

Bölgesel Gelişmişlik Farklılıklarının Bir Sosyo-Ekonomik Politika Göstergesi Olan Sağlık Verileri Kapsamında Değerlendirilmesi: TRB1 Bölgesi Örneği

Ali Rıza GÖKBUNAR* Selim DURAMAZ**

ÖZ

Küreselleşme ile birlikte ülkeler birçok alanda birbirleriyle etkileşime geçmiştir. Teknolojinin de getirdiği yeniliklerle ekonomi, eğitim, sağlık gibi alanlarda hızlı bir gelişim sürecine girilmiştir. Nitekim bazı ülkeler ve bölgeler hızla büyürken, bazı bölgeler de ekonomik ve sosyal gelişim açısından sorunlarla karşılaşmıştır. Dolayısıyla günümüzde, küreselleşmenin yanında yerelleşme ve bölgeselleşme kavramları sıkça gündeme gelir olmuşlardır. Ülkemizde bölgesel kalkınma sorununa yönelik farklı düzeylerde bölge sınıflandırmaları yapılarak, geri kalmış bölgelerin daha iyi belirlenmesi ve bu bölgelerin ihtiyaçlarının hızla karşılanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda gerek kalkınma ajansları gerekse yerel ve merkezi otoritelerce farklı politikalar yürütülmektedir. Çalışmamız TRB1 bölgesinin sağlık alanında bölgesel gelişmişlik düzeyini ortaya koymak amacıyla bölgenin sağlık verilerini Türkiye geneliyle karşılaştırmaktadır. İncelenen veriler kapsamında bölgedeki sağlık yatırımlarını da kapsayan kamu yatırımları artış trendi bölgede ve Türkiye’de benzer bir seyir izlemektedir. Bölgede sağlık personeli artış hızı incelenen dönemde Türkiye ortalamasının üzerinde yer almaktadır. Bölgedeki yüzbin kişiye düşen yatak sayısı da Türkiye ortalamasının üzerinde yer almaktadır. İncelenen sağlık göstergelerinden negatif bir gösterge olarak sadece bebek ölüm oranı bölgede Türkiye ortalamasının üzerinde yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bölgesel Kalkınma, TRB1 bölgesi, Sağlık Verileri.

JEL Sınıflandırması: H51, H75, R58.

As A Socio-Economic Policy, Researching Regional Development Differences With Health Datas: TRB1 Region

ABSTRACT

With globalization, countries interact with each other in many areas. With innovations brought by the technology, there are rapid development process in the field of economy, education, health etc. Indeed, some countries and regions grow rapidly, while some regions also faced problems in terms of economic and social development. So, today we hear about the concepts of decentralization and regionalization with the globalization. In our country, to solve the regional development, there are different regional classification and this policy aims to determine undeveloped regions and aims to serve the purpose. In this concept, development agencies, local and central authorities carry out different policies. Our study aims to show the health indication differences between Turkey and TRB1 region. The scope of the data examined, increasing trend in public investments including health investments is the same in Turkey and TRB1 region. The growth rate of new health personnel in the region in the period under review is located above on the average of Turkey. And again number of beds per one hundred thousand people in the region is located above the average of Turkey. As a negative indicator of the health indicators in region is only infant mortality rate is located above the average of Turkey.

Key Words: Regional Development, TRB1 Region, Health datas

JEL Classification: H51, H75, R58.

*Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, UBYO, Bankacılık ve Finans Bölümü, argokbunar@hotmail.com

**Araş. Gör., Celal Bayar Üniversitesi, UBYO, Bankacılık ve Finans Bölümü, selimduramaz@hotmail.com

(Makale Gönderim Tarihi: 11.09.2015 / Yayına Kabul Tarihi: 25.12.2015)

GİRİŞ

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan bölgesel entegrasyonlar ülkeler arasındaki siyasal, ekonomik, askeri sınırları kaldırmış ve küreselleşme olgusunu beraberinde getirmiştir. Küreselleşme ile birlikte ülkeler birçok alanda birbirleriyle etkileşime geçmiş ve teknolojinin de getirdiği yeniliklerle ekonomi, eğitim, sağlık gibi alanlarda hızlı bir gelişim sürecine girilmiştir. Ancak bu hızlı süreç bazı bölgeler için olumlu, bazı bölgeler ise olumsuz etkileri beraberinde getirmiştir. Nitekim bazı ülkeler ve bölgeler hızla büyürken, bazı bölgeler de ekonomik ve sosyal gelişim açısından sorunlarla karşılaşmıştır. Ortaya çıkan bölgesel gelişim farklılıklarının sonucunda da, günümüzde, küreselleşme olgusuyla birlikte yerelleşme ve bölgeselleşme kavramları sıkça gündeme gelen konular olmuştur.

Tarım, ticaret ve sanayi hizmetlerinin bölgeler arasında farklı dağılımıyla bölgeler arasında işsizlik, yoksulluk, eğitim ve sağlık açısından birçok sosyal ve ekonomik farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu hizmetlerin bölgeler arasında farklı dağılımının nedenleri arasında coğrafi koşullar, yanlış uygulanan kalkınma stratejileri, ulaşım, hedef kitleye yakınlık, beşeri sermaye olan yetişmiş işgücünün olmaması gibi faktörler etkili olmuştur. Yaşanan gelişmeler kapsamında bölgesel kalkınma teorik olarak ele alınarak farklı bölgesel kalkınma ve bölgesel büyüme teorileri öne sürülmüştür.

Beşeri sermaye olan insanın üzerindeki en önemli etkenler eğitim ve sağlık olmuştur. Sağlıksız bir bireyin ekonomiye katkı yapamayacağından hareketle, sağlık yönünden gelişmişlik hem ekonomi hem de bireyler açısından olmazsa olmazlardandır. Dolayısıyla bölgesel gelişmişlik farkının önemli unsurlardan biri de sağlık faktörüdür. Bu anlamda dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetleri bir sosyal politika aracı olarak sunulan önemli politikalarındandır.

Ülkemizde Cumhuriyet'in ilanından günümüze Beş Yıllık Kalkınma Planları, Entegre Bölgesel Kalkınma Planları, Kırsal Kalkınma Projeleri, Yatırım Teşvikleri, Kalkınmada Öncelikli Yörelere, Organize Sanayi Bölgeleri ve Küçük Sanayi Siteleri gibi farklı bölgesel kalkınma stratejileri uygulamaya konulmuştur. Ancak 1980'lerden sonra özellikle AB'ye uyum sürecinde uygulamaya konulan İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması uygulamasıyla Türkiye farklı bölgeleri farklı düzeyde sınıflandırılmaları ayrılmış, bölgeler için kalkınma ajansları kurulmuş, bölgelere daha etkin hizmet sunumu ve bölgeler arasındaki farklılıkların daha hızlı giderilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada bu bölgelerden olan ve Fırat Kalkınma Ajansının faaliyet gösterdiği Malatya, Elazığ, Bingöl ve Tunceli illerinden meydana gelen TRB1 bölgesi ele alınmıştır. Bölge, ekonomik, sosyal vb. göstergeler açısından diğer bölgelere göre geride kalması nedeniyle özellikle ele alınmış, bölgenin sağlık göstergeleri incelenerek ulusal rakamlarla karşılaştırılmış ve sonuçları yorumlanmış, çözüm konusunda öneriler getirilmiştir. Bununla birlikte sosyal politika aracı olarak ülkemizdeki sağlık politikaları değerlendirilmiş, genel olarak sağlık rakamlarının bölgesel kalkınma noktasındaki önemi açıklanmaya çalışılmış ve önerilerde bulunulmuştur. Ayrıca bölgesel kalkınma konusundaki teorik yaklaşımlar incelenerek bölgesel gelişmişlik farklarının

giderilmesinde teorilerin ve pratikteki uygulamaların ortaya konulması ve bölgesel kalkınma planlarının bu kapsamda şekillenmesine yol gösterici olunması amaçlanmıştır. Böylelikle çalışmada konunun teorik olarak ele alınması, devamında da rakamsal göstergeler çerçevesinde değerlendirilmesi ve yeni öneriler sunması bakımından hem literatüre hem de pratik hayata uygulanabilirliği önem ifade etmektedir. Çalışmada nicel araştırma yöntemi kapsamında rakamlar ve oranlar ortaya koyularak sağlık göstergeleri toplanarak yorumlanmış, tespitlerde bulunulmuş, üzerinde durulması gereken konular hakkında önerilerde bulunulmuştur.

I. BÖLGESEL KALKINMA

Bölgelerarası kalkınmışlık kavramı, nispeten daha az gelişmiş bölge ve bölgelerin daha gelişmiş olan bölgelerin sosyal refah düzeyine yakınlaştırılması, yani bu bölgeler arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması politikasını beraberinde getirmektedir. Bu yöndeki gelişmeler de “bölge” ve “kalkınma” kavramlarını birleştirerek bütünsel olarak ele alınmasını sağlamış, aynı zamanda planlamada ve bölgesel kalkınma noktasında farklı uygulama ve politika arayışlarını gündeme getirmiştir (Arslan, 2005, s. 276).

