

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
YÜKSEK LİSANS**



**KKTC EKONOMİSİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN
ROLÜ VE ÖNEMİ**

**HAZIRLAYAN
İSMET SALİHOĞLU**

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ
BİLİMLER FAKÜLTESİNE MASTER İÇİN SUNULAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEZ DANIŞMANI DOÇ.DR FİKRET KUTSAL**

**HAZİRAN 1998
LEFKOŞA-KKTC**



İÇİNDEKİLER



Sayfa No

I. GİRİŞ	1-8
I.1. KIBRIS'IN GENEL GÖRÜNÜMÜ	
I.1.1. KIBRIS'IN COĞRAFI DURUMU	
I.1.2. KIBRIS'IN TARİHİNE KISA BİR BAKIŞ	
I.2. KKTC EKONOMİSİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ	
I.2.1 KIBRIS TÜRK FEDERE DEVLETİNDE PLANLAMA	
I.2.1.1. 1997 GEÇİŞ YILI PROGRAMI İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
I.2.1.2. BİRİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1978-1982) İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
I.2.1.3. 1983-1986 GEÇİŞ YILLARI DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
I.2.1.4. İKİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1988-1992) DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
I.2.1.5. ÜÇÜNCÜ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1993-1997) DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
I.2.1.6. 1998 GEÇİŞ YILI PROGRAMI İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ	
II. KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN BUGÜNKÜ YASALAR KARŞISINDAKİ DURUMU	9
III. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YÖNETİM BİRİMLERİ	10
III.1. TARİHSEL GELİŞİMİ	
III.2. KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM BİRİMLERİ (YAPISAL ŞEMASI)	
IV. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ PLANLI DÖNEMDEKİ GENEL GÖRÜNÜMÜ	12-21
IV.1. DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ	
V. KKTC SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN BUGÜNKÜ DURUMU	23-25
VI. MATERIAL VE METHOD	29
VI.1. MATERIAL	
VI.2. METHOD	
VII. ARAŞTIRMA KONUSU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI	30
VIII. ALTERNATİF ÇÖZÜMLER	31
IX. ÖZET VE SONUÇ	32
IX.1. ÖZET	
IX.2. SONUÇ	

ÖNSÖZ

Lisans eğitimimi tamamladığım 1985 yılından beri , lisans üstü eğitim yapabilmek için uğraş vermekle beraber , KKTC’de lisans üstü eğitim veren yeterli kurum olmadığından bu güne kadar ertelemek zorunda kaldım.

Yakın Doğu Üniversitesi’nin açmış olduğu lisans üstü eğitim programına katılarak arzu ettiğim eğitimi yapma olanağı buldum.

Eğitimime olanak sağlayan Yakın Doğu Üniversitesi’nin kurucusu ve öğretim görevlisi sayın Dr. Suat Günsel ve Danışmanım sayın Doç.Dr. Fikret Kutsal’a teşekkür ederim.

TABLolar:

	<u>Pages</u>
Tablo I: 1978-1982 DÖNEMİNDE DEVLETÇE YAPILMASI ÖNGÖRÜLEN KALKINMA HARCAMALARI	7
TABLO II : KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM BİRİMLERİ (YAPISAL ŞEMASI)	11
TABLO III:SAĞLIK PERSONELİNİN 1977 YILI İTİBARIYLA HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİNE GÖRE DAĞILIMI	12
TABLO IV:BİRİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI DÖNEMİNDE ÖNGÖRÜLEN DEVLET YATIRIM HARCAMALARI	15
TABLO V: SAĞLIK PERSONELİNİN 1987 YILI İTİBARIYLA HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİNE GÖRE DAĞILIMI	16
TABLO VI:1987 YILI İTİBARI İLE YATAK VE SAĞLIK KURULUŞLARININ BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI	17
TABLO VII:KAMU SAĞLIK SERVİSLERİNDEKİ YATAK DURUMU	18
TABLO VIII:1997 YILI İTİBARIYLA ÇALIŞAN PERSONELİN HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİNE GÖRE DAĞILIMI	19
TABLO IX: 1997 YILI İTİBARIYLA HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİNDEKİ YATAK DURUMU	20
TABLO X: DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ'NİN 1977 YILINDA YATAK KAPASİTESİ VE SERVİSLER	21
TABLO XI:1977 YILI İTİBARIYLA DR.B.N.D. HASTANESİNDEKİ DOKTORLARIN BRANŞLARINA GÖRE DAĞILIMI	22
TABLO XII:SAĞLIK PERSONELİNİN 1976-1996 YILLARINDAKİ DURUMU	26
TABLO XIII:SAĞLIK GÖSTERGELERİ	27

I.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun tanımına göre sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir.

Bu tanımdan hareketle Dünya Sağlık Örgütü 2000'li yıllarda "herkese eşit ve dengeli sağlık hizmeti" sloganıyla sağlık hizmetlerinin globalleşen dünyamıza yaygınlaştırılması yönünde çalışma başlatmıştır.

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.

Her alanda olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de beklenen kalite ve verim düzeyinin elde edilmesi için, sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetimi profesyonellerce icra edilmelidir. Çünkü sağlık örgütlerinin en üst kademesinden en alt kademesine kadar olan pozisyonlarda çalışanlar , yönetimle ilgili görevler icra etmektedir.

Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri hastanelerdir. Dolayısıyla sözkonusu hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle bu birimlerin çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri üretim unsurları (insan gücü, sermaye , tıbbi araç-gereç vb.) bakımdan yetersizlikten söz edilmektedir. Bunun yanında , hastanelerin verimlilik ölçütü olarak kabul edilen "yatak kullanım oranı" , 1997 verilerine göre ülkemizdeki en büyük hastane olan , ihtisas hastanesi konumundaki Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde %32 civarındadır. İşte burada; söz konusu işletmelerde üretim faktörlerinin daha etkin bir şekilde kullanılması , dolayısı ile verimliliğin yüksetilmesi açısından, etkin bir yönetim ve organizasyon faaliyetinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu tezde "K.K.T.C. Ekonomisi içinde sağlık sektörünün rolü ve önemi"nin belirlenmesi için, gelişmekte olan bir ülke olan ülkemizdeki 1977 yılında başlayan planlı ekonomi çalışmalarındaki sağlık sektörü incelenmiş, sorunlar belirlenerek, çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır.

I.1. KIBRIS'IN GENEL GÖRÜNÜMÜ

I.1.1. KIBRIS'IN COĞRAFİ DURUMU

Kıbrıs ,Akdeniz'in kuzeydoğusunda , Akdenizdeki Sicilya ve Sardunya adalarından sonra üçüncü büyüklükteki adadır.

Yüzölçümü 3572 mil , doğu ile batı uçları arasındaki en uzun mesafe Ayandreya Burnu ile Arnavut Burnu arasında 141 mil ;genişliği kuzeyde Kormacit Burnu ile güneyde Gata Burnu arasında 60 mil'dir.

Kıbrıs yeryüzü şekilleri bakımından dört bölgeye ayrılmaktadır.

1. Girne Dağları ve Karpaz Yarımadası: Komacit Burnu ile Ayandreya Burnu arasında kuzey sahilleri boyunca uzanan bölgedir.
2. Orta Çukur Alanı: Kuzey'de Girne dağları ile Güney'de Trodos dağları arasındaki bölgedir.
3. Trodos Dağları: Gemikonağı'ndan Dikelya'ya çizilen çizginin Güneyindeki bölge olup , yaklaşık adanın yarısıdır.
4. Kıyı Ovaları: Kıbrıs'ın kıyıları boyunca yer yer rastlanan ovalardır.

Sahilleri: Kıbrıs'ın kıyıları hayli girintili çıkıntılıdır.Kuzeybatı tarafından yüksek kıyı tipi görülmektedir.Adanın dört yanında limanlar vardır.

Başlıcaları ; Gazimagosa , Larnaka , Limasol , Baf , Poli , İksero ve Girne limanları olup, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti içerisindeki en önemli liman Gazimagosa limanıdır.

Kıbrıs kıyılarının uzunluğu 476 mildir.

Adanın sahilleri yapılacak hücumlara çok uygun olduğundan ve eski devirlerde korsanların bundan ötürü adaya kolayca sık sık baskınlar yapmaları,halkı soymaları sonucu köylerin genellikle denizden uzak ya da görülmeyen yerlerde kurulması zorunluluğunu yaratmıştır.

Kıbrısı çeviren denizin fazla tuzlu oluşundan balık yatakları azdır.Bu nedenle adada balıkçılık gelişmemiştir.

Toprakları:Kıbrıs genelde bir tarım ülkesidir.Toprakların tarıma uygun oluşundan her devirde ada halkı tarımla bilhassa buğday ve arpa ekimi ile uğraşmıştır.Ekilen alanın %20'si ağaç ürünlerine ayrılmıştır.Bunlar limongiller,zeytin , üzüm olup dış ülkelere ihraç edilen ürünlerin önemli bir kısmını sağlamaktadır.

İlk çağın başlarında adanın büyük bir bölümü ormanlarla kaplı olduğu halde gemi yapımı, dış ülkelere odun dışsatımı,bakır madenlerinin işletilmesi , yangınlarla keçi gibi hayvanların zararları bu ormanların azalmasına neden oldu.Bu gün orman bölgesi ada arazisinin %20'sini kaplamaktadır.

Kıbrıs topraklarında bakır,amiyanto ,krom gibi maden yatakları bulunmaktadır. Eskilerde az miktarda altın da bulunduğu bazı yazıtlarda yer almaktadır.

İklimi: Adanın iklimi , yazları sıcak ve kurak , kışları ılıman ve yağışlı Akdeniz iklimidir. Yazların sıcaklığını , muntazaman esen deniz meltemi hafifletmektedir.Kıyılarda en sıcak ayın ortalaması 28 derece , en soğuk ayın ortalaması ise 10 derece civarında olup , bu ısı iç bölgelerde sırasıyla 29 derece ile 12.8 derecedir. Yağışlar genellikle Ekim-Nisan ayları arasında olmakta ,Beşparmakların kuzeye bakan yüzlerine yağış 500-700 mm,Karlıdağ'ın yüksek bölgelerinde ise bir metreyi geçmektedir.İç ova 300-400 mm yağış almaktadır.

Kıbrıs'ın iklim koşulları nedeniyle eskiden beri adaya hatırı sayılır gezgin gelmektedir. Gezginlerin ziyaret nedenleri hakkında tarihsel eserler bakımından adanın zengin oluşu da önemli bir etkindir.

Ovaları , Akarsuları ,Körfezleri , Burunları , Göletleri;Kıbrıs'ın kıyılarındaki ovalardan başka Doğu'da Gazimağusa körfezinden, Batı'da Güzelyurt Körfezine dek uzanan Beşparmak dağları ile Trodos Dağları arasında kalan, uzunluğu 70 mil kadar, genişliği ise Güzelyurt Körfezi yakınlarında 3-5 mil , Mağusa'ya doğru 25 mil kadar Meserya Ovası ve Güzelyurt Ovası olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır.

Kıbrı'nın nehir özelliğinde akarsuları yoktur.Hemen hepsi yağmur suları ile beslendiğinden, yağmur mevsimlerinde akmaktadır.Yağmurun şiddetine, yağışına göre akış süreleri ve taşıdıkları su değişmektedir.

Adanın başlıca Akarsuları: Kanlıdere,Çakıllıdere ,Maratasa deresi , Ziyarizo deresi , Ezusa deresi ,Yermasoya deresi , Kurium Deresi , Kurudere adanın başlıca akarsularıdır.

Bu derelerin yanında Değirmenlik , Lapta , Karava , Yeroskipos ,Aspera pınarları da anılmaya değer olup bunlardan Değirmenlik pınar günümüzde kurumuştur.

Körfezlerde burunlara gelince , belli başlı körfezler ve burunlar şunlardır:

Doğuda Gazimağusa Körfezi ,Güneydoğuda Larnaka Körfezi, Güneyde Ağrotur ve Piskobu Körfezleri ,Kuzeybatıda Hirsofu Körfezi , Kuzeyde Güzelyurt Körfezi.

Burunlar ise Karpaz yarımadasının en ucunda güneye doğru giderek , Ayendreya , İlya , Girekoya'da Poyraz , Pile ,Çite ,Dalos , Gata yada Kedi , Aspro yada Beyaz ,Direpanum , Arnavut ,Pomo , Koçcina yada Erenköy , Kormacit ve Pilakoti'dir.

Larnaka'nın tuz gölüyle Ağrotur yarımadasındaki Ağrotur gölü yanında Sotira'yla Paralimni köyleri arasında Paralimni Gölü , Kıbrıs'ın Göllerini oluşturmaktadır. Tuz gölünden eskiden beri tuz elde edilmektedir.

Yüzölçümü: Adanın yüzölçümü 9251 km olup , Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti toprağı bunun %37'sini yani 3355 km 'sini kapsarken Güney Kıbrıs Rum Cumhuriyeti de 5896 km toprağa sahiptir.

I.1.2. KIBRIS TARİHİNE KISA BİR BAKIŞ:

Dünyanın oluşumu , insanlığın gelişim süreci ve Kıbrıs'ın ada oluşu göz önüne alınırsa ,Kıbrıs'a insanların sonradan geldiği düşünülmelidir.

Kıbrıs'ta bugüne kadar yapılan tüm Arkeolojik araştırmalar Kıbrıs'ta yerleşme tarihinin İ.Ö 6000 yılına kadar indiğini göstermektedir.

Güney kıyılarında bulunan Khirokitia Köyü yakınında cilalıtaş dönemine ait çakmak taşı ve obsidiyenden yapılmış aletler bulunmuştur.Cilalıtaş dönemine ait elimizde geniş bilgi olmamakla birlikte bu dönem insanının Mezopotamya ve Mısır'dan adaya gelip yerleştiği sanılmaktadır.

Yine güney kıyısında bulunan Sotira köyünde İ.Ö 4000 yılına ait yuvarlak biçimli süslü vazolar bulunmuştur.Bugüne kadar yapılan kazılarda ilk buluntuların kıyılarda bulunması ;bize adada yerleşim yerlerinin kıyılarda başladığını ve daha sonraları iç bölgelere geçildiğini kanıtlamaktadır.

Kıbrıs'taki Arkeolojik kazılarda bulunan eşyalar sürekli bir kültür gelişimi olduğunu ispatlamaktadır.

Konutlar ise yine Güney Kıyılarında bulunan Khirokitia köyünde İ.Ö 4000-3500 yılları arasındaki Neolitik devire rastlamaktadır.Bu dönemde insanlar taş ve odunu işleyerek "Thalos" denilen kulübeler yaparlardı.

Neolitik devirden sonra Kıbrıs'ın Tunç (Bronz) devrini yaşamaya başladığını ; adada ticaret merkezi haline geldiği ve Kıbrıs adını da bakır madeninden ötürü aldığı söylenmektedir.

Kıbrıs'ta ticaret önce Fenikelilerin daha sonra da İ.Ö. 669 'a değin Asurluların eline geçmiştir.Asur egemenliği sona erince ada İ.Ö. 50 yılında Roma egemenliğine girdi. Roma kültürünün günümüzde özellikle Salamis harebeleriyle görmek mümkündür.

Roma İmparatorluğu'nun ikiye bölünmesiyle Bizans İmparatorluğunun yönetimine giren Kıbrıs , 1192 yılında üçüncü haçlı seferlerinde İngiltere Kralı Richard I tarafından alınıp , Guy de Lusignan'a satıldı. 1194 yılında Guy de Lusignan tarafından Kıbrıs bağımsız bir krallığa dönüştürülmüştü.

Kıbrıs krallığı 1489 yılına kadar devam etti.1489 yılında Kıbrıs Venediklilerin egemenliğine girip , 1571'e kadar Venedik egemenliğinde kaldı. Aynı tarihte de Osmanlı İmparatorluğu'nun egemenliğine geçti.

1877-1878 Osmanlı-Rus savaşının Osmanlı İmparatorluğu'nun yenilgisiyle sonuçlanması üzerine, İngiltere'nin Osmanlı İmparatorluğu'nu koruması koşuluyla Kıbrıs adası İngiltere'ye kiralandı.

Birinci Dünya Savaşı sırasında Kıbrıs İngiltere tarafından ilhak edildi.

İngiltere , Türkiye ve Yunanistan'ın imzalaması sonucu 1960 yılında bağımsız Kıbrıs Cumhuriyeti kuruldu.

1967'de Yunanistan'da iktidarı ele geçiren Albaylar cuntası ,15 Temmuz 1974 tarihinde Kıbrıs'ta darbe girişiminde bulundu ve iktidarı ele geçirdi.20 Temmuz,1974'de Türkiye'nin 1960 antlaşmaları uyarınca garantörlüğünü kullanarak Barış hareketini gerçekleştirmesi sonucu ada ikiye bölündü.Güney kısmında Rumlar,Kuzey kısmında da Türkler yaşamaya başladı.

Sonuçsuz kalan görüşmeler sonrasında 15 Kasım1983'te Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C) kuruldu.

Kıbrıs'ın son süreç içinde bazı bölgelerinde yoğunlaşan insan yerleşimleri kentlere dönüşmüştür.

Bunların dışında kalan yerleşim birimleri kırsal alanda köy niteliğinde ,tarımla uğraşan birimler halindedir.

I.2. KIBRIS EKONOMİSİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ

I.2.1. KIBRIS TÜRK FEDERE DEVLETİNDE PLANLAMA

Gelişmekte olan ülkelerde kalkınmada bir umut olarak görülen planlama, kendi öz vatanında yıllarca ekonomik , sosyal ve siyasal baskılarla sindirilip, yok edilmeye çalışılan Kıbrıs Türk'ü tarafından da topluca gelişmenin bir aracı olarak özlenmiştir. Bu amaçla 1968 yılında Planlama Teşkilatı Kurulup, işbirliği sağlanmış ve bu örgüt tarafından bazı plan denemelerine de girilmiş olmakla beraber , özellikle ekonomik büyüklüklere hakim olunamaması nedeniyle geniş kapsamlı bir plan hazırlanamamıştır.

I.2.1.1. 1977 GEÇİŞ YILI PROGRAMI İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Barış Harekatından önceki dönemde ada nüfusunun beşte birini oluşturan Kıbrıs Türkü , yaratılan Gayri Safi Milli Hasılanın ancak %5'ine sahip karamsar işsizlik oranı yüksek , dışa göçeden bir tarım toplumu niteliğinde idi.

Barış Harekatını izleyen dönemde, özellikle Kıbrıs Türk Federe Devleti nüfusunun hemen hemen yarıya yakın bir bölümünün Kuzey Kıbrıs'ta yeniden yerleşmesi , oluşan hızlı nüfus hareketleri ve kapsamlı bir ekonomik planlamaya olanak sağlayacak veri yetersizliği nedeniyle hemen bir plan yapılması olanağı olmamıştır.

Ancak planlı ekonomiye geçişi sağlamak , ekonomiye yön vermek ve üretim faktörlerinin tam kullanımını sağlamak amacıyla , 1977 yılında bir Geçiş Yılı Programı hazırlanıp , uygulamaya konulmuştur. Program genel olarak seçilen amaçlara ulaşılabilmesi bakımından Devletce alınması gereken önlemleri belirleyen ilk planlı çalışma girişimidir.

Bu dönemde K.T.F.D'de 2 genel hastane , 2 bölge hastanesi 10 sağlık merkezi vardı. 1975-77 döneminde bu merkezlerde çalışan uzman hekim sayısında %15 , pratisyen hekim sayısında %32 , asistan hekim sayısında %38 artış olmuştur. Bu duruma göre her bir doktora 1629 kişi her bir diş doktoruna ise 13181 kişi düşmekte idi. Bu miktarlar şehirlerde ve kırsal bölgelerde büyük farklılık göstermektedir. Hemşire , hastabakıcı ve ebe sayısı çok az olup ihtiyaca cevap verememekte idi. 1977 yılında genel olarak sağlık hizmetlerine 240000 kişi başvurmuş , bunlardan 10600 kişi yatılı tedavi görmüştür. Hasta yatak sayısı ise Lefkoşa Devlet Hastanesinin kullanıma açılmasıyla 497'den 620'ye yükselmiştir.

I.2.1.2. BİRİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI(1978-1982) İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ

1975-1977 Döneminde elde edilen gelişmelerle , geçirilen deneyler uzun vadeli bir planın hazırlanmasına olanak sağlamıştır. Yeni plan , kamu kesimi için emredici , özel kesim için ise yol gösterici olmuştur. Plan ekonomik , sosyal , kültürel , idari , hukuki ve fiziki kalkınmayı öngören çok yönlü bir kavramdır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, makro düzeyde , sektörler ve proje bazında yapılan inceleme ve bulgular sonucu hazırlanmış ve planda kısa ve orta vadeli politika tedbirleri ile ulaşılacak amaç ve hedeflerin ortaya konulmasına çalışılmıştır. Bu şekilde , ilerde tüm çabaların yönlendirileceği daha kapsamlı ve dinamik planlara yol açılmıştır.

Planda karma bir sisteme dayalı olan ekonomimizin , kamu ve özel sektör açısından dışa açık , rekabetçi özellikler taşıması kabul edilmiş , bu nedenle K.T.F.D'nde yaratılan ve yarıllacak olan mal ve hizmetlerin rekabetçi bir özelliğe sahip olmasına , bu özelliğin korunup , geliştirilmesine özen gösterilmiş ; tarım ve sanayide verimliliğin artırılması , turizm gelirlerinin ödemeler dengesine olumlu katkıda bulunacak şekilde geliştirilmesi benimsenmiştir.Planla getirilen alt yapı projeleri kurumsal önlemler , dışsal ekonomi sağlayıcı , verimliliği ve rekabet gücünü artırıcı çözümlerdir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde , gayri safi sermaye yatırımları yanında , Devletin ; gelişme carileri , transferler , krediler , v.b. ekonomik kalkınmaya yönelik , harcamaları 771.17 milyon TL olarak belirlenmiştir. (Tablo 1)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde kamu sağlık hizmetleri , Lefkoşa ve Gazimağusa'da 2 genel hastane , Girne ve Yeşilyurt'ta 2 bölge hastanesi , kalabalık nüfuslu köylerde de 10 sağlık merkezi bulunmakta idi.

Hastane ve sağlık merkezlerinde 43 mütehassıs hekim , 33 pratisyen hekim , 11 asistan hekim , 11 diş hekimi ve 14 eczacı görev yapıyordu.

Doktor başına 1629 kişi , diş doktoruna ise 13181 kişi düşmekte idi.

I.2.1.3 1983-1986 GEÇİŞ YILLARI DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ:

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedeflerine ulaşılmaması ve ülkede ekonomik sorunların artması plan dönemi sonunda , Geçiş Yılları Döneminin yaşanmasını zaruri kılmıştır. 1983-1986 yıllarındaki Geçiş Yılları Döneminde de arzu edilen hedeflere ulaşamamıştır.

I.2.1.4. İKİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1988-1992) DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK:

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı , istikrar içinde kalkınmanın sağlanmasını , K.K.T.C.'nin kendi kendine yeterli hale gelmesini , liberal ekonomi işleyişi içinde dış dünyaya sağlıklı bir açılımı sağlayacak , dışsatımı artırmayı temel amaç edinmiştir.

Ancak , Plan dönemi sonuna gelindiğinde yine hedefe ulaşamadığı ve bütçe açığının büyüdüğü gözlemlenmiştir.

Buna rağmen İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık sektöründe birtakım ilerlemeler görülmüştür.

Plan döneminde sağlık kurumlarının ve sağlık personelinin sayısı artmış ve sağlık hizmetlerinin standardı yükselmiştir. Bu dönemde hasatane sayısı 5'ten 10'a , hekim sayısı 128'den 162'ye , hamşire-ebe sayısı 291'den 392'ye yükselmiştir.Sağlık sektöründeki genel iyileşmeye paralel olarak sağlık hizmetleri kırsal alana da yaygınlaştırılmış , sağlık merkezi sayısı 11'den 16'ya yükseltilmiştir.

Sağlık alanında sağlanan gelişmeler sonucunda sağlık hizmetlerinde kullanılan araç-gereç ve cihazların teknolojik düzeyleri yükselterek tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin ülkemizde de tatbikine olanak sağlamış , kişi başına düşen doktor ve yatak sayısı yükseltilmiştir. Plan döneminde doktor başına düşen kişi sayısı 1487'den 1232'ye düşürülmüş , yatak başına düşen nüfus sayısı azaltılmıştır ve 1000 kişiye düşen yatak sayısı 4.6'dan 5.3'e çıkarılmıştır.Bu dönem de toplam hasta yatağı sayısı 758'den 935'e yükseltilmiştir.

**TABLO I: 1978-82 DÖNEMİNDE DEVLETÇE YAPILMASI ÖNGÖRÜLEN YATIRIM
HARCAMALARI (milyon tl. 1977 fiyatları ile)**

HARCAMANIN İÇERİĞİ	TL	%
TARIM VE SU İŞLERİ BİTKİSEL ÜRETİM HAYVANCILIK SU GELİŞTİRME VETERİNER HİZMETLERİ ORMANCILIK SU ÜRÜNLERİ METEROLOJİ DEVLET ÜRETME ÇİFTLİKLERİ SU İŞLERİ	440.69	57.1
MADENCİLİK VE TAŞOCAKÇILIĞI	3.85	0.5
İMALAT	45.30	5.9
TİCARET VE PAZARLAMA	50.30	6.5
TURİZM	44.50	5.8
ULAŞTIRMA VE HABERLEŞME KARAYOLLARI DENİZYOLLARI HAVAYOLLARI TELOKOMÜNİKASYON POSTA	11.53	1.5
EĞİTİM	137.80	17.9
KÜLTÜR GENÇLİK VE SPOR	15.00	1.9
SAĞLIK HİZMETLERİ	22.20	2.9
TOPLAM DEVLET YATIRIM HARCAMALARI	771.17 MİLYON TL	100%

Kaynak: DPÖ (Birinci beş yıllık Kalkınma Planı)

Birinci beş yıllık kalkınma planı döneminde Devletin öngördüğü yatırım harcamalarında Tarım ve Su İşleri için planlanan yatırım bütçenin yaklaşık %60'ını kapsarken , sağlık için ayrılan pay %5-6 civarında olmuştur. Bu pay sağlık yatırımları için öngörülen miktarın yetersiz ve çok az olduğunu göstermektedir.

I.2.1.5.ÜÇÜNCÜ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI(1993-1997)DÖNEMİ İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ:

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde K.K.T.C'de yaşanan ağır ekonomik kriz ve sorunlar , plan hedeflerinin realize edilmesini önleyen en önemli etkenler olmuştur. Finansman yetersizliği nedeniyle bu dönemde kamu yatırımları yeterli düzeyde geliştirilememiştir.

Ekonomideki durgunluk 1993-1997 dönemini kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın uygulama sürecinin temel karakteri haline gelmiştir. Bu bakımdan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi, hedeflerin ve amaçların realize edilmesi açısından olumsuzluklar taşımıştır.Sözkonusu olumsuzluklar sadece plan dönemini etkilemekle kalmamış , ileriye dönük etkiler de yaratmıştır. Bu etkilerin en önemlilerinden biri ekonomideki istikrarsızlık ve belirsizliklerin uzun vadeli yaklaşımlarda bulunmayı engellemesidir.

I.2.1.6. 1998 GEÇİŞ YILI PROGRAMI İÇİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ:

Ülkemizin içerisinde bulunduğu koşullar , ekonomide bir toparlanma zamanını yaratmak , belirsizlikleri açığa çıkarmak , ekonominin finansman gereklerini ve kaynaklarını kesinleştirmek ve değişen koşullara uygun veri tabanını ve yeni girdi- çıktı tablosunu hazırlamak ihtiyacı doğmuştur. Bu ihtiyacın karşılanabilmesi ve sağlıklı bir plan dönemine geçiş için gerekli koşulların yaratılabilmesi amacıyla 1998 yılını bir "Geçiş Yılı" olarak kabul etmek ihtiyacı duyulmuştur.

1998 Geçiş Yılı Programı'nın temel amacı , KKTC'nin sosyo-ekonomik gelişmesine hız kazandıracak ve sağlıklı bir gelişmeyi sağlayacak yeni bir yapılanmanın alt-yapısını geliştirmek ,ekonomide bir toparlanma ve canlandırma sürecini başlatmak , bozulan makro ekonomik dengeleri düzeltmektir.

Ekonomide istikrarın sağlanması ve yapısal reform programının başarıyla uygulanabilmesi için kaynak ihtiyacını karşılaması zorunluğu vardır.Ekonominin finansman ihtiyacını karşılaması , ekonomik durgunluğun aşılmasında ve yapısal gerçekleştirilmesinde son derece önemli bir adımdır.

1998 Geçiş Yılı Programı döneminde KKTC'nin önemli sorunlarından biri olan yüksek enflasyonun sürmesi beklenmektedir.Yüksek enflasyon para birimi olarak Türk Lirası'nı kullandığımızdan sürekli karşımızda durmaktadır.

1998 yılında Devlet Bütçesinden sağlık harcamalarına ayrılan pay daha önceki plan dönemlerinde olduğu gibi yetersiz olduğundan ülkemizde çağdaş sağlık hizmeti verilmesi mümkün olmamaktadır.

II.KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN BUGÜNKÜ YASALAR KARŞISINDAKİ DURUMU

1963 yılında Kıbrıs Rum Toplumunun , Kıbrıs Türk Toplumunu yok ediş saldırılarından sonra , Kıbrıs Türk Yönetimi , ülkedeki kamu sektöründe çalışanların durumlarını yasal bir zemine oturtmak için bir takım önlemler almış ve yasa çalışmalarına başlamıştır.

Bu çalışmalar sonrasında ilk olarak 7 Mayıs 1968 tarihinde yürürlüğe konan Türk Amme Hizmeti (Geçici) Tüzüğü ile kamu sektöründe düzenleme getirilmiştir.

Bahse konu tüzük genel olarak tüm ülkedeki kamu sektörüne hitap etmekte idi.

Sağlık hizmetlerinin özelliğini dikkate alan Kıbrıs Geçici Türk Yönetimi Meclisi 23 Temmuz 1969 tarihinde , 12/1969 sayılı Hastaneleri Kontrol Kuralını yaşama geçirmiş , daha sonra da bu kurala atfen 15 Eylül 1969 tarihinde 8/1969 sayılı Kıbrıs Türk Cemaati Hastaneler Yönetmeliğini yürürlüğe koymuştur.

1974 , Barış Harekatından sonra kurulan Kıbrıs Türk Federe Devleti Meclisi kamu görevlilerinin çalışma koşulları , özlük hakları , ödev ve yükümlülüklerini belirlemek amacıyla 6 Haziran 1979 tarihinde 7/1979 sayılı Kamu Görevlileri Yasasını yürürlüğe koymuştur. Günün koşullarına uygun olarak , ihtiyaç duyulan değişikliklere tabi tutulan bu yasa halen yürürlükte bulunmaktadır.

Diğer yandan 1969 yılından beri yürürlükte bulunan 1969 Hastaneler Yönetmeliği'nin günün koşullarına yetersiz kalması ve sağlık hizmetlerinin ayrı bir çatı altında toplanmasını gerekli gören dönemin yetkilileri , 9 Temmuz 1981 tarihinde 59/1981 sayılı Tıp ve Sağlık Dairesi Yasası'nı yaşama geçirmişlerdir.

İlerleyen süreç bu yasanın da günün koşullarına uymadığını göstermiştir.Yapılan çalışmalarla mevcut yasa yürürlükten kaldırılarak , hizmetlerin ayrı başlıklar altında ve ayrı ayrı yönetim birimleri oluşturularak gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Bu birimler şunlardır:

- Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
- Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi
- Devlet Laboratuvarı Dairesi
- İlaç ve Eczacılık Dairesi

Her birim için ayrı ayrı Kuruluş , Görev ve Çalışma Esasları Yasası hazırlanarak yürürlüğe konmuştur.

13 Ekim 1989 tarihinde yürürlüğe giren 56/1989 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Yasası konumuzu direkt olarak ilgilendirmektedir.

Alınan yasa halen yürürlükte olup , aynı zamanda bu yasaya bağlı kurumlarda çalışan personel 1969 Hastaneler Yönetmeliği ve 7/1979 sayılı Kamu Görevlileri Yasasında belirlenmiş olan kurallar çerçevesinde kamu görevlerini yerine getirmektedirler.

III. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YÖNETİM BİRİMLERİ

III.1 . TARİHSEL GELİŞİMİ

1963 yıllarındaki olayların patlak vermesi üzerine Türk Toplumı diğer hizmetler yanında , sağlık hizmetlerinden de yoksun kalmış , yaralılar için kan , ilaç gibi yaşamsal önemi olan tıbbi malzemeleri bulamamış , çocuklar için gerekli aşıları temin edememiş , hatta hasta yatağı bulmakta dahi güçlük çekmiştir.

Kıbrıs Türk Toplumı sağlık hizmetleri ile ilgili ilk olarak , özel klinik , hatta kahvehanelerde , daha sonra Lefkoşa'da yıkık bir sigara fabrikasının 80 yataklı bir hastaneye dönüştürülmesi ile hizmetlerini özellikle savaş cerrahisi , travmatoloji , dahiliye , kadın doğum ve çocuk hastalıkları dallarında sürdürmeye çalışmıştır.

Bu arada diğer büyük şehirlerimizde de çeşitli binalarda hastaneler ve kırsal bölgelerde ise sağlık merkezleri oluşturulmuştur.

1974 Barış Harekatı sonrasında Kıbrıs'ın kuzeyine geçen 60000 Türk'ün sağlık gereksinimleri de göz önünde tutularak , sağlık servislerinde reorganizasyona gidilmiş ve yeni hastane , sağlık merkezi ve sağlık ocaklarının yapımına başlanmıştır.

Bu çerçevede , önce Lefkoşa'da Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi inşaatı , mefruşatı ve donanımı tamamlanarak 1978 yılında hizmete açılmış; 1981 yılında ise Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi hizmete girmiştir.

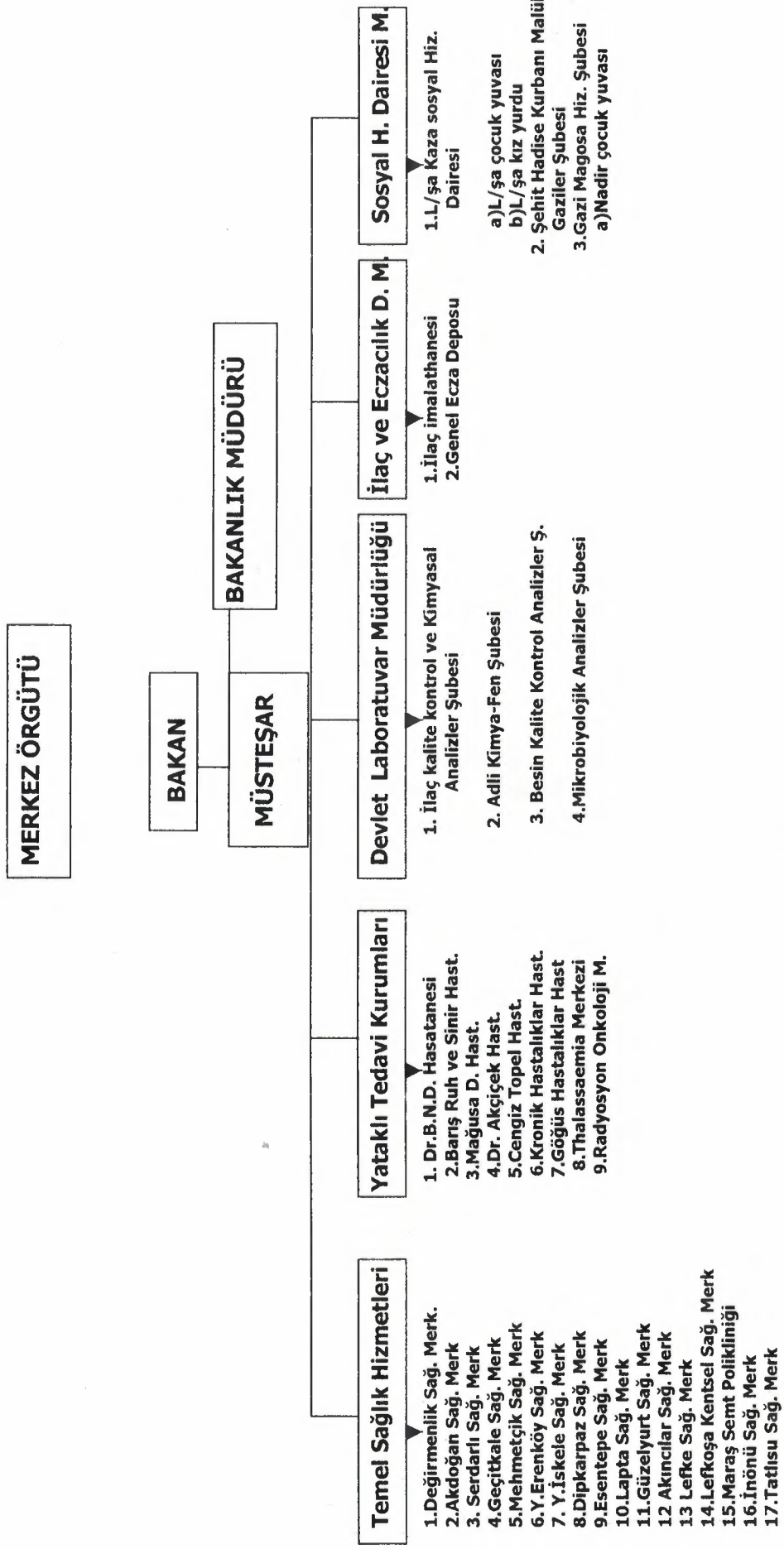
III.2. KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM BİRİMLERİ (Yapısal Şeması)

Ülkemizde sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör olmak üzere iki ayrı şekilde yürütülmektedir. Kamu sağlık hizmetleri bakanlık bünyesindeki hastane ve sağlık merkezleri tarafından , özel sağlık hizmetleri ise özel klinik ve muayenelerde yürütülmektedir.

Son yıllarda özel hasatneler de gündeme gelerek bu yönde yatırımlar yapılmaya başlanmıştır.

Kamu sağlık hizmetlerinin Yapısal şeması aşağıdaki gibidir.Tüm bu hizmetlerin organizasyon ve denetimi Sağlık Bakanlığına bağlıdır.

TABLO II.KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM BİRİMLERİ (YAPISAL ŞEMASI)



IV. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ PLANLI DÖNEMDEKİ GENEL GÖRÜNÜMÜ

Birinci Beş yıllık Kalkınma Planı çalışmaları yapıldığı zaman , KTFD sınırları içerisinde Lefkoşa ve Gazimağusa'da 2 genel hastane , Girne ve Yeşilyurt'ta 2 bölge hastanesi , kalabalık nüfuslu köylerimizde ise 10 sağlık merkezi bulunmakta idi.

Bu dönemde hastane ve sağlık merkezlerinde 43 mütehasıs hekim , 33 pratisyen hekim , 11 asistan hekim , 11 diş hekimi ve 14 eczacı görev yapıyordu.

TABLO III. SAĞLIK PERSONELİNİN 1977 YILI İTİBARI İLE HASATNE VE SAĞLIK MERKEZLERİNE GÖRE DAĞILIMI

HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİ	UZMAN HEKİM	PRATİSYEN HEKİM	ASİSTAN HEKİM	DİŞ HEKİMİ	ECZACI
1.Lefkoşa Genel Hastanesi	24	6	11	3	6
2.Mağusa Genel Hastanesi	12	10	-----	2	2
3. Dr. Akçiçek Hastanesi	3	3	-----	1	1
4. Cengiz Topel Hastanesi	4	3	-----	-----	1
5. Lefke Sağlık Merkezi	-----	1	-----	1	1
6. Güzelyurt Sağlık Merkezi	-----	1	-----	1	1
7.Lapta Sağlık Merkezi	-----	1	-----	1	1
8.Serdarlı Sağlık Merkezi	-----	2	-----	-----	-----
9.Akdoğan Sağlık Merkezi	-----	1	-----	-----	-----
10. Geçitkale Sağlık Merkezi	-----	1	-----	1	1
11. Yeni İskele Sağlık Merkezi	-----	1	-----	1	-----
12. Mehmetçik Sağlık Merkezi	-----	1	-----	-----	-----
13.Maltepe Sağlık Merkezi	-----	1	-----	-----	-----
14.Akıncılar Sağlık Merkezi	-----	1	-----	-----	-----
TOPLAM	43	33		11	14

Ülkemizde 1977 yılı itibarıyla doktor başına düşen hasta sayısı 1629 ; diş doktoruna düşen hasta sayısı 1318 ve her eczacıya düşen hasat sayısı 11194 'dür.

1997 yılı itibarıyla yurdumuzda toplam 52 hemşire , 58 hemşire yardımcısı , 61 hastabakıcı , 54 hasatabakıcı yardımcısı ve 38 ebe bulunmakta idi.

Uluslararası standartlara göre her doktora 2 hemşire düşerken , ülkemizde bu oran 1.2 hemşire idi.

1977 yılında hastane ve sağlık merkezlerinde 497 yatak olup , her bin kişiye 3-5 yatak düşmekte , ancak sağlık merkezlerinin yatak kapasitesinden yeterince yararlanılamamakta idi.

1977 yılında hastane ve sağlık merkezlerine 240,000 hasta müracaat etmiş ; bunlardan 10600 kişisi yatılı olarak tedavi görmüştür.

1963-74 döneminin olumsuz koşulları nedeniyle hizmetçi eğitim olanaklarının sınırlı olması , sağlık personelinin yeniliklerden uzak kalmasına neden olmuş, sağlık hizmetlerinde ve hastane idareciliğinde istenilen gelişme sağlanamamıştır.

Hastanelerin çağdaş düzeyde hizmet vermeleri ülkemizdeki ekonomik yetersizliklerden kaynaklanan finansman sorunu nedeniyle gerçekleştirilememiştir.

Toplumsal ruh ve beden sağlığını korumak , hasta olanlara ,sosyal adalet ilkelerine uygun tıbbi bakım olanakları vermek halkın sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinde sosyalleşmeyi gerçekleştirmek Birinci Beş Yıllık Kalkınma döneminin amaçlarıydı.Bu amaca ulaşmak için mevcut sağlık kuruluşlarının standartları ve yönetimi , kaynakların etkin kullanımını sağlayacak biçimde yeniden düzenlenerek , koruyucu hekimliğe ağırlık verilerek sağlık hizmetlerinin geniş halk kitlelerine götürülmesi;

Toplumsal bireysel ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıklarla savaşmak ve gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlamak için tüm koruyucu önlemlerin alınması;

Tedavi kurumları halkın greksinimlerine uygun olarak sayı ve kapasite yönünde artırılarak , personel , ilaç , araç ve gereç eksikliklerinin karşılanması;

Sağlık kurumlarının ve personelinin bölgeler arasındaki dağılımı dengeli bir biçimde düzenlenerek sağlık hizmetlerinin tüm bölgelere götürülmesi;

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde verimliliği artırmak bakımından doktor ve yardımcı personel oranının çağdaş düzeye getirilmesi;

Halkın sağlık konusunda eğitilmesi , bulaşıcı hastalıkların salgın hale gelmeden önlenmesi ile beslenme ve çevre sağlık koşullarının geliştirilmesi bu dönemde ilke edinilmiştir.

Koruyucu hekimlik hizmetlerinin yurt düzeyine yaygınlaştırılması , insan sağlığına zararlı etki yapan çeşitli çevre koşullarının düzeltilmesi için sağlıklı barınakların tesisi , içme ve kullanma sularının mikrop ve kimyasal maddelerden arınması , gıdaların kontrolü , lağım sularının kanalizasyonu veya arıtılması , çöplerin imhası ve kara sineklerle savaş çalışmalarının en üst düzeye çıkarılması , bulaşıcı hastalıkların önlenmesi veya asgari düzeye indirilmesi , ana-çocuk sağlığı kliniklerinin tüm hastane ve sağlık merkezlerinde faaliyete geçirilmesi , bu konuda yeterli hemşire , ebe ve araç temini , halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla gerekli eğitim ve bilinçlendirme

çalışmalarını yürütecek bir birim kurulması , çeşitli sektörlerde çalışan işçilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için , iş yerlerinde sağlık koşullarının iyileştirilmesi;

Hasta ve yaralıların bilimsel anlamda teşhis , bakım ve tedavi hizmetlerini kapsayan tedavi kurumlarının sayı , kapasite ve standartlarının yükseltilmesi ; personel araç-gereç ve ilaç gereksinimlerinin tamamlanıp , halka en iyi hizmet verecek düzeye getirilmesi;

Lefkoşa Devlet Hastanesi yanında 180 yataklı yeni Akıl Sağlığı Merkezinin hizmete açılması , Gazimağusa Hastanesinde artan hasta sayısını karşılamak için 20-30 yataklı yeni bir koğuşun açılması;

Sağlık Merkezlerinin sayısının artırılıp kadro ve mefruşat yönünden eksiklerin giderilmesi;

Her köye bir sağlık ocağı kurulması; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminin hedefleriydi.

1977 yılı itibarı ile 497 olan hasta yatak kapasitesi , 1982 yılı sonunda her 1000 kişiye 5 yatak düşecek şekilde artırılması planlanmıştır.

1982 yılı sonuna kadar hekim ve eczacı sayısı her doktora 1360 , her diş doktoruna 6500 ve her eczacıya 6000 kişi düşecek şekilde düzenlenecektir.

Patoloji , Nöroloji , Nöroşirurji , Radyoterapi , Hematoloji ve Allerjik Hastalıklarla ilgili sahalarda müteahhas doktor yetiştirilmesine özen gösterilecektir.

Ülkemizde her hemşire ve hastabakıcıya 2-6 arasında yatılı hasta düşecek şekilde hemşire,hastabakıcı ve ebe sayısı artırılacaktır.

Labobatuvar ve röntgen hizmetleri yeterli personele kavuşturulurken ,diğer sağlık hizmetlerinde görev alan personelin sayısı tüm sağlık hizmetleri personeli gözönünde tutularak orantılı bir biçimde artırılacaktır.

Kamu kesiminde çalışan hekimlerin serbest çalışmalarını önleyici tedbirler alınacaktır.

Koruyucu hekimlik hizmetleri için yeter sayıda çevre sağlığı teknisyeni ve sağlık memuru yetiştirilmesi , Yeni Devlet Hastanesi yanında Hastabakıcı , Ebe okulu ve lojman inşa edilmesi ayrıca 2 yıllık öğrenimin yanında 4 yıllık Hemşire/Ebe Koleji'nin devreye sokulması ; yürürlükteki mevzuata göre asistanlık eğitiminin daha etkin bir biçimde devam etmesi.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarında bu hizmetin fertler için kişisel Kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasına, mevcut olanaklardan tüm yurttaşların eşit şekilde yararlanmasına , sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bireyin mali olanakları ile sınırlandırılmasına , hizmetin Devlet eliyle yürütülmesine ve belirli bir program çerçevesinde geliştirilmesine çalışılacak;

Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında rol oynayan faktörlerin yok edilmesini sağlamak için geniş bir kampanyaya girişilecektir.

Sağlık hizmetlerinin düzeyini yükseltmek ve bu durumun sürekliliğini sağlamak için sağlık personelinin tam gün olarak sağlık servislerinde hizmet etmelerini sağlayıcı önlemler alınacaktır.

Gıda maddelerinin devamlı kontrolü sağlanacaktır.

Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında rol oynayan çevre sağlığı standartlarının iyileştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesi ve hastalıkların kontrolü için yurt düzeyinde aşı kampanyaları yürütülmesi;

Ana-çocuk sağlığının iyileştirilmesi için göçmen ve dar gelirli ailelere ilaç , gıda ve giyim yardımında bulunulması;

Su depoları ile benzeri kuyuların devamlı olarak en modern cihazlarla dezenfeksiyonu , kanalizasyonu ve arıtılması sağlanacak;

Doktor ve diğer sağlık personelinin bilgi görgü ve ihtisasının artırılması için hizmet içi eğitim programlarına ağırlık verilecek ve dış ülkelerden burslar sağlanması tasarlanmıştır.

Halen ithal ve diğer şekillerden sağlanmakta olan ilaçların yerli olarak yapılması olanakları araştırılacak;

Kimsesiz ve güçsüz yaşlı yurttaşların insanlık onuruna yaraşır bir biçimde yaşamlarını sürdürebilmelerine olanak sağlayacak önlemler plan döneminde alınacak ve bu kapsama girebilecek yurttaşların ülke düzeyinde saptanmasına çalışılarak mevcut örgütler yanında gerekli yeni örgütlerin oluşturulmasına gidilecek ve bu örgütlerin yeterli bir biçimde hizmet görmeleri sağlanacaktı.

Devletin Yatırım Harcamaları:

Birinci Beş Yıllık Kalkınma döneminde öngörülen hedeflerin gerçekleştirilmesi için yapılacak sağlık yatırımları Tablo IV'de gösterilmiştir.

<u>YATIRIMLAR</u>	<u>MİLYON TL.</u>	<u>MİLYON TL.</u>
1.Koruyucu Hekimlik Hizmetleri		8.0
a.Sıtma Savaş Projesi	5.0	
b.Diğer bulaşıcı Hastalıklar(verem,kolera v.s)	1.0	
c.Thalassaemia Projesi	2.0	
2. Tedavi Edici Hekimlik Hizmetleri		7.0
a. Mağusa hastanesine ve diğer sağlık Merkezlerine ilave servis	2.0	
b. Akıl sağlığı merkezi inşaatına katkı	5.0	
3.Majestrai İlaç İmalat Projesi		2.0
4.Hastabakıcılık Ebelik Okulu		3.5
5.Oksijen İmalat Projesi		1.7
		Toplam:22.2

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlandığı dönemde Lefkoşa ve Mağusa'da 2 genel hastane , Girne ve Yeşilyurt'ta 2 bölge hastanesi , Lefkoşa'da 1 özel dal hastanesi ve diğer kalabalık nüfuslu bölgelerde de 11 sağlık merkezi bulunmakta idi.

Hastane ve sağlık merkezlerinde 2 başhekim , 80 uzman hekim , 29 pratisyen hekim , 17 diş hekimi , 18 eczacı , 170 hemşire , 101 hastabakıcı , 20 ebe ve birçok teknik ve yardımcı sağlık personeli görev yapmakta idi.

TABLO V: SAĞLIK PERSONELİNİN 1987 YILI İTİBARI İLE HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİNE GÖRE DAĞILIMI:

HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİ	BAŞHEKİM	UZMAN HEKİM	PRATİSYEN HEKİM	DİŞ HEKİMİ	ECZACI
Tıp ve Sağlık Dairesi	-----	-----	-----	-----	4
Dr. Burhan N. D. Hastanesi	-----	44	8	6	8
Mağusa Genel Hastanesi	-----	16	7	5	2
Barış Ruh ve Sinir Hastanesi	1	2	-----	-----	1
Dr. Akçiçek Hastanesi	1	9	3	2	2
Cengiz Topel Hastanesi	-----	6	2	-----	----
Güzelyurt Sağlık Merkezi	-----	2	1	1	----
Lefke Sağlık Merkezi	-----	-----	1	1	-----
Lapta Sağlık Merkezi	-----	-----	1	1	-----
Serdarlı Sağlık Merkezi	-----	-----	-----	-----	----
Geçitkale Sağlık Merkezi	-----	-----	1	-----	1
Yeni İskele Sağlık Merkezi	-----	-----	2	-----	-----
Mehmetçik Sağlık Merkezi	-----	-----	1	-----	----
Maltepe Sağlık Merkezi	-----	-----	1	-----	----
Akdoğan Sağlık Merkezi	-----	-----	1	1	----
Esentepe Sağlık Merkezi	-----	1	-----	-----	----
Dipkarpaz Sağlık Merkezi	-----	-----	-----	-----	----
TOPLAM	2	80	29	17	18

1987 yılında kamu sağlık kuruluşlarında çalışan her uzman doktora 2063 hasta , her pratisyen doktora 5691 hasta , her dış hekimine 9708 hasta , her eczacıya 9168 hasta , her hemşireye 971 hasta düşmekte idi.

Hastane ve sağlık merkezlerinde 758 yatak olup , her 1000 kişiye 4.6 yatak düşmekte idi.

TABLO VI : 1987 YILI İTİBARI İLE YATAK VE SAĞLIK KURULUŞLARININ BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI

BÖLGE	SAĞLIK SERVİSİ SAYISI	YATAK SAYISI
Lefkoşa	3	483
Mağusa	1	124
Girne	1	37
Yeşilyurt	1	45
Lefke	1	11
Güzelyurt	1	5
Lapta	1	6
Serdarlı	1	6
Geçitkale	1	12
Yeni İskele	1	6
Mehmetçik	1	6
Maltepe	1	6
Akdoğan	1	6
Esentepe	1	5
Dipkarpaz	1	----
Toplam:	16	758

Birinci Beş yıllık Plan dönemi sonunda 63 olan uzman doktor sayısı 1986 yılında 85'e , 26 olan pratisyen doktor sayısı 30'a , 13 olan dış doktoru sayısı 18'e ve 95 olan hemşire sayısı 173'e yükselmiş, ancak 15 olan eczacı sayısı 13'e , 157 olan hastabakıcı sayısı 114'e ve 29 olan ebe sayısı da 22'ye düşmüştür.

Yatak sayısında ise önemli bir değişiklik olmamıştır.

Sayısal gelişmeler yanında verilen hizmetlerde de gelişmeler olmuş ve özellikle Thalassaemia servisi etkin bir şekilde devreye sokularak thalassaemialı çocuk doğumu büyük ölçüde önlenmiştir.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde , 11-13 Mart 1991 tarihleri arasında ülkemizde ilk kez bir sağlık şurası düzenlenmiştir. Sağlık Şurasının düzenlenmesindeki

amaç, sağlık sisteminin tartışılması ve bu sistemde "Genel Sağlık Sigortası" , "Yataklı Tedavi Kurumları Hizmetleri" ve "Temel Sağlık Hizmetleri"nin yerini saptamasıydı.

Ülkemizin en yaşamsal sorunu olan sağlık hizmetleri, uygulanan sağlık politikalarında , insanlara sağlık hizmetlerini en etkin ve eşit şekilde götürmek , yurt genelinde yaygınlaştırmak , çağdaş normlara ulaştırmak ve sağlıklı bir toplum yetiştirmek olmakla beraber bu güne kadar başarılı olduğu söylenemez.

Yine bu dönemde Sağlık hizmetlerinin standartının yükseltilmesi amacıyla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile KKTC arasında 27 Mayıs 1992 tarihinde "İşbirliği Protokolü" imzalanarak , yaşama geçirilmiştir.Karşılıklı olarak bir çok sağlık konularında hizmet alış-verişini amaçlayan protokol , günün ihtiyaçları dikkate alınarak zamanla değişikliğe tabi tutulmuştur.Halen yürürlükte bulunmaktadır.

Bu dönemde KKTC'nde T.C. Sağlık Bakanlığı ile 1992 tarihinde imzalanan Sağlık alanında İşbirliği Protokolü ile "İhtisas Hastanesi" olarak kabul edilen Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin yanı sıra 1 genel Hastane , 3 bölge hastanesi , 5 özel Dal Hastanesi ve 16 Sağlık Merkezi hizmet vermekteydi.Ayrıca bütün ülkeye hizmet veren bir Devlet Laboratuvarı mevcuttu.

Hastane ve sağlık merkezlerinde bu dönemde 111 uzman hekim , 32 pratisyen hekim , 19 diş hekimi ,8 eczacı , 363 hemşire , 29 ebe ve çok sayıda yardımcı personel görev yapmaktaydı.Ayrıca İlaç ve Eczacılık Dairesine bağlı olarak 9 eczacı da hizmet vermekteydi.

Hastane ve Sağlık Merkezlerinde 935 yatak mevcut olup dökümü tablo VII'de verilmektedir.

TABLO VII. KAMU SAĞLIK SERVİSLERİNDEKİ YATAK DURUMU

<u>SAĞLIK SERVİSLERİ</u>	<u>YATAK SAYISI</u>
Dr.B.N.D.H	379
Barış Ruh ve sinir Hastanesi	180
Mağusa Hastanesi	187
Dr. Akçiçek Hastanesi	37
Cengiz Topel Hastanesi	45
Güzelyurt Hastanesi	27
Lefke Sağlık Merkezi	11
Lapta Sağlık Merkezi	5
Esentepe Sağlık Merkezi	5
Serdarlı Sağlık Merkezi	6
Akdoğan Sağlık Merkezi	16
Geçitkale Sağlık Merkezi	12
Mehmetçik Sağlık Merkezi	6
Yeni İskele Sağlık Merkezi	6
Yeni Erenköy Sağlık Merkezi	6
Değirmenlik Sağlık Merkezi	5
Dipkarpaz Sağlık Merkezi	2
Toplam:	935

Yaşamakta olduğumuz 1998 Geçiş Yılı Programı hazırlanırken KKTC'de , hitisas eğitimi veren 1 eğitim hastanesi , 2 bölge hastanesi ,5 özel dal hastanesi ve kalabalık nüfuslu bölgelerde 15'i kırsal ,2'si kentsel olmak üzere 17 sağlık merkezi ve kamu ve özel kuruluşlara hizmet veren 1 Devlet Laboratuvarı mevcuttur.

Hastane ve Sağlık Merkezlerinde 1997 yılı itibarı ile 140 uzman hekim , 22 pratisyen hekim, 18 dış hekimi , 8 eczacı , 375 hemşire , 26 ebe ve çok sayıda yardımcı personel görev yapmaktadır.(Tablo VIII)

TABLO VIII: 1997 YILI İTİBARIYLA KAMU SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN HASTANE VE SAĞLIK HİZMETLERİNE GÖRE DAĞILIMI

HASTANE VE SAĞLIK MERKEZLERİ	UZMAN HEKİM	PRATİSYEN HEKİM	DİŞ HEKİMİ	ECZACI	HEMŞİRE	EBE
Dr. Burhan N. D. Hastanesi	76	1	5	3	174	4
Mağusa Genel Hastanesi	22	3	3	1	96	6
Dr. Akçiçek Hastanesi	17	2	2	1	27	4
Cengiz Topel Hastanesi	10	1	1	1	17	6
Barış Ruh ve Sinir Hastanesi	2	-----	-----	1	34	---
L/şa Kentsel S. Merkezi	2	5	2	1	3	---
Maraş Semt Plikiliniği	----	1	----	----	----	----
Güzelyurt Sağlık Merkezi	5	----	1	----	1	1
Mehmetçik Sağlık Merkezi	----	2	----	----	1	1
Yeni Erenköy Sağlık Merkezi	1	----	1	----	1	2
Esentepe Sağlık Merkezi	1	----	-----	----	2	----
İnönü Sağlık Merkezi	----	1	-----	----	1	1
Serdarlı Sağlık Merkezi	1	----	-----	----	2	----
Akdoğan Sağlık Merkezi	----	1	-----	----	4	----
Geçitkale Sağlık Merkezi	1		-----	----	3	----
Yeni İskele Sağlık Merkezi	----	2	1	----	3	----
Lefke Sağlık Merkezi	----	----	-----	----	1	---
Lapta Sağlık Merkezi	----	1	1	----	1	1
Tatlısu Sağlık Merkezi	----	----	----	----	1	----
Dipkarpaz Sağlık Merkezi	----	----	----	----	1	----
Değirmenlik Sağlık Merkezi	1	1	----	----	3	----
İlaç Fabrikası	----	1	1	----	1	----
Ecza Deposu	----	----	---	----	----	----
TOPLAM	140	22	18	8	375	26

1997 Yılı itibarıyla Hastane ve Sağlık Merkezlerinde 993 yatak mevcuttur. (Tablo IX)

TABLO IX: 1997 YILI İTİBARIYLA KAMU SAĞLIK SERVİSLERİNİNDEKİ YATAK DURUMU

<u>SAĞLIK SERVİSLERİ</u>	<u>YATAK SAYISI</u>
Dr.B.N.D.H	454
Barış Ruh ve sinir Hastanesi	180
Mağusa Hastanesi	186
Dr. Akçiçek Hastanesi	45
Cengiz Topel Hastanesi	45
Güzelyurt Hastanesi	27
Lefke Sağlık Merkezi	---
Lapta Sağlık Merkezi	5
Esentepe Sağlık Merkezi	1
Serdarlı Sağlık Merkezi	6
Akdoğan Sağlık Merkezi	3
Geçitkale Sağlık Merkezi	6
Mehmetçik Sağlık Merkezi	6
Yeni İskele Sağlık Merkezi	6
Yeni Erenköy Sağlık Merkezi	5
Değirmenlik Sağlık Merkezi	11
Dipkarpaz Sağlık Merkezi	7
Toplam:	993

Dr Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Genel Görünümü:

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi 1977 yılında inşaatı ve mefruşatı tamamlanarak hizmete sunulmuştur.

270 yatak kapasitesi ile açılışı yapılan bu Hastanenin servisleri ve yatak kapasitesi Tablo X'da gösterilmektedir.

TABLO X: DR. B. N. D. HASTANESİNİN 1977 YILINDAKİ YATAK KAPASİTESİ VE SERVİSLERİ

<u>SERVİS ADI</u>	<u>YATAK SAYISI</u>
Ortopedi-Üroloji	45
Kadın Doğum	45
Çocuk	45
Cerrahi	45
K.B.B.-Göz	45
Dahiliye	45
Toplam: 8	270

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde yukarıda belirtilen servislerin yanı sıra Ameliyathane (5 Ameliyat Masası) , Yoğun Bakım (6 yataklı) , Acil Servis , Röntgen , Kan Bankası ve Laboratuvar (Biokimya , Hematoloji , Mikrobiyoloji) birimleri de bulunmaktaydı.

İlerleyen Tıp ve duyulan ihtiyaçlarla Hastaneye daha sonra 45 yataklı nöroloji ,Nöroşijurji-Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon- İntaniye Servisi ilave edilmiştir.

Daha sonraları ise Hemodiyaliz (8 cihazlı yatak) 12 yataklı Thalessamia Merkezi , Taş Kırma Ünitisi , Radyasyon Onkoloji Merkezi , Tomografi Birimi Thalessamia Laboratuvarı , Eko , Holter , Kroner Yoğun Bakım , Tredmil , Gastroskopi , 12 yataklıya çıkarılan yoğun Bakım , Çocuk Cerrahisi , Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi , Plastik ve Refonstürühtif Cerrahi , Endokrin-Sinçikrafi-Hiv , Hbs ve Hormon Tetkikleri laboratuvarlarının ilavesi ile Hastane tam teşekküllü bir ihtisas hastanesi konumuna getirilmiştir.

1997 yılı itibarıyla Dr.B.N.D. Hastanesinde çalışan personel sayısı aşağıdaki gibidir:

Uzman Hekim	76
Pratisyen Hekim	1
Diş Hekimi	5
Eczacı	3
Hemşire	174
Ebe	4
Laboratuvar	30
Assistan Hekim	9
Diğer Görevliler	182
Toplam:	484

Toplam 484 personel ile hizmetlerini yürüten Hastanenin bu günkü yatak sayısı 454'dür.

**TABLO XI. 1997 YILI İTİBARIYLA DR.B.N.D. HASTANESİNDEKİ DOKTORLARIN
BRANŞLARINA GÖRE DAĞILIMI**

UZMANLIK DALI	SAYISI
Dahiliye Uzmanı	9
Cerrahi Uzmanı	7
Kadın-Doğum Uzmanı	6
Çocuk Hastalıkları Uzmanı	8
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	5
Ortopedi Uzmanı	3
Göz Hastalıkları Uzmanı	5
Anestezi Uzmanı	3
Üroloji Uzmanı	4
Patoloji Uzmanı	1
Mikrobiyoloji Uzmanı	2
Nöroşijurji Uzmanı	2
Nöroloji Uzmanı	2
Fizik Tedeavi ve Rehabilitasyon Uzmanı	2
Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı	3
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı	1
Göğüs Hastalıkları Uzmanı	2
Radyasyon Onkoleji Uzmanı	2
Çocuk Cerrahisi Uzmanı	1
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı	1
Nükleer Tıp Uzmanı	1
Kardiyoloji Uzmanı	1
Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı	1
Diş Protez Uzmanı	1
Ortodonti Uzmanı	1
Halk Sağlığı Uzmanı	1
Toplam:	76

V. KKTC SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN BUGÜNKÜ DURUMU:

KKTC'de sağlık hizmetleri kamu kesiminin temel görevleri arasındadır . Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden Devlet sorumludur.Sağlık alanında Devletin denetiminde özel teşebbüs de faaliyet göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Hastane ve sağlık Merkezlerine kamu görevlileri ile devlet işçileri sağlık kartları ile , yoksullar ise dar gelirlilik belgeleri ile müracaat ederek sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadırlar.

Ayrıca sigortalı ve sigorta emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocuklarına da her türlü sağlık hizmeti yapılan harcamalar Sosyal Sigortalar Kurumundan talep edilmek kaydı ile karşılıksız verilmektedir.

Özel kesim tarafından yürütülen sağlık hizmetleri ise özel klinik , muayenehane ve laboratuvarlarda her yıl Bakanlar Kurulunca tesbit edilen ücretler karşılığında sürdürülmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri:

Toplumu hastalıklardan korumak , insan ömrünü uzatmak , beden ve ruh sağlığını düzenlemek amacı ile çevrenin sağlık koşullarını iyileştirmek , sıtma ,tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak , temiz su , temiz gıda kontrolleri yapmak , sağlıklı beslenmeyi sağlamak , ana-çocuk sağlığı hizmeti sunmak , I.basamak hekimliği hastaları muayene , tedavi , sevk ve takip etmek ve halk sağlığı eğitimi ile ilgili çalışmalar , Temel Sağlık Hizmetleri çerçevesinde yürütülmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri , kentsel ve kırsal sağlık merkezlerinde görevli pratisyen hekimler ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından verilmektedir. Ayrıca kırsal sağlık merkezlerinde görevli pratisyen hekimler ve yardımcı sağlık personeli kendi bölgelerindeki sağlık ocağı olan köyleri bir program çerçevesinde ziyaret etmektedirler.

Ülkemizde genellikle temel sağlık hizmetleri istisnalar dışında devlet tarafından verilmektedir.Ancak bu kurumların sorunları ve verdikleri hizmetler kamuoyu tarafından tartışılmıyor.Bunun nedeni Temel Sağlık Hizmetlerinin öneminin yeterince anlaşılmamış olması yanında hükümetlerin sağlık sorunlarına yaklaşımında bir ifadesidir.

Bir diğer anlatımla insanımız hastalıklardan korunma hakkının önemi ve bilincine varamamış olması yanında , devlet de insanımıza bu hakkını ihtiyacı oranında vermenin sorumluluğunu yerine getirmiyor. Halbuki temel sağlık hizmetlerinin yetersizliği , yani çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetleri toplumumuzun sağlığını daha çok etkiliyor.

İnsanları hasta oldukları zaman iyileştirmek yerine hasta olmalarını önleyici tedbirler almak çağdaş hekimlik anlayışının odak noktası olması gerekir. Bu alan ise "Koruyucu Hekimlik" alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik;"Bedensel ve ruhsal hastalık ve sakatlıkların oluşumunu ve gelişmesini, toplumu organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından başışıklama , sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkesin bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanakları kullanarak yapılan hekimliktir."

Halk sağlığı ve temel sağlık hizmetleri alanına yapılan bu yatırım karşılığında büyük kazanımlar sağlanır.Bir yandan insan sağlığı ve ekonomik kazanım yanında bu tür

insanlar aynı zamanda insani bir yaklaşım olarak da önem arz etmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü açıklamalarına göre aşılama programları tüm dünyada yaklaşık 3 milyon insanın ölmesini önlemektedir.

Yataklı Tedavi Hizmetleri:

Yataklı Tedavi Hizmetleri , yataklı tedavi kurumlarınca ayakta ve yatılı olarak olarak yürütülen II. Ve III. basamak hekimliği hizmetlerini kapsamaktadır. Ayakta ve yatılı hizmetlerinin yürütüldüğü hasataneler ,günün 24 saatinde faaliyette olup , uzamanlık gerektiren hastaların havale edildiği poliklinik ve yatılı servislerden oluşmaktadır.

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi eğitim hasatanesi , Gazimağusa Hastanesi , genel hastane , Dr. Akçiçek ve Cengiz Topel Hastaneleri bölge hasatanesi, Barış Ruh ve Sinir Hastanesi ise özel dal hastanesi niteliğindedir. Diğer özel dal hastaneleri içinde uzun süreli tedavi ve bakım isteyen hasataları kabul eden Kronik Hastalıklar Hastanesi , tüberkülozlu hastaların bakım ve tedavisini sürdüren Göğüs Hastalıkları Hastanesi , thalassaemialı hastalara hizmet veren thalassaemia Merkezi ile kanser hastalıklarının teşhis ve tedavisinin yapıldığı Radyasyon Onkoloji Merkezi bulunmaktadır.

Hastanelerde yatılı tedavi hizmetleri ile birlikte çeşitli uzmanlık dallarında poliklinik , hematoloji , biyokimya ,mikrobiyoloji , patoloji ,röntgen , invasiv kardiyoloji laboratuvarı , fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi ve ameliyathaneler ile hizmet verilmektedir.Halen Hastanelerimizde 28 uzmanlık sahası olup bu sayı artırılmaya çalışılmaktadır.

Uzmanlık dalları , dahiliye , cerrahi ,kadın-doğum ,çocuk ,k.b.b ,ortopedi , göz ,anestezi ,üroloji , patoloji , radyoloji ,mikrobiyoloji , nöroşirurji , nöroloji , fizik tedavi , cildiye ,göğüs-kalp-damar cerrahisi , göğüs hastalıkları , radyasyon onkoloji , çocuk cerrahisi , plastik ve rekonstrüktif cerrahi , nükleer tıp ,kardiyoloji , psikiatri , diş ve çene cerrahisi , diş protez , ortodonti ve halk sağlığı uzmanlığıdır.

Hastane ve sağlık merkezlerindeki , acil vakalar dışındaki hastalara 08:00-13:00 saatleri arasında tıbbi hizmet verilmektedir.Yani sağlık servislerindeki hizmetler , acil vakalar hariç part-time olarak verilmekte ve insanlar bu nedenle özel sektöre kaymakta , kamu kesiminden yeterince yararlanamamaktadırlar.

İlaç ve Eczacılık Hizmetleri:

Sağlık servislerinin gereksinimi olan ilaçlar yerel piyasadan , tüm dış temsilciliklerimizden ve Güney Kıbrıs'tan temin edilmektedir.

Laboratuvar Hizmetleri:

Laboratuvar Hizmetleri kantitatif ve kalitatif analiz ile Devlet Laboratuvarlarınca yürütülmektedir.Bu hizmetleri ilaç ve kimyasal analizler , pertisit kalıntı analizleri , adli kimya analizleri , mikrobiyolojik analizler , radyasyon ve çevre analizleri olarak sıralayabiliriz.

Özel Kesimde Yürütülen Sağlık Faaliyetleri:

Özel kesimdeki sağlık faaliyetleri , Sağlık Bakanlığı denetimindeki özel klinik , muayenehane ve Laboratuvarlarda gerçekleştirilmektedir.

1997 yılı itibarıyla Lefkoşa'da 156 , Gazimağusa'da 70 , Girne'de 31 ,Güzelyurt'ta 22 olmak üzere toplam 279 özel klinik vardır .Özel kliniklerin toplam yatak sayısı 267'dir.

Özel klinik ve muayenehanelerde 154 uzman hekim , 17 pratisyen hekim 108 diş hekimi çalışmaktadır.

Ayrıca ülkemizde 105 eczane , 14 ecza deposu çalıştıran 119 eczacı vardır.

1996 yılı itibarıyla bir hekime(kamu+özel) 567 kişi , bir diş hekimine(kamu+özel) 1455 kişi , bir eczacıya (kamu+özel) 1594 kişi ve bir hemşireye (kamu) 455 kişi düşmektedir.

1000 kişiye düşen yatak sayısı (kamu+özel) ise 6.7 olmuştur.

Sağlık personelinin yıllar itibarıyla görünümü Tablo XII 'de , sağlık göstergeleri ise Tablo XIII'de gösterilmektedir.

TABLO 12: SAĞLIK PERSONELİ

	Yatak sayısı		Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Diş Hekimi		Eczacı		Hemşire		Ebe
	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel	
1976	530	130	41	...	25	...	11	...	14	37	214	51	29
1977	497	142	43	...	33	...	11	...	14	53	225	67	38
1978	580	165	40	26	31	4	10	27	13	76	198	89	24
1979	650	138	39	31	27	4	10	29	14	86	206	100	24
1980	650	117	34	40	27	5	13	32	12	98	169	110	23
1981	755	108	53	39	26	5	13	34	14	92	211	106	27
1982	757	124	63	51	26	5	13	51	15	97	256	112	29
1983	754	125	74	54	33	5	13	51	15	114	243	129	15
1984	759	130	81	65	29	8	17	51	15	98	254	113	20
1985	755	152	87	69	30	8	19	52	13	109	274	122	19
1986	755	152	85	93	29	9	18	52	13	110	287	123	22
1987	758	172	82	93	29	9	17	53	18	121	271	139	20
1988	807	193	85	118	25	11	17	82	17	130	284	147	22
1989	833	193	92	109	30	11	18	92	16	129	315	145	25
1990	849	193	90	123	26	10	19	92	15	116	301	131	34
1991	877	193	115	118	32	11	19	91	15	115	350	130	31
1992	935	193	111	100	32	11	19	97	17	118	363	135	29
1993	968	184	114	93	32	9	17	78	17	112	393	129	29
1994	968	184	110	116	33	11	19	94	16	116	384	132	28
1995	1013	201	130	223	28	11	22	98	19	117	371	136	24
1996	993	267	129	154	23	17	18	108	10	105	403	115	27

(...) Veri Temin Edilememiştir.

Kaynak: Sağlık ve Çevre Bakanlığı , Devlet Planlama Örgütü

TABLO 13: SAĞLIK GÖSTERGELERİ

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Doktor Başına Kişi Sayısı	1250	1453	1470	1411	1230	1057	937	863	826	753	775	700	699	689	630	689	711	722	636	567
Diş Doktoru Başına Kişi Sayısı	4028	3966	3808	3325	3218	2394	2430	2323	2258	2324	2358	6689	1539	1545	1580	1510	1864	1739	1563	1455
Hemşire Başına Kişi Sayısı(Hemşire yrd. ,Ebe dahil)(x)	551	661	646	779	635	538	603	577	547	526	567	547	498	512	456	448	420	435	459	426
Yatak Başına kişi Sayısı(x)	226	197	188	195	175	174	177	178	177	179	177	167	165	165	162	155	154	156	149	145
Hemşire Başına Hastane yatak sayısı(x)	1.9	2.6	2.8	3.4	3.2	2.7	2.9	2.8	2.6	2.4	2.6	2.6	2.5	2.5	2.3	2.4	2.3	2.3	2.6	2.3
Her 10000 kişiye düşen Hastane Yatak Sayısı	44.1	50.8	53.1	51.3	57.1	57.5	56.5	56.3	56.6	55.8	56.4	59.8	60.6	60.8	61.6	64.4	65.0	64.3	66.9	68.7
Kaba Doğum Oranı (Binde)	20.2	20.2	21.0	20.0	20.1	20.0	20.0	20.5	19.5	19.0	20.5	19.2	19.1	20.5	20.0	19.0	19.0	18.0	18.0	17.0
Kaba Ölüm Oranı (Binde)	10.0	9.8	10.0	10.0	10.0	8.0	8.5	9.3	8.0	8.0	8.0	7.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0
Doğal Artış Oranı (Yüzde)	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.2	1.2	1.1	1.2	1.1	1.3	1.2	1.1	1.3	1.2	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9
Bebek Ölüm Oranı (Her bin Canlı Doğumda)	26.0	26.0	25.0	23.0	21.0	21.0	20.0	19.0	19.0	17.0	15.0	15.0	15.0	13.0	13.0	13.0	12.0	12.0	10.0	11.0
Toplam Doğurganlık Oranı (Yüzde)	2.6	2.6	2.7	2.5	2.5	2.3	2.3	2.3	2.2	2.1	2.3	2.1	2.1	2.2	2.2	2.1	2.2	2.1	2.2	2.1
Doğustaki Yaşam Ümidi Erkek			70.0																	
Kadın			72.0																	
Sağlık Giderlerinin Ulusal gelirlere Oranı(%)	1.9	2.1	1.6	1.5	1.7	1.8	1.9	1.8	2.2	2.5	2.3	1.9	1.8	2.3	2.7	2.8	2.6	2.8	2.7	2.8
Sağlık Giderlerinin Bütçeye Oranı (%)	6.1	7.8	5.5	6.2	5.9	6.3	5.6	5.1	6.1	6.8	5.5	6.0	6.2	6.8	6.8	8.4	7.3	7.2	6.9	7.5

(x) Kamu Sağlık Hizmetlerinde Hemşire ve Yatak Sayıları Alınmıştır.

Kaynak: Devlet Planlama Örgütü

1977 yılında doktor başına düşen kişi sayısı 1250 iken , 1996 yılı sonunda 567 olmuştur. Bu rakam Dünya Sağlık Örgütü normlarına uygun olup , bu yönde önemli gelişmeler olmuştur.

Diş doktoru başına düşen hasta sayısı da aynı yıllarda dikkate alındığında , 4028'den 1455'e düşürülerek ilerleme kaydedilmiştir.

Hemşire başına düşen kişi sayısı 551'den 426'ya düşmüş olmakla beraber , bu yönde henüz yeterli ilerleme kaydedilememiştir.

Her 10,000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 44.1'den 68.7'ye yükselmiştir. Bu oran ülke nüfusuna hitap eden bir orandır.

Kaba doğum oranı 20.2'den 17'ye , kaba ölüm oranı ise 10'dan 8'e düşmüştür.

Doğal artış oranı çok az bir farklılık göstererek günümüze gelinmiştir.

Bebek ölüm oranı %26'dan %11'e düşürülerek büyük ilerleme kaydedilmiştir.

Toplam doğurganlık %2.6'dan %2.1'e düşmüş , doğuştaki yaşam yüzdesi erkeklerde %70 kızlarda %72 olmuştur.

Sağlık giderlerinin ulusal gelire oranı %1.9'dan %2.8'e yükseltilmiş olmakla beraber , bu oran çok az olmakta ve her türlü sağlık hizmetini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık giderlerinin bütçeye oranı incelendiğinde ise %6-%7 gibi rakamlar gözlemlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık giderleri bütçeden en az %20'lik pay alırken bu rakamın % 10'un altında kalması , sağlık hizmetlerindeki kalitenin yükseltilmesini engellemektedir.

Her ne kadar sağlık sektöründe yeterli sayıda personel varsa da , bu personelin eğitimi , donatımı, teknolojik ihtiyaçları mali olanaksızlıklar nedeniyle giderilemediği için kalitenin yükseltilmesi mümkün olamamakta ve hastalar hastalıklarının çaresini yurt dışında veya özel sektörde aramak zorunda kalmaktadır.

VI. MATERIAL VE METHOD

VI.1. MATERIAL

Bir ülkenin "KALKINMA VE BÜYÜME" konusunda yaptığı çalışmaları ve bu konuda elde ettiği gelişmeyi ve ulaştığı düzeyi incelemek , izlemek ve bu çalışmaların ekonomik analizlerini ve değerlendirmesini yapmak , herşeyden önce , doğru ve güvenilir bilgilerin ve verilerin varlığına bağlıdır. Doğru ve güvenilir bilgilerin ve verilerin en emin kaynağı şüphesiz Devlet Kurumlarıdır.

Ancak yukarıda değinilen ekonomik analiz ve değerlendirme çalışmalarında Devlet Kurumlarından elde edilecek bilgilerin yetersiz kaldığı durumlarda , "Doğrudan Gözlem" metodlarına da başvurulmaktadır.

Yukarıdaki açıklamalar göz önüne alınarak , bu araştırma çalışmasının ana materyalini Devlet Kurumlarından toplanan ve "Doğrudan Gözlem" metodları ile elde edilen bilgiler ve veriler oluşturmıştır.

VI.2. METOD

VI.2. VERİLERİN TOPLANMASINDA İZLENEN METOD

KKTC Sağlık Sektörü araştırma için inceleme alanı olarak seçilmiştir. Öncellikle KKTC'nin tarihi ve coğrafik yapısı , iklim oluşumu , nüfus yapısı , ekonomik yapısı ve sektörlerin tüm ekonomi içindeki payları incelenmiş ve anlatılmıştır.

KKTC'nin Sağlık Sektörünün oluşumunu saptamak , Yataklı Tedavi Kurumları içerisinde kuruluşundan bu güne Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin gelişmeleri bu günkü durumu ve geliştirilmesi için yürütülen bu araştırma çalışmasında öncelikli amaç;ülkenin yıllık ve beşer yıllık periodlar içinde elde ettiği sonuçları ortaya koymak incelemek ve başarıyı artırma yollarını tesbit etmektir.

Bunun için , ülkede Sağlık Sektörü ile ilgili çalışmaların yapıldığı resmi kurumlardan ve örnekleme metodu ile özel sektör kuruluşlarından bilgiler ve veriler toplanmıştır.

VI.2.2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE İZLENEN METOD:

Araştırma ve inceleme alanı olarak seçilen Sağlık Sektörlerindeki mevcut veriler incelenerek değerlendirilmiş ve analiz edildikten sonra tabloların dökümleri yapılmıştır.

Tabloların ve tablolardan elde edilen sonuçların analiz ve değerlendirilmesinde istatistik ve matematiksel analiz metodları kullanılmıştır.

Her tablonun ayrı ayrı analiz ve değerlendirilmesinden elde edilen bilgiler araştırmanın sonuç bölümünü oluşturmuştur.

VII. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI:

Genel bütçeden sağlık sektörüne ayrılan payın düşük olması , bu sektörde gelişmeyi ve yatırım yapmayı engellemektedir.

Sağlık hizmetleri karşılığında alınan ücretlerin genel bütçeye , gitmesi , kendi içerisinde yeniden sağlık hizmetleri için harcanmasına olanak verilmemesi , ileriye yönelik atılımları engellemektedir.

Sağlık kuruluşlarında , hastanelerde döner sermaye sistemi olmayışı da sorundur. Bu sorunlar nedeniyle kaynaklar rasyonel kullanılamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunuluşundaki bürokratik engeller ve hükümet politikaları , hizmetlerin eşit ve dengeli dağılımını engellemektedir.

Politikacıların yerinden yönetime fırsat vermeleri , politik istihdamlar hizmetin kalitesini düşürmektedir.

Tıbbi araç-gereç , malzeme eksikliği , birçok hastalığın teşhis ve tedavisine olanak vermediğinden , yurt dışına büyük oranda hasta akışı olmaktadır. Her yıl yurt dışı tedaviler kalemi adıyla sağlık bütçesinden bu amaçla ödenek ayrılması da bunun göstergesidir.

Sağlık personelinin günün 24 saatinde kesintisiz hizmet vermesi gerektiği ve hizmetin özelliği dikkate alınarak , bu görevleri yerine getiren kamu görevlileri ve özel sektörde çalışanlar için çalışma koşullarını belirleyen ayrı yasalar olması gerektiği halde , çalışanlar diğer kamu görevlileri ile aynı yasal çatı altında değerlendirilmektedirler.

Globalleşen dünyadaki sağlık problemlerinin çözümü , hastalıklardan korunma ve yayılma önlemleri konusunda eğitilip , halkın bilinçlendirilmesi için hizmetiçi eğitim şarttır.Ancak günümüzde yeterli eğitim yoktur.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi hekimlere ve diğer sağlık personeline sürekli eğitim verecek bir işleve kavuşturulmalı , bu amaca yönelik programlar yapılmalıdır.

VIII. ALTERNATİF ÇÖZÜMLER:

Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "2000. Yıllarda herkese eşit sağlık hizmeti" ilkesi hedef olarak belirlenmeli , eşitsizlikler giderilmeli , topluma verilen sağlık hizmeti ve toplumun sağlığı yükseltilmelidir.

Sağlığın tek başına değerlendirilemeyeceği olgusu dikkate alınarak, diğer sektörlerle birlikte ele alınmalıdır.Eğitim , kültür ve ekonomi sağlığı doğrudan etkilemektedir. Tek başına sağlığın düzeyinin yükseltilmesi mümkün değildir.Örneğin fert başına düşen GSMH'nın 3200 dolar olduğu söylenen ülkemizde Avrupa ülkeleri düzeyinde bir sağlık hizmeti verilmesi mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinin demokratikleştirilmesi ve kalıtımın sağlanması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarında , sektörler , kurumlar ve kişiler arasında ticari rekabet yerine işbirliğini, dayanışmayı ve karşılıklı yardımlaşmayı getirecek düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaynakların rasyonel kullanımı mutlaka sağlanmalıdır.Ülkemizde yaratılan kaynakların geliştirilmesi , dışa kaynak aktarımı azaltılmalı , yurt dışına kaçan kaynaklarımızı koruyacak rasyonellikte , sağlık politikaları geliştirilmelidir.Yararlılık ve verimlilik esas alınmalıdır.

Hizmetlerin israfını önleyecek maliyetleri kontrol altında tutacak sağlık hizmetlerine olan talebi sadece ihtiyaç ölçüsünde kullanacak bir mekanizma geliştirilmelidir.

Her vatandaşın her tür sağlık hizmetine ulaşabilmesini sağlayacak bürokratik engeller kaldırılmalı , sağlık kurumları yeniden ele alınıp düzenlenmelidir.Sağlık kurumları üzerindeki politik etkiler kaldırılmalıdır.

Kaynakların kullanımı merkeziyetçi anlayıştan uzaklaşarak , yeriden kaynak kullanımına imkan verilmelidir.

Tek tip sağlık güvencesi getirecek , genel sağlık sigortası geliştirilmeli.

Kamu görevlilerinden kesilen sağlık vergileri sağlıkla ilgili bir fona aktarılmalı , tüm sağlık primleri ve kesintileri aynı havuzda toplanıp harcamalar bu fondan karşılanmalıdır.

Toplanan sağlık primleri sadece sağlık harcamaları amacıyla kullanılmalıdır.

Sağlık hizmet örgütü ile finansman örgütü birbirinden ayrı organizasyonlar biçiminde düzenlenmeli , birbirlerini denetleyen mekanizmalarla donatılmalıdır.

Hizmeti alan şahısların belirli oranlarda katkıları sağlanarak israf önlenmelidir.

Hastanelerde iyi bir enformasyon sistemi kurulmalı dökümantasyona önem verilip desteklenmelidir.

Hastaneler arası koordinasyon ve iletişim sağlıklı bir temele oturtulmalıdır.

Temel Sağlık Hizmetleri kurumlarının verimliliği artırılmalı , sağlık merkezlerinin donanımları araç , gereç ve tıbbi bakım yönünden geliştirilmeleri , verilecek hizmetlere uygun personel takviyesi yapılması gereklidir.

IX.ÖZET VE SONUÇ

IX.1. ÖZET

Kıbrıs stratejik yönden önemli bir yerdedir. Bu yüzden varoluşundan bugüne değişik bir çok ülkenin idaresi altına girmiş ve yönetilmiştir.

KKTC kalkınmakta olan bir ülke olduğundan sağlık sektörünün kalkınmada önemli bir rolü vardır.Bundan yola çıkarak KKTC'deki sağlık sektörünün önemi ve rolü ile ilgili bu tezi hazırladım.

Bu tezde önce Kıbrıs'ın genel görünümünü ele alıp , KKTC ekonomisinin genel görünümünü inceledim. Bu incelemelerde ülkedeki planlı ekonomi ve dönemlerini ele aldım.Planlı ekonomideki sağlık sektörünü irdeledim.

Kamu sağlık sektörünün bugünkü yasalar karşısındaki durumunu inceledikten sonra , sağlık sektörünün tarihsel gelişimi ve yönetim birimlerini araştırdım.

Yönetim birimlerinden Y.T.K.D ve Dr. B.N.D.H'nin genel görünümünü ortaya koydum.

KKTC sağlık sektörünün bugünkü durumunu inceledim.

Materyal ve metod gösterilerek sağlık sektörünün sorunları ve alternatif çözüm yolları önerdim.

IX.2 SONUÇ:

KKTC'deki Sağlık hizmetlerinde günümüzde hizmeti alanda verende şikayetçi olmaktadır.

Hizmeti verenler özlük hakları ,yetersiz ücretler , çalışma ortamındaki araç-gereç ve sistemin bozuk ve yetersiz oluşu; hizmeti alanlar ise herkese eşit ve dengeli sağlık hizmeti verilmeyişi arzu edilen iyilik , sağlık haline kavuşulunaması ve yurt dışından ve/veya özel sektörden hizmet almak zorunda kalmalarından , sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşlarında part-time olarak verilmesinden , doktor seçme özgürlüklerinin olmayışından yakınmaktadırlar.

Tüm bu durumların düzeltilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin en kısa sürede yaşama geçirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine ayrılan payın yetersiz oluşu , sağlık ödentilerinin sağlığa değil genel bütçeye geri dönmesi,döner sermaye sisteminin olmayışı yatırımları engellemektedir.Bu yönde düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Ülkedeki sağlık hizmetlerinin hükümetlerce belirlenen politikalarla değil , Devlet politikası olarak belirlenmesi ve kesintisiz olarak devamlılığın sağlanması , toplum sağlığı için son derece önemlidir.

KAYNAKÇA

- [1]Ekonomik ve Sosyal Göstergeler ,1996 (D.P.Ö İzleme ve Koordinasyon Dairesi)**
- [2]Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**
- [3]İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**
- [4]Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı**
- [5]1998 Geçiş Yılı Programı**
- [6] Kıbrıs Tarihi – Vergi Bedevi, Kıbrıs Türk Tarih Kurumu,1996**
- [7] Kıbrıs Tarihi ,Dr. Vehbi Z. Serter**
- [8] Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği**
- [9]Hastane İşletmeciliği,1955 –Hikmet Seçim**
- [10] Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Arşivi**
- [11] Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler ,Haydar Kırıl,1976**

BİBLİYOGRAFYA-ÖZGEÇMİŞ

DOĞUM: 1962 , Gönyeli

İLK ÖĞRENİM: Gönyeli İlkokulu , Gönyeli

ORTA ÖĞRENİM:Lefkoşa Türk Kız Lisesi

LİSE : 20 Temmuz Lisesi , Lefkoşa

UNİVERSİTE , LİSANS: Hacettepe Üniversitesi , Sağlık İdaresi Yüksek Okulu
Mezuniyet , 1985

MESLEK: Kamu Görevlisi