilir. İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde birden fazla Tıp Fakültesi mevcuttur. Erzurum Bölgesel bir ihtiyaca cevap vermesi bakımından bu konuda öncelikli olmalıdır (Savaşır, 1999).

Atatürk Üniversitesi Araştırma hastaneleri gerçekten bölgesel bir hizmet yuvası haline gelmiş bulunmaktadır. Bu Erzurum için bir övünç kaynağıdır. Burada gerçekten işinin ehli birinci sınıf hekimler mevcuttur. En ağır ve özellik arz eden cerrahi

müdahaleler kolaylıkla yapılabilir. Teknolojik donanım bakımından son derece iyi bir durumda olan bu hastanelerin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Araştırma hastaneleri otelcilik, ameliyat sonrası bakım, yoğun bakım hizmeti bakımından yeterli değildir. Hastanede yeterli yardımcı personel, hizmetli, hemşire hastabakıcı bulunmamaktadır. Bu sorunu çözmek için hastanelere ücretleri döner sermayeden karşılanmak koşuluyla eleman alma yetkisi verilebilir. Böylece bir istihdam alanı oluşturulabilir. Araştırma hastanelerinin yardımcı personel ihtiyacı öncelikli sağlık hizmetleri arasında yer almış bulunmaktadır. Hizmetli yokluğundan temizlik yapılamayan, yardımcı personel azlığından ameliyat sonrası bakımda sorunlar yaşanan Üniversite hastanesinin bulunduğu ilden "sağlık şehri" diye bahsetmesi mümkün değildir.

Bilindiği gibi SSK Hastanesi yeniden yapılanma çerçevesinde Palandöken Devlet Hastanesine dönüştürülmüştür. Bu hastanemiz çok köklü bir onarımdan geçmiştir. Hastane; bekleme salonları, ameliyathaneler, servisler, poliklinikleriyle birinci sınıf bir sağlık merkezi haline gelmiş bulunmaktadır. Hastanede tıbbi teknolojinin son ürünlerini bulmak mümkündür. Bölgeden gelen hastaların çoğunluğu, büyük illere sevk edilmeden tedavi edilebilmektedir. Yoğun çabalarıyla hastanesini örnek hale getiren tecrübeli başhekimimizi ve ona her türlü destek ve imkânı sağlayan Sayın Bakanı kutlamak gerekir. Başhekim Dr. Almacı'nın başarılı yönetimini ve çalışmalarını da zikretmek lazım. (Temel, 1998).

Ancak bu hastanelerin daha etkin, verimli ve hasta memnuniyetini sağlayıcı hale getirilmesi köklü bir değişikliği gerektirmektedir. Sağlık Şehri olmanın yolu, belli bir kaç temel branşta en iyi hastanelere sahip olmaktır. Sıradan hastaneler açarak Türkiye'den, hatta komşu ülkelerden hasta çekmenin imkânı yoktur. Birkaç ana branşta derinleşen, ihtisaslaşan hastaneler zinciri oluşturulmalıdır. 2011'le parlayan şehrin turizm yıldızına, beş yıldızlı sağlık hizmetleri kurarak yeni yıldızlar eklenebilir. (Türk, 1984):

Erzurum'da sağlık merkezlerinde yeniden yapılanma gündeme alınmalı ve kısa ve orta vadede planlanacak sağlık merkezleri şu şekilde tespit edilmelidir:

- Erzurum Onkoloji Merkezi,
- Erzurum Yüksek İhtisas Hastanesi Yahut Sağlık Bakanlığı Erzurum Eğitim Hastanesi,

- Erzurum Kalp Cerrahi Merkezi ((Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Merkezi Ve Kardiyoloji Merkeziyle Birlikte)
- Çocuk Sağlığı Merkezi (Sami Ulus Ve Hacettepe Tipi)
- Erzurum Ağrı Merkezi
- Erzurum Termal Sağlık Merkezi
- Erzurum Homoroid Tedavi Merkezi
- Gezici Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi

BÖLÜM SON. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık ve sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı süreçlerden oluşmaktadır. Bu bakımdan, sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin kalitesinin ölçülebilmesi, bu süreçlerin bütünsel bir yaklaşımla ele alınmasını gerektirmektedir.