Kalkınma genel bir ifadeyle bir ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel vb. alanlarda ilerlemesi ve bununla birlikte kurumsal olarak kapasitesinin daha da güçlenmesini, insan kaynaklarının niteliksel olarak gelişmesini, çevreye karşı daha duyarlı olunmasını ve bireylerin refahının daha iyi noktalara gelmesini kapsayan çok boyutlu ve geniş kapsamlı bir kavramı ifade eder. Burada ülkenin genelini kapsayan ulusal nitelikli gelişme ile bölgesel nitelikli bir gelişmenin arasındaki temel fark, gelişmenin ele alındığı mekânın büyüklüğüdür. Bu anlamda bölgesel bir gelişme, sınırları belirli bir mekânsal alanın gelişme yönündeki politikaları ve uygulamalarının söz konusu olmasını ifade eder. Yine bu noktada da bölgesel nitelikli bir gelişmede temel amaç, bölgenin yaşam kalitesinin artırılması için bölgede her türlü imkânın geliştirilmesi ve de artırılmasıdır (DDK, 2014, s. 766).

Günümüzde büyüme sadece ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik olmaktan ziyade sosyal ve çevresel faktörler de sürdürülebilir kalkınma da odak noktasına alınmıştır. Bu noktada sürdürülebilir bir kalkınmanın etkin bir şekilde planlanıp yürütülebilmesi için de merkezden yürütülen planlama tekniği yerine, yerel güçlerin devreye alındığı geniş katılımlı bir bölgesel planlama tekniği kuvvet kazanmıştır. Bölgesel kalkınma için geniş bir bölgesel birliktelik için de küresel koşullar da göz önüne alınarak daha girişimci, daha yenilikçi ve daha rekabetçi bir yaklaşımla kalkınmayı bulunduğu yerde yapılması amacıyla süreç içerisinde kalkınma ajanslarının kurulması gündeme gelmiştir (FKA, 2010, s. II).

Bölgelerin arasındaki ortaya çıkan farklılıklar, sanayileşmenin dengesiz olarak yayılmasının sonucu olarak, bölgelerin farklı kalkınma hızlarına ulaşmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda ortaya çıkan sosyal ve aynı zamanda ekonomik farklılıklar, farklı ülkelerde farklı biçimlerde kendini gösterebilmektedirler. Bölgeler arasındaki bu farklılıkların giderilmesine yönelik uygulanan bölgesel politikalar, kalkınma faktörlerine, bölgenin ya da sektörün farklı problemlerine göre farklı şekillerde hazırlanarak uygulamaya konmaktadır. Yine aynı veya benzer

sonuçlara farklı politika araçlarıyla ulaşmayı amaçlayan farklı bölgesel politikalar da söz konusu olabilmektedir. Bölgeler arasındaki farklılıklar birçok olumsuzluğu beraberinde getirmekle beraber konumuzla ilgili olması açısından ekonomik ve sosyo-politik olarak bazı olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir. Bölgesel gelişmişlik farklılıkların farklı sonuçları olmakla birlikte, kaynakların eksik kullanımı, sektörler arasında kaynakların etkin dağılımını önlemesi ve kentlerin gerektiğinden fazla büyümesi bölgesel farklılıkların ekonomik sonuçlarıyken, bölgesel farklılıkların sosyo-politik sonuçları ise farklı şekillerde ortaya çıkabilir ve birlikte yaşanması halinde aşırı derecede önem arz etmeyen sosyal etmenler bölgelerde bir anda huzursuzluğun etkili olmasına sebebiyet verebilir. Bununla birlikte etnik veya mezhepsel farklılıklardan dolayı, bölgenin ihmal edilerek geri bırakıldığı inancı ve düşüncesi de bölgede huzursuzluk ortaya çıkarabilecektir (Şen, 2004, s. 6-7).

Bölgesel gelişmişlik farklılıklarını gidermeye yönelik politikalar dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gündeminde 1950’lerde gündeme gelerek uygulamaya başlamıştır. Bu anlamda OECD ülkelerinin birçoğunda bölgesel kalkınma politikaları 1950 ve 1960’lı yıllar içinde uygulanmaya başlamıştır. Bu dönemler, dünyada genel olarak güçlü bir ekonomik büyümenin hedeflendiği, aynı zamanda mali bir genişlemenin yaşandığı ve işsizlik oranlarının düşük olduğu bir döneme denk gelmektedir. Bölgesel gelişme politikalarında hedeflenen temel amaç; hızlı bir sanayileşmeyle beraber artan bölgesel gelişmişlik farklarının azaltılarak dengeli ve daha adil bir gelişmenin sağlanmasına yönelik olmuştur. Amaçlanan politikalar teorik anlamda, doğrudan müdahalelerle devletin gelişmemiş bölgelerin talep yapılarının dönüştürülebileceği varsayımıyla uygulanmaktaydı. Doğrudan müdahalelerde temel uygulamalar merkezi hükümetin bu bölgelere transferler yardımları yapması ve yine hükümetin gelişmemiş bölgelerde büyük kamu yatırımlarının gerçekleştirilmesi şeklinde gerçekleşmiştir (DDK Rapor, 2014, s.766). Bölgesel kalkınma sürecinde yerel nitelikli unsurların ve yerel kurumların önemi bir taraftan artmakta iken, diğer bir yandan merkezi hükümetin bu süreçteki rolü ise azalmaktan ziyade yeniden şekillenmektedir. Günümüzde merkezi hükümetlerin bölgesel kalkınmada önemli ve büyük bir fon kaynağı ve etkin bir otorite olma görevleri halen sürdürmekte iken, bölgesel politika uygulamalarında yerel unsurların ortaya çıkması ve onlara da roller biçilmesiyle merkezi hükümetin bölgesel nitelikli müdahaleler yapması gibi bazı rolleri eskiye göre azalmaktadır. Bu noktada merkezi hükümetlerin rolü, bölgesel kalkınma politikalarında daha kapsayıcı ve daha birleştirici bir sürece doğru gitmektedir. Diğer bir ifadeyle, merkezi hükümet, bölgesel politikaların şekilleneceği ve uygulanabileceği koordinasyonun ve ilkelerin hazırlanmasından sorumlu hale gelmektedir (DDK, 2014, s. 768).

Bölgesel kalkınma açısından geçmişten günümüze, gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde farklı bölgeleri ele alan araştırmalar, yabancı ve yerli kaynaklar bulunmaktadır. Rowland (1996), Bölgesel ve endüstriyel programların farklı amaçları bulunduğunu ve bunlardan bazılarının da coğrafik, sektörel, firma ölçeği, üretim aktivitesi gibi temel hedefler olabileceğini belirtmiş ve Kanada’daki

bölgesel kalkınma sorununu ele almıştır. Bloch (1968), 1960'lı yıllarda bölgesel kalkınma ve kalkınmanın finansmanı konusunu ele alarak, bölgesel kalkınma bankalarının milli veya global nitelikli kuruluşlar olarak bölgesel bakış açısıyla bölgesel kalkınmaya odaklandığını ve gelişmemiş bölgelere ekonomik destekte bulunduğunu belirtmiştir. Christensen vd. (1979) bölgesel kalkınma ve gelişmeyi teorik olarak ele aldıktan sonra bir proje kapsamında Jutland bölgesindeki bölgesel gelişmeyi analiz etmişlerdir. Nath (1971), bölgesel kalkınma için yeni politikaların üretilmesi, mevcut politikaların yenilenmesi ya da daha etkili hale getirilmesi için geri kalmış bölgelerin geliştirilmesi, endüstriyel bölgelerin oluşturulması ve kırsal büyümenin olmazsa olmaz olduğunu belirtmiştir. Pike vd.(2007), bölgesel ve yerel kalkınmanın kimler için ve nasıl olacağı ele aldığı çalışmasında kalkınma politikalarının adalet, demokrasi gibi değerlerden uzaklaşmaması gerektiğini ifade etmektedirler. Sayın ve Oral (2013), Manisa ilinin sağlık verilerini ele alarak bölgeyle karşılaştırmışlardır.

Bölgelerarası gelişmişlik farklılıklarının giderilmesine yönelik teorik nitelikteki yaklaşımlar, bölgesel büyüme oranlarını temel alarak beş farklı görüş altında ortaya çıkmıştır (İKV, 1988, Akt. Arslan, 2005, s. 283): Neo-klasik yaklaşım, bölgesel büyüme hızının belirleyicilerini; sermaye birikimi, işgücü arzındaki artış ve teknik gelişme gibi üç farklı aracın belirlediğini savunur. Bölgesel kalkınmaya altyapı yatırımlarının etkisi, neo-klasik teoriye göre sınırlıdır ve kamu sektörünün ve müdahalelerinin etkisi de adeta yok hükmündedir. İhracat çıkışlı yaklaşıma göre, bölgesel ekonominin büyümesine yönelik faktörlerin diğer bölgelerden gelebilecek taleplere dayanıldığı savunularak, bölgesel kalkınmanın ilk şartının bölgenin doğal kaynaklarının işletilmesinin gerekliliğidir. Polarizasyon (kutuplanma) teorileri, bölgesel nitelikli kalkınmanın bir sanayi veya altyapı yatırımı gibi itici bir güç tarafından başlatılarak harekete geçirilmesinden ve bunun sonradan kümülatif bir süreç olduğu düşüncesine dayanır. Meso-Structure yaklaşımında ise bölgesel kalkınmada sübvansiyon gibi dolaylı kamu müdahalelerinin etkisiz olduğunu, aksine yatırımların doğrudan teşviklerle merkezi planlama yolu ile gerçekleştirilmesini öngörmektedir.

II. TÜRKİYE'DE BÖLGESEL GELİŞMİŞLİK FARKI ve İSTATİSTİKİ BÖLGE BİRİMLERİ SINIFLANDIRMASI

Türkiye'nin yaşadığı en temel ekonomik ve sosyal sorunların başında bölgelerarası gelişmişlik farklılıkları gelmektedir. Ülkemizde bölgeler arasında kalkınma farklılıklarının önemli nedenleri arasında bölgelerin bulunduğu coğrafi koşullar, yetişmiş insan gücü yani beşeri sermayenin farklı dağılımı, uygulanan yanlış kalkınma modelleri, alt yapı kapasitesinin eksikliği, bölgenin pazara ve/veya girdi piyasalarına yakınlığı gibi farklı birçok etken sayılabilir. Bu etkenler dolayısıyla az gelişmiş bölgeler ülkedeki diğer bölgeleri ile tam olarak entegrasyon gerçekleşmemektedir (Eşiyok ve Sekmen, 2012, s. 1).

Önemli bir kalkınma sorunu olarak Türkiye'nin bölgeleri arasındaki gelişmişlik farklarının giderilmesine yönelik 1960'lı yıllardan günümüze kadar farklı bölgesel kalkınma politikaları uygulanmıştır. Bu politikaların başlıca araçları; "Beş Yıllık Kalkınma Planları, Entegre Bölgesel Kalkınma Planları, Kırsal

Kalkınma Projeleri, Yatırım Teşvikleri, Kalkınmada Öncelikli Yörelere, Organize Sanayi Bölgeleri ve Küçük Sanayi Siteleri” uygulamaları olmuştur. Bu farklı kalkınma planlarının bölgesel gelişmişlik farklılıklarının azaltılmasında kullanılmasının yanında, farklı iller için hazırlanan illere göre gelişim planları da süreç içinde uygulanmıştır. Bununla birlikte ülkemizde söz konusu araçlar içerisinde en yaygın uygulama, teşvik sistemi uygulamasının sektörlerin ve de yörelere özelliğine göre farklılaştırılmış şekilde uygulamasıdır. İllerin gruplandırılarak, gelişmişlik düzeylerine göre farklı oranlarda uygulanan teşviklerle birlikte genel olarak kullanılan ve uygulanan bir diğer araç da kamu yatırımlarıdır (DDK Rapor, 2014, s. 771).

1980’lerde bölgesel kalkınma kavramı daha da ön plana çıkarken, 1990’lı yıllarda ise bölgesel kalkınmada yerel dinamiklerin daha etkin olması gerekliliği daha yaygın bir şekilde kabul edilir olmuştur. Yine bu yıllarda kalkınma için dinamikler ulusal alandan daha bölgesel ve yerel alana indirgenmesi gerekliliği kabul edilerek ve bu kapsamda bir takım politikalar benimsenmeye ve uygulanmaya başlanmıştır. Hem küreselleşme, hem de yerelleşme kavramlarının eş zamanlı kullanılarak iç içe geçtiği bu dönemde gelişmiş ve gelişmemiş yörelere kalkınma sürecinde uyumlu ve başarılı olabilmesi için yerel dinamiklerin artan bir önemle dikkate alınması ve küresel alanda daha güçlü olmak önemli hedeflerden olmuştur (Atay, 2011, s. 3).

Bölge kavramı, farklı disiplinlere araştırma konusu olmuştur ve olmaktadır. Özellikle son dönemde dünyada, bölgesel kalkınmanın bir gereği olarak “bölge ile planlama” kavramları beraber anılmaya başlanmıştır. Ulusal kalkınma için öncelikle bölgesel kalkınmanın gerekliliğinden yola çıkarak öncelikle bir bölgede/bir mekanda planlama yapılmalı ve planlama yapılmadan önce de o bölgenin sahip olduğu mevcut potansiyel belirlenmelidir. Bu potansiyeli saptamanın en basit yolu da, sağlıklı istatistiksel bilgilerin toplanarak sistem çerçevesinde değerlendirilmesidir. Avrupa Birliği (AB) 1981 yılında istatistiksel bilgilerin toplanması ve aynı zamanda değerlendirilmesi amacıyla, üye ülkelerde “İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)” adı verilen sistemi uygulamaya koymuştur (Taş, 2006, s. 185). AB’de uygulamaya konulan bu sistem, Türkiye’nin Avrupa Birliği adaylık sürecinde olması nedeniyle Türkiye’de de bölgesel farkındalığı daha ön plana çıkarmış, bölgesel politikalarda gelişim ve dönüşüm çabalarını kuvvetlendirerek arttırmıştır. Bu kapsamda dünyada olduğu üzere ülkemizde de yeni şekillenen bölgesel politika süreci, bölgelerin kapasitelerini arttırmaya ve merkezden çok bölgelerin kendi içindeki dinamiklerini harekete geçirmeye yönelik olmuştur. Bölge politikalarının farklı unsurlara göre şekil aldığı saptanarak ve bu unsurlardan bazılarının da genel altyapı, teknolojik ve bilgi altyapısı, beşeri kaynaklar, girişimcilik, sektörel farklılıklar, küreselleşme, inovasyon, kurumsal kapasite, uzmanlaşma ve sosyal sermaye gibi farklı bazı unsurlar olduğu göz önünde bulundurulmuştur (DDK Rapor, 2014, s. 771).

Türkiye’nin AB’ye 1999’da Helsinki’deki zirvede aday ülke kabul edilmesiyle Türkiye Avrupa Birliği Katılım Ortaklığı’nı imzalayarak, izleyen süreçte Türkiye tam üye olabilmek için gerekli şartları sağlamak amacıyla ulusal

bir program hazırlamıştır. 2001’de program çerçevesinde Türkiye’de tıpkı AB’deki gibi istatistiki bölgelerin oluşumu noktasında başlangıç adımı atılmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı, Devlet İstatistik Enstitüsü (Günümüzde Türkiye İstatistik Kurumu) ve İçişleri Bakanlığı temsilcilerinden meydana gelen komisyon, istatistik bölgelerinin oluşturulması için çalışmaya başlamıştır (Taş, 2006, s. 190). Çalışmaların sonucunda İBBS ancak 22 Eylül 2002 tarihinde, 24884 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanmak suretiyle yürürlüğe girmiştir. İBBS’de 81 ilin tamamı “Düzyey 3” olarak tanımlanmış; ekonomik, sosyal ve coğrafi gibi yönlerden birbirine benzerlik gösteren ve komşu olan iller ise bölgesel kalkınma planları ve nüfus büyüklükleri de dikkate alınarak “Düzyey 1” ve “Düzyey 2” olarak gruplandırılmıştır. “Düzyey 3” kapsamındaki komşu illerin gruplandırılması sonucu tanımlanan grup yirmi altı alt birimden oluşmaktadır. “Düzyey 2” istatistikî bölge birimlerinin gruplandırılması da on iki adet alt birimden oluşmaktadır (Yılmaz ve Temurlenk, 2005, s.76; Kargı, 2009, s. 31).

Tablo 1. İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması

Düzyey 1	Düzyey 2	Düzyey 3
İstanbul	İstanbul	İstanbul
Batı Marmara	Tekirdağ	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli
	Balıkesir	Balıkesir, Çanakkale
Ege	İzmir	İzmir
	Aydın	Aydın, Denizli, Muğla
	Manisa	Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak
Doğu Marmara	Bursa	Bursa, Eskişehir, Bilecik
	Kocaeli	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova
Batı Anadolu	Ankara	Ankara
	Konya	Konya, Karaman
Akdeniz	Antalya	Antalya, Isparta, Burdur
	Adana	Adana, Mersin
	Hatay	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
Orta Anadolu	Kırıkkale	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir
	Kayseri	Kayseri, Sivas, Yozgat
Batı Karadeniz	Zonguldak	Zonguldak, Karabük, Bartın
	Kastamonu	Kastamonu, Çankırı, Sinop
	Samsun	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
Doğu Karadeniz	Trabzon	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane
Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum	Erzurum, Erzincan, Bayburt
	Ağrı	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan
Ortadoğu Anadolu	Malatya	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli
	Van	Van, Muş, Bitlis, Hakkâri
Güneydoğu Anadolu	Gaziantep	Gaziantep, Adıyaman, Kilis
	Şanlıurfa	Şanlıurfa, Diyarbakır
	Mardin	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

Kaynak: TÜİK, 2011, s.VIII; Yılmaz ve Temurlenk, 2005, s. 92.

Bu kapsamda çalışmamıza konu teşkil eden Düzey 1 sınıflandırmasında Ortadoğu Anadolu bölgesi, Düzey 2 sınıflandırmasında Malatya bölgesi, ve Düzey 3 bölgesinde ise Malatya, Elazığ, Bingöl ve Tunceli illeri bulunmaktadır.

III. SOSYO-EKONOMİK POLİTİKA ARACI OLARAK SAĞLIK POLİTİKALARI ve TÜRKİYE

Günümüzde; işsizlik, yoksulluk, eğitim ve sağlık gibi temel yaşam noktalarındaki sorunlar karşısında, işgücü piyasasının dışına çıkıldığında-kalındığında yani işsiz kalındığında dayanılacak emeklilik, sosyal yardımlar gibi imkanlar, barınma sorununa yönelik uygulamalar sosyal ekonomik politikaların temel alanlarını oluşturmaktadır. Bu uygulamalar sadece risk altındaki ve sorunu doğrudan yaşayan birey ve grupları değil, sonrasında ortaya çıkaracağı sonuçlar ve maliyetleri nedeniyle toplumun tümünü etkilemektedir. Bu açıdan ele alındığında sosyal ekonomi politikaları daha geniş perspektifte, bütüncül bir gelişme stratejisinin ve kalkınma planlarının en vazgeçilmez parçası olarak karşımıza çıkarlar (Özer, 2012, s. 51).

Kalkınma planlarına bakıldığında hem sosyal sektörlere gem de sanayi, tarım gibi sektörlere göre eğitim ve sağlık alanlarının bölgesel boyutu daha farklı ve daha etkilidir. Buna neden olan farklı etkenler söz konusudur. İlk olarak, iller bazında eğitim ve sağlık sektörlerine ait verilerin bulunması, bölgesel düzeyde bu sektörlerde yaşanan dengesizliği ortaya çıkararak görünür kılmakta ve bu duruma müdahale edilmesini kolaylaştırmaktadır. Diğer bir etken ise, eğitim hizmetlerinin temel sosyal mekanizmalardan en önemlilerinden olması, sağlık konusunun ise insan hayatı için olmazsa olmazlığıdır. Dolayısıyla sağlık ve eğitim sektörlerindeki sorunlar diğer sektörlerden daha önemlidir. Son olarak ise her ne sebeple olursa olsun sağlık ve eğitim sektörlerine duyulan talep her zaman ve her yerde yüksektir ve dolayısıyla bu hizmetler bölgelerin arasında eşit imkanlarda sunulmaya çalışılmalıdır ve büyük bir hassasiyet gösterilmelidir (Yazar vd., 2013, s. 19).

Fiziksel sermaye ile birlikte beşeri sermaye de kalkınmanın kaynakları arasında yer almakta ve önemli bir katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla sermaye kavramı farklı içerikleri de bünyesine alarak büyümüş ve bütün olarak yeniden farklı bir şekilde tanımlanması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Beşeri sermaye, özünde fiziki sermayeden farklı olarak, üretim sürecindeki diğer faktörlerin en önemlisi insan faktörünün verimli ve etkin bir şekilde kullanılmasını, aynı zamanda yeni teknolojilerin bulunarak bunların rasyonel bir şekilde kullanılmasına imkan sağlamaktadır. Beşeri sermaye araştırmalarda ülkenin veya bölgenin kalkınmasını pozitif yönde etkilemektedir. Ancak beşeri sermaye sadece eğitimle değil insanı esas alması nedeniyle sağlık, dinamik nüfus ve beyin göçü gibi bazı diğer faktörlerle de ilişkilidir. Eğitim kadar sağlıkla da çok yakından ilişkili olan beşeri sermaye, ekonomik büyümenin olması için sağlığın ve ülkenin/bölgenin sağlık seviyesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009, s. 57).

Beşeri sermaye kuramı, bir kişinin bilgi ve becerisini geliştirmesi ne kadar üst seviyedeysen iktisadi faaliyetlerdeki üretkenliği de aynı yöndedir. Teorik olarak toplumun ekonomik gelişmişliği ve sağlıklı ve eğitilmiş olan bir toplumun arasında

yakından bir ilişkinin varlığı söz konusudur. Dolayısıyla sağlıklı bir toplumun beşeri sermayesi daha kolay artırılabilir. Buradan hareketle bir ülkede veya bölgede beşeri sermaye stoku artırmak istenildiğinde öncelikle toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi gerekli olacaktır (Yumuşak ve Yıldırım, 2009, s. 57-58).

Sosyal politikanın ve unsurlarının dünyada olduğu üzere ülkemizde daha dar çerçevede yayılabilmesi ve farklılaştırılabilmesi için öncelikle eğitim ve sağlık göstergelerinde olduğu üzere diğer birçok sosyal göstergenin de il ve esasen ilçe gibi daha alt mekanlara yayılması gerekmektedir. Sosyal politika tanımına giren kamu hizmetlerinin artarak tüm bölgelere yayılmasıyla bölgelerde bu hizmetlere yönelik talep de artacak, böylelikle bölgenin de önemi daha ön plana çıkacaktır. Bu süreçte yapılması gereken en önemli süreçlerden biri de yerel unsurların sosyal politikaların oluşturulması sürecine dahil edilmesidir. Bu yönden bakıldığında, sosyal politika ve bölgesel politika kavramlarının ilişkilendirilerek, hem kalkınma planlarında hem de diğer tüm kamu politikalarında dikkate alınması göz ardı edilmemelidir (Yazar vd., 2013, s. 19). Eğitime ve sağlık alanına yapılan yatırımlar büyüme kapasitesini arttırdıkça, eşitlik ve yoksulluk gibi temel sorunlarda azalmalar meydana gelecek ve zamanla ortadan kalkabilecektir (Özbek, 2013, s. 20).

Sağlık harcamalarının nitel ve de nicel olarak gelişimi, beşeri sermayenin düzeyini etkileyecek; bu iyileşme de milli gelir üzerinde doğrudan ve dolaylı bir etki ortaya çıkaracaktır. Nitekim aşı olan bir çocuk veya yetişkin, hasta olmadan ve/veya sakat kalmadan yaşayacak, yapılan aşı maliyeti de kişinin hastalıktan korunduğu ve kurtulduğu yıl sayısı arttıkça azalacaktır. Yine aşı olan çocuğun sakat kalmayarak verimli bir şekilde çalışabilmesiyle bireye yapılan yatırım, verimlilik azalışını önleyerek uzun bir zaman sonra da olsa büyümeyi olumlu olarak etkileyecektir. Diğer yandan hem rehabilite edici, hem de koruyucu/tedavi edici sağlık harcamaları etkisini veya etkilerini her ne kadar uzun zaman sonra gösterse de beşeri sermaye yatırımları olarak değerlendirildiklerinde geri dönüşü pozitif yönlü olacaktır (Yumuşak ve Yıldırım, 2009, s. 68).

Ülkemizde şimdiye dek uygulanan bölgesel politikalar ve bu politikaların uzun dönemli sonuçları, bölgelerin kalkınmışlık farklılıklarının giderilmesi noktasında ülkemizde pek de etkin olamamıştır. Özellikle 1980'lerden sonra küresel ekonomik gelişmeler ve diğer yandan bütçenin her anlamda sınırlı olması, bölgesel programlara yeteri kadar kaynak ayrılmasına imkân vermemiştir. Yine önceki dönemlerde uygulanan bölgesel politikalar da yeteri kadar etkili olamamış ve bölgesel kalkınmanın yeniden ele alınması noktasında yeni görüş ayrılıkları başlamıştır. Böylelikle izleyen süreçte bölgesel kalkınma için yukarıdan aşağıya doğru merkezi hükümet tarafından şekillendirilme yani kalkınma politikalarının merkezden yerele uygulanması yerine; yerel grupların katılımıyla yerelden merkeze ve geniş kapsamlı bölgesel stratejilerin oluşumu ile bölgeler arasındaki rekabetçiliğin artırılması görüşü güç kazanmaya başlamıştır. Bu eğilimlerle birlikte, bölgesel gelişme dışarıdan müdahaleden ziyade bölgenin kendi içsel potansiyelinin ve yeteneklerinin, yenilik odaklı yapısının ön plana çıkarılması noktasında daha etkili olacaktır (DDK Rapor, 2014, s. 767).

Türkiye’de mevcut sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmetleri genel bütçeye bağlı kurumlar olan Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, özerk bütçeli KİT’ler ve yine özel bütçeli belediyeler ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında kendi bünyesine bağlı olarak sağlık kuruluşlarını işleten vakıflar, yabancı ve azınlık gruplar ve özel sektör kuruluşları bulunmaktadır (Yurdadoğ, 2007, s. 592).

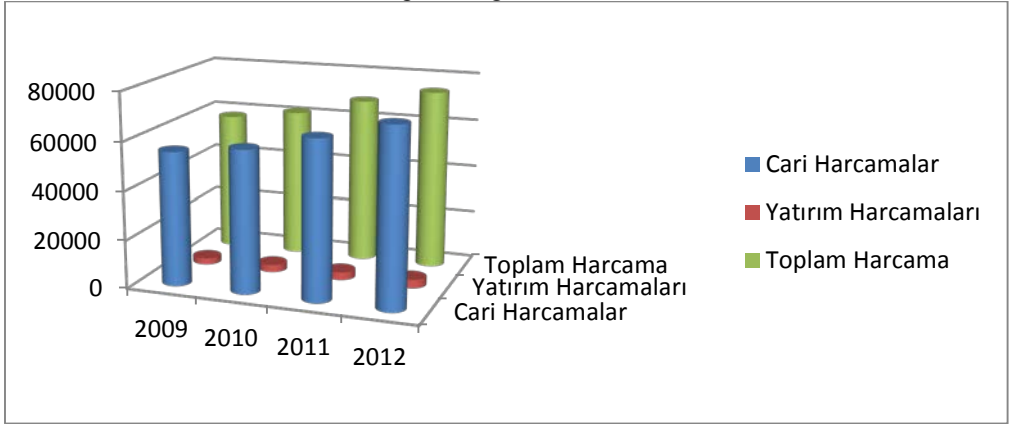
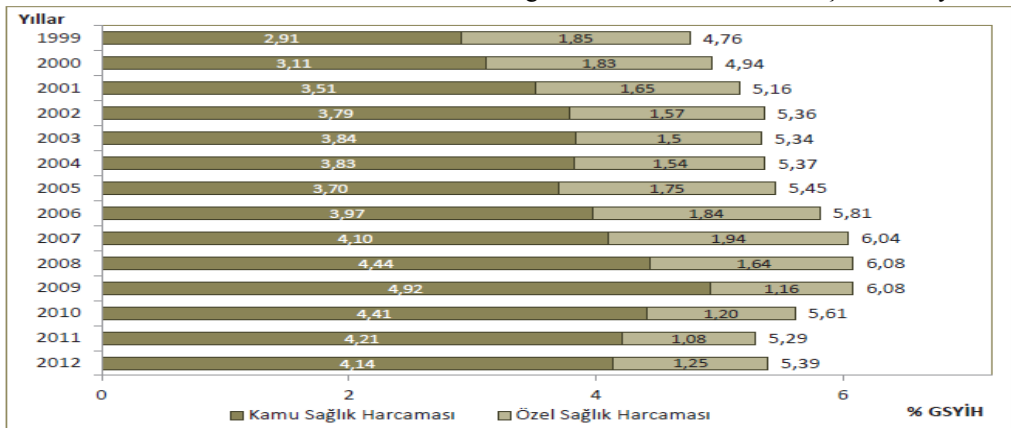
Sağlık harcamaları ülkemizde genel olarak; tedavi ve sağlık malzemeleri giderleri, genel ilaç giderleri, yeşil kartlıların tedavi, sağlık malzemeleri ve ilaç giderlerinden oluşmaktadır (Akar, 2014, s. 316).

Tablo 2. Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	35 359	44 069	50 904	57 740	57 911	61 678	68 607	74 189	84 390
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4

Kaynak: TÜİK.

Türkiye genelinde toplam sağlık harcaması, 2009 yılında 57 milyar 911 milyon TL olup, 2010 yılında %6,5 oranında artarak 61 milyar 678 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Harcama rakamı 2011 yılında %11,2 oranında bir artışla 68 milyar 607 milyon TL’ye, 2012 yılında ise %11,3 oranında bir artışla 76 milyar 358 milyon TL’ye ulaşmış, 2013’te ise 84 milyar 390 milyona ulaşmıştır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde cari sağlık harcaması 2009 için 55 milyar 294 milyon TL, 2010 için 58 milyar 626 milyon TL, 2011 ve 2012 yıllarında ise sırasıyla 65 milyar 372 milyon TL ve 72 milyar 820 milyon TL olarak gerçekleşirken oransal olarak cari sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcaması içindeki payı 2009 yılında %95,5, 2010 yılında %95 ve 2011 yılında %95,3, 2012 yılında ise %95,4 olarak gerçekleşmiştir. Yine yukarıdaki tabloda, hem de aşağıdaki grafikte görüleceği üzere ülkemizdeki toplam sağlık harcamaları ele alınan yıllar içerisinde artış göstermiş, yine bununla birlikte de cari ve yatırım harcamaları da artmıştır (TÜİK, 2013, s. 1).

Grafik 1. Toplam Sağlık Harcamaları 2009-2012**Tablo 3.** Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

Kaynak: TÜİK (2014). *Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013* (Yayın No: 956). Ankara, s.166.

Özel ve sağlık ve kamu sağlık harcaması olarak ikiye ayırabileceğimiz sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı grafikte verilmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'daki payı yıllar içinde dalgalı bir seyir izlemiştir. 1999'da bu oran % 4,76 iken, 2009'a kadar sağlık harcamalarının toplam GSYİH içindeki payı birkaç yıl hariç sürekli artış göstermiştir. Yine Sağlık harcamalarının büyük bir oranı ülkemizde kamu sağlık harcaması olarak gerçekleşmektedir. 1999'da GSYİH içindeki toplam sağlık harcamalarının içindeki kamu sağlık harcamaları oranı yüzde 2,91 iken, ele alınan dönemde 2009'da bu oran en üst seviyeye çıkarak yüzde 4,92 olmuş, 2012'de ise 4,14 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık harcamaları da yine yıllar içerisinde hemen hemen sürekli olarak artmış, 2012 içindeki payı yüzde 1,15 olmuştur.

IV. TRB1 BÖLGESİ İLLERİNİN SAĞLIK VERİLERİ ve ULUSAL BAZDA KARŞILAŞTIRILMASI

Ülkemizde önceki dönemlerde bölgesel kalkınma farklılıklarını ortadan kaldırmaya yönelik çalışma ve uygulamaların çoğu başarılı olamamış ya da kısmi başarı sağlamış, dolayısıyla bölgeler arasındaki kalkınma farklılıkları giderek ilerlemiştir. Hem ithal ikameci politika döneminde, hem de 1980’den sonra benimsenen ihracata dayalı büyüme modelinde hem özel kesim, hem de kamu kesimi kaynak tahsisinde tercihini öncelikle Marmara bölgesi ve de nispeten daha gelişmiş batı bölgeleri lehinde kullanmıştır. Dolayısıyla Türkiye’de az gelişmiş bölgeler daha az yatırım alarak diğer bölgelere göre yatırım tercihlerinin dışında kalmıştır. Böylece bölgeler arasında zaten mevcut kalkınma farklılıkları daha da artmış; bu durum da halihazırda birçok sosyoekonomik soruna kaynak teşkil etmiştir (Eşiyok, 2012, s. 1).

Bu şekilde ilerleyen süreç sonunda, bölgeler arasında kişi başına GSYİH, işsizlik oranı, sağlık, eğitim gibi çeşitli sosyo-ekonomik göstergeler noktasında bölgelerde önemli ölçüde gelişmişlik farklılıkları söz konusu olmuştur. Bu farklılıklarının ortaya çıkmasında bu anlamda kaynakların yanlış yönlendirilmesi sonucu farklı dağılımlar ve yine kaynakların etkin kullanılmaması ile birlikte elverişsiz topografik yapı, iklim koşullarının zorluğu, hem iç hem de dış pazarlara uzaklık, yerleşim yapısının dağınıklığı ve yatırımların yetersizliği gibi nedenler etkili olmuştur. Aynı zamanda gelişmemiş bölgelerden gelişmiş bölgelere doğru yaşanan göç olgusu ile gelişmiş bölgelerde de yeni sosyo ekonomik sorunlar ortaya çıkmış, işsizliğin artması, yeni alt yapı yatırımlarına ihtiyaç, kaçak yapılaşma ve olumsuz çevresel faktörler gibi birçok sorun yaşanmıştır (Kargı, 2009, s. 20).

Bu kapsamda çalışmamızın yoğunlaştığı Ortadoğu Anadolu Bölgesinde yer alan Malatya Bölgesi, 35.916,6 kilometrekare’lik yüzölçümü ile Türkiye yüzölçümünün % 4,7 ’sini kapsamaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (2010 Nüfus Sayımı) verilerine göre bölgenin kilometrekareye 45 kişi olan nüfus yoğunluğu, 96 olan ülke nüfus yoğunluğunun altındadır. Bölge illerinden Malatya’nın 63 ve Elazığ’ın 65 olan nüfus yoğunluğu bölge değerinin üstünde, Bingöl’ün 31, Tunceli’nin 10 olan nüfus yoğunluğu ise bölge değerinin altında kalmıştır. Bölgenin 2010 yılı yıllık nüfus artış hızı % -0,72’dir (TÜİK, 2011, s. VIII).

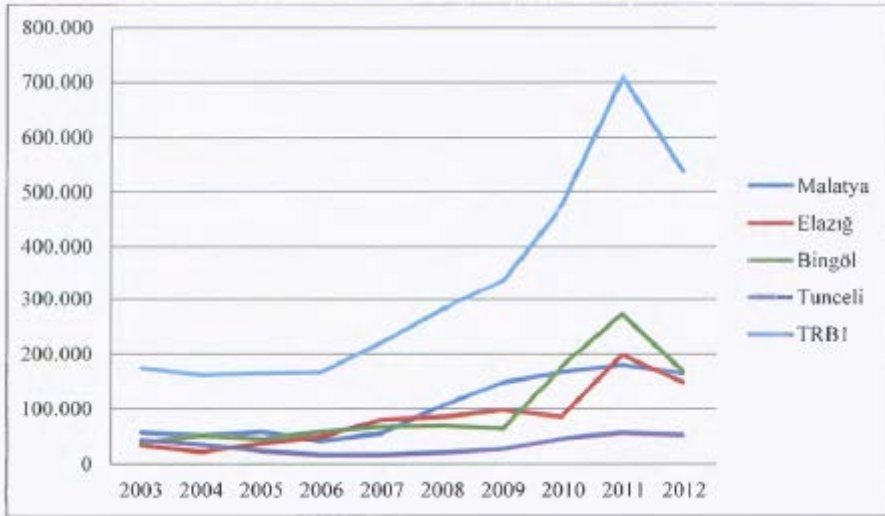
Bölgenin toplam nüfusu 1965 yılında 1.080.047 kişi iken, bu rakam 2012 yılında 1.673.852 olmuş, 2014’te ise 1.690.843 kişiye ulaşmıştır ve Türkiye nüfusunun yaklaşık %2,2’sini oluşturmaktadır. Bölge illerinde toplam nüfusu en fazla olan 5 ilçe sırasıyla; Malatya Merkez, Elazığ Merkez, Bingöl Merkez, Doğanşehir (Malatya), Yeşilyurt (Malatya)’dır. Tunceli Merkez ilçe nüfus büyüklüğü bakımından Kovancılar ilçesinden sonra diğer ilçeler arasında 7. Sırada yer almaktadır (FKA, 2014, s. 16).

Ülkemizin hem sınır, hem de liman bölgelerinden uzak olmasıyla birlikte aynı zamanda iç kesimlerinde yer almanın olumsuzluklarını yaşayan TRB1 Bölgesi’nin ülkemizde Gayri Safi Katma Değeri (GSKD) içindeki payı % 1,3’tür ve bölgenin tarıma dayalı bir ekonomisi bulunmaktadır (FKA, 2014, s. 3). Yine kırsal

ve kentsel nüfus oranı sırasıyla yüzde 13,3 ve yüzde 86,7 olan Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında TRB1 bölgesini de kapsayan Ortadoğu Anadolu bölgesinde bu oran yüzde 30 ve yüzde 70'tir (Sağlık Bakanlığı, 2013, s. 5). TRB1 bölgesi ile ilgili genel bilgiler bu şekildeyken, bölge illerinin sağlık verileri incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizdeki sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu kamu hastanelerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla bölgedeki sağlık göstergelerinin olumlu yönde gelişmesi bölgeye yapılan kamu yatırımlarının da artmasının bir göstergesidir. Kamu yatırımlarının illere ve bölgeye göre dağılımının son 10 yıllık verilerine bakıldığında, bölgede yatırımlarda genel bir artış trendi yaşandığı görülmektedir. Özellikle 2007-2011 arası dönemde bölgedeki kamu yatırımları neredeyse 4 kat daha artmıştır. Bölgedeki iller açısından bakıldığında da, Tunceli'nin kamu yatırımlarından aldığı pay bölgedeki diğer illere göre daha azdır. Bingöl'de ise bu durum tam tersi yönde olup, son dönemde bölgedeki diğer üç ilden daha fazla kamu yatırımı Bingöl'de gerçekleştirilmiştir. 2011-2012 periyodundaysa bölge genelindeki kamu yatırımları tutarının 10 yıldan sonda ilk kez azalma eğilimine girmiştir (FKA, 2014, s. 38-39). 10 yıllık bir süreç sonunda bir azalma yaşanması, küresel ekonomik krizin bölgeye negatif olarak dolaylı bir şekilde yansımaları şeklinde değerlendirilebilecek noktalardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Grafik 2. Kamu Yatırımlarının İllere ve Bölgeye Göre Dağılımı (Bin TL) (2003 - 2012)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Fırat Kalkınma Ajansı (FKA) 2014. *TRB1 2014-2023 Bölge Planı*, Malatya, s.39.

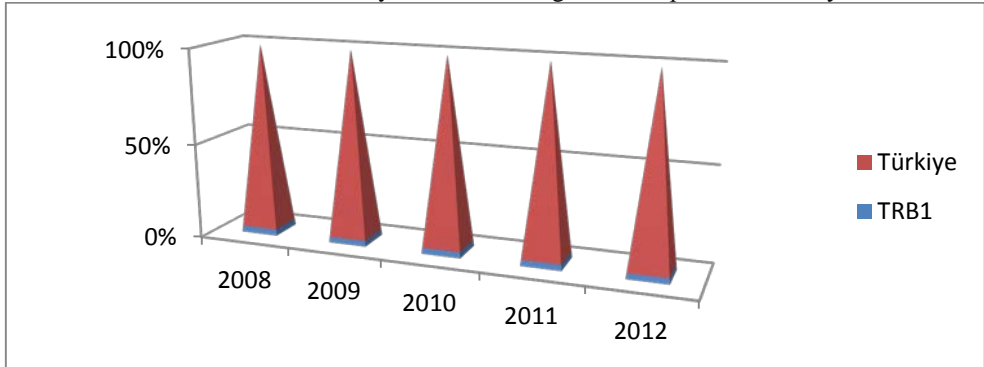
Tablo 4. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Toplam Sağlık Kurumu ve Kurum Yatak Sayıları

Türkiye	Toplam Kurum	Toplam yatak	Sağlık Bakanlığı Kurum	Sağlık Bakanlığı Yatak	Üniversite Kurum	Üniversite yatak	Özel Kurum	Özel Yatak	Diğer kamu	Diğer Kamu
2008	1308	167283	847	114428	57	29912	400	20938	4	2005
2009	1347	172738	834	115443	59	30112	450	25178	4	2005
2010	1397	184339	843	120180	62	35001	489	28063	3	1095
2011	1410	188047	840	121297	65	34802	203	31648	2	300
2012	1483	200072	832	122322	65	35150	541	35767	45	6833
TRB1										
2008	42	5360	29	3448	2	1561	11	351	-	-
2009	41	5136	27	3132	2	1561	12	443	-	-
2010	42	5660	27	3493	2	1670	13	497	-	-
2011	43	5912	26	3587	2	1670	15	755	-	-
2012	45	6006	26	3423	2	1670	15	763	2	150

Kaynak: TÜİK.

Ülkemizde sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri olmak üzere kamu sektörü ve diğer yandan özel hastaneler olmak üzere özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bununla beraber belediye gibi bazı yerel otoritelerce sağlanan sağlık hizmetleri söz konusudur ki bunlarda sağlık hizmetlerinde diğer kamu kurumları olarak adlandırılmaktadır. Bu noktada tablodan görüleceği üzere sağlık hizmeti veren kurumların büyük bir bölümü kamuya aittir ve sağlık hizmetleri ülkemizde ağırlıklı olarak kamu tarafından sunulmaktadır. Türkiye'deki toplam yatak sayısı 2008-2012 döneminde sürekli bir artış göstermişken 2012 itibariyle yatak sayısı 200 bini geçmiştir. Yatak sayısındaki artış oranı 2008-2012 döneminde yaklaşık yüzde 17 olmuştur. TRB1 bölgesinde ise toplam yatak sayısı 2008'de 5360 iken, 2012'de 6006 olmuş ve artış oranı yaklaşık yüzde 11 olarak Türkiye ortalamasının altında kalmıştır.

Grafik 3. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Toplam Yatak Sayısı



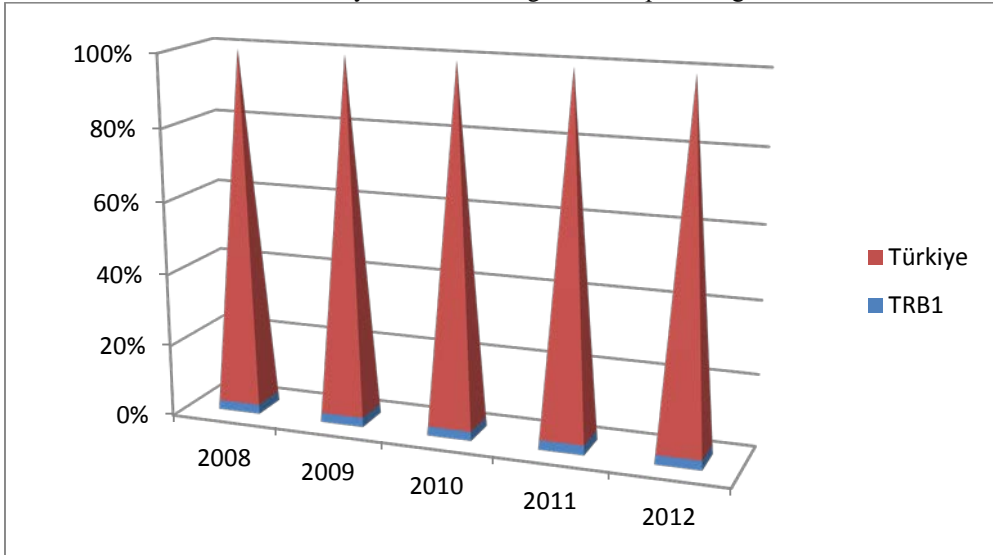
Kaynak: TÜİK.

Tablo 5. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Sağlık Personeli Sayıları

	Yıl	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
Türkiye	2008	56973	35763	20415	113451	19959	24778	89450	99910	47673
	2009	60655	35911	22075	118641	20589	25201	93550	105176	49357
	2010	63563	38818	21066	123447	21432	26506	99302	114772	50343
	2011	66064	39712	20253	126029	21099	26089	110862	124982	51905
	2012	70103	38877	20792	129772	21404	26571	122663	134906	53466
TRB1	2008	1195	886	600	2681	280	402	2809	2873	1627
	2009	1254	882	655	2791	273	418	2866	3001	1669
	2010	1357	959	606	2922	326	430	3123	3055	1647
	2011	1462	985	553	3000	314	442	3571	3671	1798
	2012	1536	1013	560	3109	295	463	3698	3946	1863

Kaynak: TÜİK.

Ülkemizde sağlık personelleri hekim, hemşire, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru ve ebelerden oluşmaktadır. Bu anlamda tablo incelendiğinde her bir kalemden 2008'den sonra sürekli bir artış yaşanmıştır. Dolayısıyla toplam sağlık personeli incelenen dönemde sayısı Türkiye'de sürekli bir artış göstermiştir. TRB1 bölgesine bakıldığında pozitif yöndeki trend bölgede de söz konusu olmuştur. Her bir kalem bazında ve toplamda sağlık personeli sayısında bölgede artış yaşanmıştır. Bu anlamda Türkiye'de sağlık personeli bazında ele alınan dönemde yüzde 12,5'lük bir artış söz konusu olmuş iken, TRB2 bölgesinde bu oran yüzde 12,7 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 4. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Toplam Sağlık Personeli

Kaynak: TÜİK.

Tablo 6. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Yüz bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı, Hekim ve Hemşire Sayısı-2012

	Yüzbin Kişi Başına Düşen Yatak	Sıra	Toplam Hekim	%	Sıra	Hemşire	%	Sıra
Türkiye	265	-	129772	100	-	-	-	-
Malatya	302	18	1468	1,13	23	1917	1,42	18
Elazığ	516	1	1228	0,95	27	1342	0,99	27
Bingöl	237	45	299	0,23	65	518	0,38	57
Tunceli	211	59	114	0,09	80	169	0,13	80

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (2014). *Seçilmiş Göstergelerle Elazığ 2013* (Yayın No. 4312). Ankara, s.48-49.

Hasta başına düşen yatak sayılarına bakıldığında Türkiye’de yüzbin kişi başına düşen yatak sayısı 265 olmuştur. TRB1 bölgesi illerinden Elazığ’a bakıldığında yüzbin kişi başına düşen yatak sayısı Türkiye’de çok iyi bir seviyededir. Nitekim Elazığ neredeyse Türkiye ortalamasının iki katı bir rakama ulaşmıştır ve Elazığ Türkiye’de kişi başına düşen en yüksek yatak sayısına sahip olan il olmuştur. Yine bu noktada Elazığ’ın, ildeki toplam hekim ve hemşire sayısında Türkiye’de 27. il olması Elazığ’ın bu kategorilerde iyi bir noktada olduğunu ortaya koymaktadır. Yine Malatya’nın da yüzbin kişi başına düşen yatak sayısında 18., toplam hekim sayısında 23. ve hemşire sayısında 18. olmuş ve Türkiye ortalamasının üzerinde bir gösterge ortaya koymuştur. Ancak Bingöl ve Tunceli yüzbin kişi başına düşen yatak sayısında Türkiye ortalamasının altında kalmış ve toplam hekim ve hemşire sıralamasında son sıralarda yer almaktadır.

Ülkelerin sağlık göstergeleri olarak farklı birçok değişken ele alınabilir. Bunlardan bazıları genel ölüm oranı ile çocuk ölüm oranlarıdır (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 57-58).

Tablo 7. Nüfus Sayıları ve Ölüm Oranları-2014

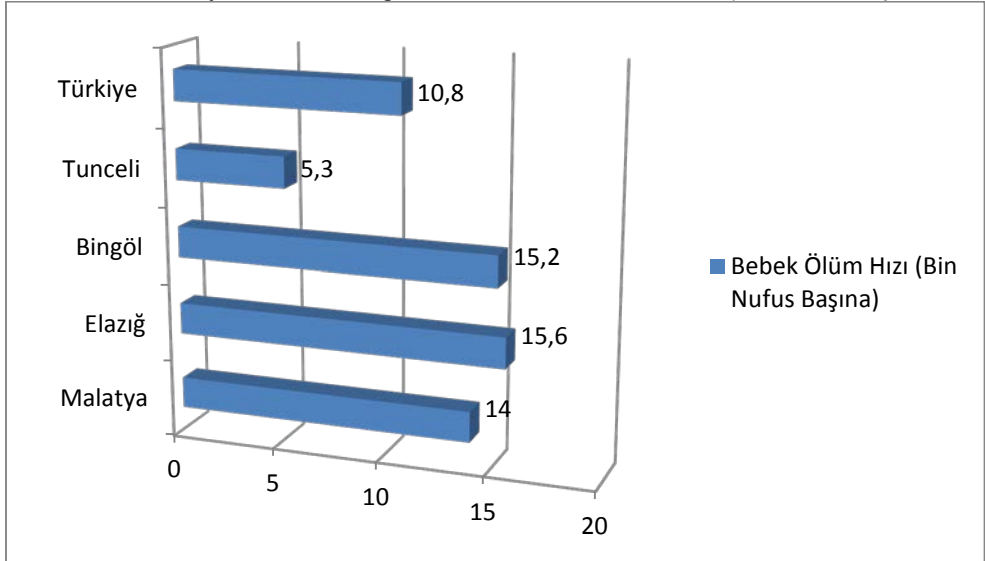
	Nüfus	Ölüm	Ölüm Oranı
Bingöl	266.019	963	%3,06
Elazığ	568.753	2867	%5,04
Malatya	769.544	3700	%4,80
Tunceli	86.527	506	%5,84
TRB1	1.690.843	8036	%4,75
Türkiye	77.695.904	375.291	%4,83

Kaynak: TÜİK.

TÜİK verilerine göre 2014 yılında TRB1 bölgesinin nüfusu 1.690.843 kişiden oluşmaktadır. Bu rakam içerisinde Türkiye’de hayatını kaybeden kişi sayısı yine 2014 itibariyle 375.291 olarak kayıtlara geçmiştir. Oransal olarak bakıldığında ise Türkiye’de 2014 yılında gerçekleşen ölüm oranı % 4,83 olmuştur. Türkiye nüfusunun yaklaşık yüzde 2,2’sini oluşturan TRB1 bölgesi nüfusu ise yine 2014’te 1.690.843 kişidir. TRB1 bölgesinde 2014’te hayatını kaybedenlerin sayısı da 8036

olarak kayıtlara geçmiş ve bu rakamın TRB1 bölgesi içindeki oranı Türkiye ortalamasının altında kalmış ve yüzde 4,75 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 5. Türkiye ve TRB1 Bölgesinde Bebek Ölüm Hızı 2013 (Bin Nüfus Başına)



Kaynak: TÜİK (2014). *Seçilmiş Göstergelerle Tunceli* (Yayın No. 4316). Ankara, s.20.

Türkiye’de önceki yıllarda çok daha yüksek olan bebek ölüm hızı grafikte görüleceği üzere son dönemde binde 10,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam Tunceli’de binde 5,3 ile Türkiye ortalamasının altında kalmıştır. Ancak Bingöl, Elazığ ve Malatya bu noktada Türkiye ortalamasının üzerinde kalarak üzerinde durulması ve bu oranın aşağı çekilmesi gereken bir oran olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye ortalamasında kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı iyi sayılabilecek düzeyde olan Malatya ve Elazığ’da bebek ölüm hızının Türkiye ortalamasının üzerinde olması da karşımıza bir tezat olarak çıkmaktadır. Yine Tunceli’de de toplam hekim ve hemşire sıralamasında neredeyse son sırada olan Tunceli’de de bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasının altında kalmıştır.

SONUÇ

Büyüme de içine alan daha bir bakış açısıyla kalkınma; gerek sosyal gerek kültürel gerekse eğitim ve sağlık gibi alanlarda daha iyi noktalara ulaşılmasını hedefleyen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda yerelden genele ulaşma noktasında kalkınma kavramının bölgesel olarak ele alınmasıyla bölgesel gelişmişlik farklılıklarını gidermeye yönelik “bölgesel kalkınma” kavramı gittikçe gelişen ve üzerinde durulan önemli konulardan olmuştur. Gerek Dünyada gerekse Türkiye’de ticaret, sanayi, eğitim, sağlık gibi birçok farklı alanda bölgeler arasında kendisini gösterebilen bu farklılıkların giderilmesine yönelik farklı politikalar söz konusu olmuştur ve olmaktadır. Bu farklılıkların ortadan kaldırılmasına yönelik hem merkezi ve yerel hükümetlerce

farklı ekonomik ve sosyal politikalar yürütülmekte, hem de kalkınma ajansları ve çeşitli kuruluşlarca da çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde ekonomik faaliyetlerin gerek coğrafi, gerek ekonomik nedenlerle belirli bölgelerde yoğunlaşması da bölgesel gelişmişlik farklılıklarına neden önemli unsurlar olmuştur. Dolayısıyla bazı bölgeler daha çok gelişmişken bazı bölgelerde sanayi ve üretim faaliyetlerinin tam olarak gerçekleştirilememesi gibi nedenlerle daha az gelişmiştir. Bu noktada da nüfus kırsal yaşama devam etmiş ve tarımsal faaliyetle ilgilenmiştir. İncelediğimiz TRB1 bölgesi de bu anlamda sanayinin gelişmediği, kırsal nüfusun yüksek olduğu ve tarımsal faaliyetin yoğunlaştığı bir bölgedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü kamu tarafından sunulmaktadır. Dolayısıyla GSYİH’de sağlık harcamalarının 4’te 3’ü kamu sağlık harcaması olarak gerçekleştirilmektedir. İncelediğimiz TRB1 bölgesi sanayi alanında yatırımların tam olarak bölgeye aktarılmaması nedeniyle yaşadığı kalkınma sorununun sağlık alanında daha az olduğunu belirtebiliriz. Her ne kadar bölgenin kırsal olması, ilçelerin merkez etrafında dağılmış olması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinde önceki dönemlerden kalan olumsuz etkenler dönem dönem geçerli olsa da, toplam sağlık kurumları, yatak sayıları, hekim, hemşire, ebe gibi sağlık personeli sayıları açısından bölgeye yapılan yatırımlar son yıllarda Türkiye ortalamasının üzerindedir. Yine de sağlık alanında bölgede devlet teşviklerinin artırılması, özel sektöre hastane, sağlık merkezi vb. kurulması yönünde destek sağlanması bölgeyi sağlık açısından daha etkin kılacaktır. Aynı şekilde bölgede desteklenmesi ve önem verilmesi gereken bir diğer konu da sağlık turizmidir. Nitekim Bingöl’deki Kös Kaplıcaları, Elazığ’daki Golan Kaplıcaları, Malatya’daki İspendere Kaplıcaları ve Tunceli’deki Bağın (Dedeagaç) Kaplıcalarının tesislerinin geliştirilmesi ve tanıtımı bölgeye artı bir katma değer oluşturacaktır. Yine bölgenin ekonomik anlamda gelişmesine önem verilmesiyle birlikte beraberinde sağlık, eğitim gibi göstergelerin de bu durumdan olumlu anlamda etkileneceği unutulmamalıdır. Aynı şekilde bölgesel kalkınma ajanslarına da bu anlamda önemli roller düşmektedir. Ajanslar bölgede uygulanabilirliğinin analizi doğrultusunda dünyadaki farklı uygulamaları inceleyerek ve bölgenin şartları doğrultusunda kaynaklarını aktarmalıdır. Bununla birlikte bölgedeki kalkınma projelerinin artması ve AB kaynaklarının da bu projeler kapsamında bölgeye kazandırılması büyük önem ifade etmektedir.

KAYNAKÇA

- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi*, 21 (1), 311-322.
- Arslan, K. (2005). Bölgesel Kalkınma Farklılıklarının Giderilmesinde Etkin Bir Araç: Bölgesel Planlama ve Bölgesel Kalkınma Ajansları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler*, 7275 (1), 275-294.
- Atay, N. (2011). AB Bölgesel Gelişme Politikası. *Uluslararası Bölgesel Kalkınma Konferansı*, 22-23 Eylül, Malatya.
- Bloch, H.S. (1968). Regional Development Financing, *International Organization, The Global Partnership: International Agencies and Economic Development*, 22(1), Winter, 182-203.

- Christensen, A., Christensen, P.R., Jensen, S.S., Tonboe, J.C. (1979). Regional Development and Planning. *Acta Sociologica*, 22(2), 191-195.
- Eşiyok, B.A., Sekmen, F. (2012). *Türkiye Ekonomisinde Bölgesel Gelişmişlik Farklılıkları, Doğu Anadolu'nun Bölgesel Gelişmedeki Yeri ve Çözüm Önerileri Raporu*, Ankara: Türkiye Kalkınma Bankası.
- Fırat Kalkınma Ajansı (FKA) (2010). *TRB1 2010-2013 Bölge Planı*, Malatya.
- Fırat Kalkınma Ajansı (FKA) (2014). *TRB1 2014-2023 Bölge Planı*, Malatya.
- İktisadi Kalkınma Vakfı (İKV) (1988). *Avrupa Topuluklarının Bölgesel Kalkınma Politikası* (Yayın No. 6). İstanbul: İKV.
- Kargı, N. (2009). Bölgesel Kalkınma Yaklaşımlarındaki Gelişmeler ve AB Perspektifi Altında Türkiye'nin Bölgesel Politika Analizi, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler*, 3(1), 20-40.
- Özbek, A. (2013). Sosyal Politika-Sosyal Kalkınma İlişkisi. *Karacadağ Bölgesel Kalkınma*, 3(4), 20-22.
- Özer, M. A. (2012). Türkiye'de Bölgesel Kalkınma Ajanslarının Sosyal Ekonomik İşlevleri. *Kamu-İs*, 12(2), 37-74.
- Nath, V. (1971). Regional Development Policies. *Economic and Political Weekly*, 6 (30/32), 1601+1603-1608.
- Pike, A., Pose, A.R., Tomaney, J. (2007). What Kind of Local and Regional Development and for Whom?. *Regional Studies*, 41(9), 1253-1269.
- Rowland, D. (1996). Regional Development in Canada: Problems and Prospects, *Canadian Journal of Economics*, 29, Special Issue, 340-343.
- Sayın, F. ve Oral, B.G. (2013). Bölgesel Eşitsizliklerin Sağlık Göstergeleri İle Analizi: Manisa İlinin Sağlık Statüsü. *V. Yerel Ekonomiler Kongresi*, 9-11 Mayıs, Salihli, Manisa.
- Şen, Z. (2004). Türkiye'nin Avrupa Birliği Adaylığı ve Katılım Öncesi Stratejisi Çerçevesinde Bölgesel Politika Alanında Uyum Durumunun Değerlendirilmesi, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Taş, B. (2006). AB Uyum Sürecinde Türkiye için Yeni bir Bölge Kavramı: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS). *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 5(2), Aralık, 185-197.
- TC. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu (DDK) (2014), *Türkiye'nin Kalkınma Ajansları Uygulamasının Değerlendirilmesi* (Rapor No. 2014/3). Ankara.
- TC. Sağlık Bakanlığı (2014). *2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığı* (Yayın No. 956). Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2011). *Bölgesel Göstergeler TRB1* (Yayın No: 3571). Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2009-2012*, Haber Bülteni, Sayı: 15871, 10 Ekim 2013.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). *Seçilmiş Göstergelerle Elazığ 2013* (Yayın No. 4312). Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). *Seçilmiş Göstergelerle Tunceli* (Yayın No. 4316). Ankara.
- Yazar, D., Doğan, T., Kuzu, İ. (2013). Kalkınma Planlarında Bölgesel Politika ve Sosyal Politika İlişkisi. *Karacadağ Bölgesel Kalkınma*, 3(4), Temmuz, 16-19.
- Yılmaz, Ö., Temurlenk, Ö.Y. (2005). Türkiye'deki İstatistik Bölgelerinin Kişi Başına Düşen Gelir Açısından Hiyerarşik ve Hiyerarşik Olmayan Kümeleme Analizi İle Değerlendirilmesi: 1965-2001. *Atatürk Üniversitesi İİBF*, 19(2), 75-92.
- Yumuşak, İ. G., Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi*, 4(1), 57-70.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 16(1), 591-610.