Türk toplumunun sağlık durumu, son 15-20 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin ölçeği ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte önemli ölçüde ilerleme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir yol kat edilmesini sağlamıştır. Türkiye'deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülebilir.

Toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamaları çok aşırı gözükmese de, diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve üst orta gelir grubu ülkelerle kıyaslandığında, toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, nasıl ölçülürse ölçülsün, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında SDP'nin başlatılmasını takip eden ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde kaldığı görülmektedir.

Günümüzün hızla dönüşen ve giderek daha rekabetçi hale gelen sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi önemli bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, özellikle kamu hastanelerinin sınırlı

kaynaklarının etkin bir biçimde kullanılması ve bu yolla maliyetlerin düşürülmesi, rekabet avantajı elde edilmesi ve hasta beklentilerinin karşılanması ya da aşılması açısından da önemli katkılar sağlayacaktır. Buraya kadar yapılan kuramsal araştırma bulguları ışığında aşağıdaki değerlendirmeler yapılabilir:

Hastanelerdeki ortamın gürültüsüz olması, hastanenin genel temizliği, hasta odalarının aydınlatılması ve hastanenin iletişim olanakları hastalar tarafından yeterli görülmektedir. Bununla birlikte, muayene olabilmek için beklenen süre, laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma ve kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi açısından iyileştirici önlemlerin alınması gerekmektedir. Bilişim teknolojilerinin her sektörden ve her düzeyden işletmeye yönetsel ve operasyonel alanlarda önemi yadsınamaz katkılar sağladığı bir ortamda, her türlü teknolojik altyapının sunulduğu hastaların rutin kayıt işlemleri için bekletilmesi, bütünsel hatta teknik hizmet kalitesi algılamasını olumsuz biçimde etkileyebilmektedir.

Özel hastanelerin hastayı bir gelir sağlayıcı araç olarak görme yaklaşımından acilen vazgeçmesi gerekmektedir. Bu sorunun çözümünde otellerin ya da diğer konaklama tesislerinin resepsiyon hizmetleri dikkate alınarak benchmark yapılması ve yeniden düzenlemeye gidilmesi gerektiği gibi, hastayı “memnun edilmesi gereken” bir müşteri olarak görme şeklinde bir zihniyet dönüşümünün yaşanması da kaçınılmazdır.

Erzurum ilindeki hastanelerde doktorların kontrolleri, doktorlara güven duyma, doktorların saygı, nezaket ve anlayışları ve doktorlarla görüşme kolaylığının algılanan hizmet kalitesi açısından olumlu etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, tetkik ve tedavinin doğru yapıldığına ilişkin güven, doktorların dinlemek için ayırdığı zaman ve doktorların uygulanan tedavi, tetkikler, ilaçlar ve hastalık hakkında yaptıkları bilgilendirme konularında hasta odaklı ya da hastaya duyarlı katılımcı ve çağdaş bir çözüm arayışına gitmek gerekmektedir. Doğru uzman ya da muhatap olmasa da karşısındaki sağlık görevlisini “çözüm bulucu” olarak gören/görmek isteyen hastanın dinlenmesi ve çözüm bulma yönünde arayış içine girilmesi önemli bir hizmet kalitesi unsuru haline gelmiştir.

Hastanede görev alan ve değer yaratan tüm çalışanlara bu konuda eğitim verilmesi ve kendinden beklenen sorumluluklarını yerine getirmesi, hastanenin genel hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta tatmininin sağlanması açısından stratejik önem taşımaktadır. Çalışanlara özellikle, hastaların genel olarak memnuniyetsizliğine yol

açan faktörler dikkate alınarak eğitimler verilmelidir. Hastane çalışanlarının hastalara kişisel ilgi göstermesi, hastaları beklentilerini karşılayabilecek nitelikte bilgiler vererek aydınlatılması, hastalara karşı sabırlı ve nazik olunması, hastaların algıladıkları hizmet kalitesini önemli ölçüde artıracaktır. Sağlık işletmeleri yöneticileri, hasta beklentilerini doğru saptamaları durumunda, sundukları hizmetin performansını bu beklentiler doğrultusunda biçimlendirme ve dolayısıyla hasta beklentilerini karşılama olanağına sahip olabileceklerdir. Hasta beklentilerini karşılama ya da aşma biçiminde gerçekleştirilecek bir sağlık hizmeti, doğal olarak hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını yükseltecek ve bu süreç deterministik bir ivmeyle sağlık işletmesinin genel performansı ve rekabet gücünü artıracaktır.

KAYNAKLAR

- [1] Ağırbaş, İ, Tatar, M, (2001), *Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri*, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı 2 Yıl 7, Sayı 40 s.27-41
- [2] Akdur, R, (1991), *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Karşılaştırılması*, AÜ: ATAUM Ders Notu, Ankara, s.78-84
- [3] Akın, Ü, Aksoy, S, (1985), *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*. MPM Yayınları, Yayın No:332, Ankara, s. 42-45
- [4] Aktan, C, C, Işık, K, (2011), *21 Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef*, <http://www.canaktan.org> Erişim: 12.12.2011
- [5] Alabulut, İ (1996), *İşverenlerin Çalışanlara Karşı Sosyal Sorumlulukları*, Atatürk Üniversitesi, Erzurum. s.28-29
- [6] Başkaya, F, (1994), *Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Düşüşü*, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara. s. 44-18
- [7] Bekir, M, (2003), *Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Ankara, s1
- [8] Belek, İ, (1995), *Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?*, Toplum ve Hekim, Cilt. 9, S. 64, s.15
- [9] Belek, İ. (2000); *Sağlıkta ve Sağlık Hizmeti Kullanımında Sosyo-Ekonomik Eşitsizlikler (Antalya'da Bir Araştırma)*, Ekonomik Yaklaşım, s.55
- [10] Bora, S, (2005), *Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Performans Yönetimi*, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Sunumu, Kızılcahamam, s.65-69
- [11] DPT, (2000), *Doğu Anadolu Projesi (DAP) Strateji ve Yeniden Yapılanma Senaryoları*, Sağlık Sektörü, Ankara s.12-14
- [12] Dülger, İ, (1992), *Meslek ve Eğitim Anlayışlarının Türk Sağlık Politikalarının Uygulanmasına Etkileri*, Türk Tabipler Birliği Ulusal Sağlık Kongresinde sunulan tebliğ, Ankara, s.32-34
- [13] Ecevit, Y, (1993), *Türkiye'de Kadın İşgücü*, Türk Tabipler Birliği Sağlık Kongresi Bildirileri, Türk Tabipler Birliği, Ankara, s.64

- [14] Emil, F, Yılmaz, H, H, (2003), *Kamu Borçlanması, İstikrar Politikaları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler*, Ankara, s.21
- [15] Emsen, Ö.Selçuk, (1994), Atatürk Üniversitesi'nin İl Ekonomisindeki Yeri, Erzurum, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi) s.33-35
- [16] Gerni, M, (2000), *Doğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Yönetim Sorunları*, Atatürk Ün. İİBF Dergisi, Cilt14, Sayı:1. s.11
- [17] Gökçe, F, (2005), *Bir Değişim Aracı Olarak Güç Alanı Analizi Tekniği ve Eğitimsel Değişimin Yönetimi*, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Yıl:11, Sayı; 43
- [18] Işık, A, (1998), *Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s.52
- [19] Karabulut, K, (1998), *Türkiye'de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama*, Atatürk Ü. Sos. Bil. Ens., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum, s.2
- [20] Keleş, R, (1994), *Yerinden Yönetim ve Siyaset*, Cem Yayınevi, İstanbul, s.19
- [21] Kurtulmuş, S, (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul
- [22] Nüfus Etütleri Enstitüsü, (1999), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları: 1978 - 1998*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, s.45-54
- [23] Öğüt, N, (1999) , *Türkiye'de Gelir ve Tüketim: 1997 Hane halkı Gelir ve Tüketim Araştırması'nda Gelir ve Tüketimi Belirleyen Seçilmiş Demografik, Ekonomik ve Sosyal Değişkenler*, Uzmanlık Tezi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 32-53
- [24] Özar, Ş, (1996), *Kentsel Kayıt dışı Kesimde İstihdam Sorununa Yaklaşımlar ve Bir Ön Saha Çalışması*, ODTÜ Gelişme Dergisi, 23(4), s. 509-534
- [25] Özçelik, N, A, (2002), *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul
- [26] Özoğlu, B, (1996), *Türkiye'de Çalışan Kadınlara Yönelik Devlet Politikaları*, Ankara Üniversitesi, Ankara, s.43-45
- [27] Savaşır, R, (1999), *Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Küçük Ve Orta Boyutlu İşletmeler Açısından İstihdam Politikaları*, Kamu-İş, Ankara, s.33

- [28] Seçkin, E, Ökten, A, N, (2009), *Az Gelişmiş Bölgelerin Gelişmesinde Bir Fırsat Olarak Çağrı Merkezleri*, Megaron,;4(3), s.191-202
- [29] Temel, A, (1998), *Gelişme Sürecinde Sektörel Yapıda Değişmeler: İmalat Sanayii ve İstihdam*, DPT, Ankara, s.99-113
- [30] Türk, H, (1984), *Türkiye'de Sanayi Sektöründe İstihdam ve Sanayi İşçilerinin Çalışma Hayatına İlişkin Gelişmeler*, Ankara Üniversitesi, DTCTF, Ankara, s.4.
- [31] T. C. Erzurum Valiliği Sanayi ve Ticaret İl Müdürlüğü, (2002), *2001 Yılı Erzurum İli Ekonomik ve Ticari Durum Raporu*, Erzurum.
- [32] WEB_1:<http://www.erkurumozelidare.gov.tr/ozelidare.asp?kt=57> Erişim: 12.12.2013
- [33] WEB_2:<http://www.cenkerli.net/tr/erkurumun-cografı-yapısı> Erişim: 14.12.2013
- [34] WEB_3:<http://www.mesutunal.com/ucuncu-bolum/erkurum-ilinin-genel-ozellikleri-ve-potansiyelleri.html> Erişim: 18.12.2013
- [35] WEB_4:<http://www.erkurumweb.com> Erişim: 17.12.2013
- [36] WEB_5: www.atauni.edu.tr/#birim=sağlık-araştırma-ve-uygulama-merkezi Erişim: 18.09.2013
- [37] WEB_6: www.palandokendh.gov.tr Erişim: 12.12.2013
- [38] WEB_7: www.erkurumbeah.gov.tr Erişim: 17.11.2013
- [39] WEB_8: www.nenehatundoęum.gov.tr Erişim: 10.12.2013
- [40] WEB_9: www.buharatip.com.tr Erişim: 17.11.2013
- [41] WEB_10: www.sbu.sağlık.gov.tr Erişim: 19.10.2013
- [42] TC. Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları istatistik yılığı 2004

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Ulvi ÇELİK

Doğum Yeri: ERZURUM

Doğum Yılı: 27/12/1984

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

İlköğretim: Şükrüpaşa İlköğretim Okulu

Lise: Erzurum Lisesi

Lisans: Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü

Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü