

RAPOR**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GEZİCİ
SEMİNERİ RAPORU**

Erhan ESER, Gönül DİNÇ*, Oytun ÇALIŞKAN**, Bedri BİLGE****

AMAÇ

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesini tanımak, Temel Sağlık Hizmetleri kavramı çerçevesinde KKTC'de verilen sağlık hizmetlerini değerlendirmek; katılımcılara özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarının çalışmalarını değerlendirme konusunda bilgi ve deneyim kazandırmak, böylece kendi hizmetlerini daha bilimsel olarak değerlendirmeleri ve hizmetlerini yönlendirmelerini sağlamak, ayrıca KKTC'de çalışan sağlık personeliyle ilişki kurarak deneyim ve bilgi alışverişi yapmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Manisa Tabip Odası, KKTC Sağlık ve Çevre Bakanlığı, Celal Bayar Üniversitesi'nin ortak projesi olarak gerçekleştirilen seminer 10-14 Kasım 1998 tarihlerinde KKTC'de yürütülmüştür.

Katılımcılara eğitim öncesinde, temel sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri konusunda hazırlanan materyal ile KKTC Tabipler Birliği tarafından düzenlenmiş olan KKTC

sağlık hizmetlerinin değerlendirme raporları gönderilmiştir.

Eğitim seminerine 12 sağlık ocağı hekimi ve 3 halk sağlığı yüksek lisans programına devam eden hemşire, 1 halk sağlığı asistanı katılımcı olarak, 2 halk sağlığı uzmanı eğitici olarak katılmıştır. Gezi süresinde 4 kırsal sağlık merkezi, 2 kentsel sağlık merkezi, 1 sağlık ocağı, Lefkoşa Kamu Sağlığı Dispanseri, bir askeri revir, Lefkoşa Devlet Laboratuvarı, KKTC Sağlık Bakanlığı ve Kıbrıs Tabipler Birliği ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaretlerde doğrudan gözlemleyerek ve sağlık personeline sorular sorarak sağlık hizmetleri konusunda bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Gezi boyunca KKTC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı gruba eşlik etmiştir. Akşamları günün değerlendirmesi için toplantılar yapılmıştır. Bu toplantıların ilkinde Türkiye'de sağlık ocaklarında yaşanan sorunlar tartışılmış, temel sağlık hizmetleri konusunda bir sunum yapılmıştır. İkinci günde Kıbrıs'ta verilen sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Seminerin son günü kentsel bir bölge için örgüt modeli geliştirme konusunda bir workshop düzenlenmiştir.

BULGULAR**I. KKTC Nüfus Yapısı, Sağlık Kurumları ve Personel Durumu, Morbidite ve Mortalite Verileri:**

Bu bölümde KKTC nüfus yapısı, sağlık kurumları ve personel durumu, morbidite ve mortalite verileri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığının kayıt sistemi yeterli olmadığı için, nüfus konusundaki veriler ile doğurganlık, mortalite hızı konusundaki veriler KKTC Devlet Planlama Örgütü kayıtlarından (Nüfus Sayımı Sonuçları, doğum ve ölüm

* Yrd.Doç.Dr., Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD ve MTO TSH ve Pratisyen Hek. Komisyonu

** Dr., Çobanisa Sağlık Ocağı, MTO, TSH ve Pratisyen Hek. Komisyonu

*** Dr., Sağlık Eğitim Merkezi, MTO, TSH ve Pratisyen Hek. Komisyonu

Düzenleyen Krumlar:

- Manisa Tabip Odası Temel Sağ. Hiz.ve Pratisyen Hekimlik Kom.

- Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık ve Çevre Bakanlığı

fişlerinin sonuçları) yararlanarak elde edilmiştir. Sağlık kurumları, sağlık personeli, morbidite ve mortalite konusundaki diğer veriler ise Sağlık Bakanlığı kayıtlarından elde edilmiştir.

I. 1. Nüfus Yapısı:

1996 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre, KKTC'nin nüfusu 200587'dir. Toplam nüfusun % 82'si KKTC uyruklu, % 16'sı TC uyruklu, %2'si diğer ülkeler uyruğundadır.

KKTC Nüfusunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Nüfus bağımlılık oranı (15 yaş altı nüfus + 65 yaş üstü nüfus/15-65 yaş arası nüfus), % 29.01'dir.

Nüfusun %6.5'i çocuk, % 27.0'si 15-49 yaş kadınlardan oluşmaktadır. 65 yaş ve üstü kişiler nüfusun % 6.94'ünü oluşturmaktadır. Çocuk/kadın oranı (0-4 yaş çocuk sayısı/ 15-49 yaş kadın sayısı), 0.24'tür.

KKTC nüfusunun Türkiye nüfusuna göre daha yaşlı nüfus yapısında olduğu görülmektedir.

I.2. Eğitim

Tablo 2'de KKTC Nüfusunun eğitim düzeyine göre

dağılımı verilmiştir. KKTC erkek nüfusunun % 96.9'u kadın nüfusunun % 89.8'i, toplam nüfusun ise %93.6'sı okur yazardır. Erkeklerin % 10.4'ü, kadınların % 6.4'ü yüksek okul veya fakülte mezunudur.

I.3. Doğurganlık

Resmi kaydı yapılmış olan doğumlardan hesaplanan doğurganlık düzeyi ölçütleri şu şekildedir:

Kaba Doğum Hızı: 2742/ 200 587= Binde 13.6

Genel Doğurganlık Hızı: 2742 / 37 585 =binde 72.9

Ortalama hane halkı büyüklüğü: 3.88 (İlçe merkezi: 4.07 Bucak: 3.77)

Doğumların % 41.7'si kamu hastanelerinde, % 49.0'i özel hastane veya kliniklerde, % 9.3'u evde yapılmıştır.

I.4. Mortalite

Tablo 3'de Ölümlerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

Kaba ölüm hızı: 709/200587=binde 3.5

Bebek ölüm hızı: 16/2742: binde 5.8

Orantılı ölüm hızı (5 yaşın altında): 18/709: %2.53

Tablo 1: KKTC Nüfusunun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Erkek	%*	Kadın	%*	Toplam	%**
0-4	6824	3,4	6 397	3.2	13 221	6.6
5-9	7651	3.8	7 225	3.6	14 876	7.4
10-14	8372	4.2	7 801	3.9	16 173	8.1
15-19	12181	6.1	9 491	4.7	21 672	10.8
20-24	14 253	7.1	9 935	4.9	24 188	12.0
25-29	10 242	5.1	8 246	4.1	18 488	9.2
30-34	9 143	4.6	7 690	3.8	16 833	8.4
35-39	7 688	3.8	7 302	3.6	14 990	7.4
40-44	7 033	3.5	6 175	3.1	13 208	6.6
45-49	5 654	2.8	5 368	2.7	11 022	5.5
50-54	4 465	2.2	4 360	2.2	8 825	4.4
55-59	3 308	1.6	3 621	1.8	6 929	3.4
60-64	2 856	1.4	3 273	1.6	6 129	3.0
65-69	2 265	1.1	2 704	1.3	4 969	2.4
70-74	1 805	0.9	2 134	1.1	3 939	2.0
75-79	1 014	0.5	1 348	0.7	2 362	1.2
80-84	710	0.3	938	0.5	1 648	0.8
85+	458	0.2	560	0.3	1 018	0.5
Toplam	105978	52.8	94 609	47.2	200 587	100.0

*Genel toplama göre alınmış yüzdelerdir.

**Sütun yüzdesidir.

Tablo 2: KKTC Nüfusunun Eğitim Düzeyi*

Eğitim Düzeyi	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	2986	3.1	8820	10.2	11 806	6.4
İlkokulu bitirmemiş	9840	10.1	9394	10.8	19 234	10.4
İlkokul	34 533	35.4	30 279	34.9	64 812	35.2
Ortaokul	12 258	12.6	9461	10.9	21 719	11.8
Lise	27 730	28.4	23 192	26.8	50 922	27.6
Yüksek okul veya Fakülte	10 176	10.4	5517	6.4	15 693	8.6
Toplam	97523	100.0	86663	100.0	184186	100.0

*6 yaş ve altı nüfus dahil edilmemiştir.

Tablo 3: 1996 Yılında KKTC'de Ölümlerin Yaş ve Cinsiyet Göre Dağılımı (resmi kaydı yapılmış ölümler)

Yaş grubu	Erkek	%*	Kadın	%*	Toplam	%**
0-1	10	62.3	6	37.5	16	2.3
2-4	-	-	2	100.0	2	0.2
5-14	1	100.0	-	-	1	0.1
15-24	9	75.0	3	25.0	12	1.7
25-34	9	75.0	3	25.0	12	1.8
35-44	13	72.2	5	27.8	18	2.5
45-54	36	76.6	11	23.4	47	6.6
55-64	62	68.1	29	31.9	91	12.8
65-74	112	59.9	75	40.1	187	26.4
75+	154	47.7	169	52.3	323	45.6
Toplam	406	57.2	303	42.8	709	100.0

*Satır yüzdesidir

**Sütun yüzdesidir

Orantılı ölüm hızı (45 yaş ve üzerinde): 648/709:% 91.39

(45-54 yaş grubu tek grup olarak alındığı için 50 yaş üzerine orantılı ölüm hızı hesaplanamamıştır.)

Kaba ölüm hızı ve bebek ölüm hızının beklenen düzeylerin oldukça altında olması bu konudaki verilerin doğru olmadığını düşündürmektedir. Saptanan ölümlerin büyük bir bölümünü 45 yaş ve üzeri ölümlerin oluşturulması olumlu bir bulgudur.

Tablo 4'de 1996 yılında KKTC'de saptanan ölümlerin ölüm nedenlerine göre dağılımı verilmiştir.

Saptanan ölümlerde kalp hastalıkları ve kanser sık ölüm nedenlerini göstermektedir. Ölümlerin % 30.4'ü gibi önemli bir bölümünde "senilite" şeklinde geçersiz bir ölüm nedeninin belirtilmesi bu verinin kullanılabilirliğini olumsuz etkilemektedir.

1.5. Sağlık Kurumları ve Sağlık İnsangücü

1996 yılı itibareyle, KKTC'de 26 devlet sağlık kuruluşu (Devlet hastaneleri ve sağlık merkezleri), 279 özel sağlık kuruluşu (özel çalışmakta olan tıp ve diş hekimlerinin yataklı klinikleri ve muayenehaneleri) bulunmaktadır.

Yataklı devlet kuruluşu sayısı 20 olup, yatak sayısı 993'tür. Özel yataklı kuruluş sayısı, 69 olup, yatak sayısı, 267'dir. Toplam yatak sayısı 1260'dır.

1996 yılında KKTC'de çalışan toplam hekim ve diş hekimisi sayısı 474 olup, 193'ü kamuda, 281'i özel çalışmaktadır. Hekim sayısı 366, diş hekimisi sayısı 108'dir. Hekimlerin yalnızca 17'si pratisyen hekimdir.

338 hemşire, 41 yüksek hemşire, 22 ebe olmak üzere toplam 401 ebe-hemşire hizmet vermektedir.

1996 yılı toplam 133 eczane bulunmakta olup, 110'u

özel, 23'ü kamu eczanesi niteliğindedir.

Sağlık merkezleri; 2 adet şehir tipi, 14 adet kırsal kesimde olmak üzere 16 sağlık merkezi bulunmaktadır.

Lefkoşa'da 93, Gazi Mağusa'da 34 yataklık hastaya ev ziyaretleri yapılmaktadır.

Ülkede ileri teknoloji ve bununla ilgili özel dal uzmanlığı sorunu olduğu belirtilmiştir. Bazen T.C.'den bu konuda geçici olarak gereksinime göre sağlık personeli görevlendirilmektedir. Yine, T.C. vatandaşı olup, KKTC'de askeri görevini yapan, bu konuda gereksinimi karşılayabilecek hekimlerden de yararlanabilmektedir. Gezi döneminde KKTC'de nöroloji uzmanı bulunmadığı belirtilmiştir.

Sağlık insan gücü ve bazı sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili ölçütler şu şekilde hesaplanmıştır:

Hekim/ nüfus oranı: 366/200 587 :548.0 kişiye bir hekim düşmektedir.

Ebe-hemşire /nüfus oranı: 500.2 kişiye bir ebe-hemşire düşmektedir.

Ebe-hemşire/hekim oranı: Hekim başına 1.09 ebe-hemşire düşmektedir.

Hastane yatağı /nüfus oranı: 1260/ 200 587 :159.1 kişiye bir yatak düşmektedir.

I.6.Morbidite

Sağlık merkezlerinden ve hastanelerden düzenli olarak 150-A başlıklı listeye göre hastalık bildirimleri yapılmamaktadır. Sadece bulaşıcı hastalıklar konusunda yetersiz de olsa bildirimler söz konusudur. Tablo 5'de 1996 ve 1997 yıllarında kamu sağlık kuruluşlarından bildirim yapılan bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgiler sunulmuştur. Özel sağlık kuruluşlarında saptanan bulaşıcı hastalıklarla ilgili bildirimler yapılmamaktadır.

1996 ve 1997 yıllarında kamu sağlık kuruluşlarında saptanan bulaşıcı hastalık verileri incelendiğinde, yıllar arasında bulaşıcı hastalık kategorilerinin bildirim sayılarında önemli farklılıklar söz konusudur. Yani, Tablo 5'den de bulaşıcı hastalıklarla ilgili verinin yetersiz olduğu anlaşılmaktadır.

I.7.Finansman

Genel bütçenin yaklaşık % 5-6 sının, Türkiye'den gelen destekle % 8'inin sağlık hizmetlerine ayrıldığı Sağlık bakanlığı yetkilileri tarafından belirtilmiştir.

Sağlığa ayrılan payın kaynağı (genel vergi/sigorta, kamu/özel) ve hangi hizmetlere harcandığı konusunda bilgi bulunamamıştır.

Tablo 4: 1996 Yılında KKTC'de Saptanan Ölümünün Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımı

Ölüm Nedeni	Sayı	%
Beyin kanaması	32	4.6
Beyin iltihabı ve inme	25	3.6
Kalp hastalıkları	123	17.4
Karaciğer hastalığı	5	0.7
Akciğer hastalıkları	25	3.6
Solunum yetmezliği	47	6.7
Böbrek hastalıkları	14	1.9
Üremi	2	0.2
Hipertansiyon	19	2.7
Kanser	93	13.1
Astma	3	0.5
Arterioskleroz	6	0.8
Diyabet	13	1.8
Menejit	1	0.1
İç kanama	24	3.4
Felç	20	2.8
Prematürite	5	0.7
Anemi	2	0.2
Doğum tarvması	4	0.4
Boğulma	2	0.2
Siroz	8	1.1
İntihar	2	0.2
Senilite	214	30.4
Alkol koması	1	0.1
Spastik	1	0.1
Bilinmeyen	18	2.6
Toplam	709	100.0

Toplumun sosyal güvence durumu ile ilgili kaynak bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak bakanlık yetkilileri tarafından verilen bilgiye göre; memurlar ve işçiler için 2 ayrı sosyal sigorta (sağlık sigortasını da içeren) bulunmaktadır. Ödeme gücü olmayan kişilerin ise sağlık harcamalarının durumları belgelendiği takdirde karşılandığı belirtilmiştir.

Kişi başına gayri safi milli gelirin yaklaşık 2500 dolar olduğu belirtilmiştir.

II. Gezi Programında Saptanan Bulgular

Örgütlenme

Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı bulunmamaktadır. Sağlık merkezleri, Lefkoşa laboratuvarı ve hastaneler ile Sağlık Bakanlığı arasında doğrudan iletişim söz konusudur. Kamu sağlık kurumları arasında hasta sevk sistemi bulunmamaktadır.

Tablo 5: 1996 ve 1997 Yılı Bildirimi Yapılan Bulaşıcı Hastalıkların Dağılımı

Hastalık adı	1996		1997	
	Sayı	%	Sayı	%
Enfeksiyöz hepatit	80	11.5	28	4.1
Kızıl	38	5.4	12	1.7
Kızamık	13	1.9	8	1.2
Su çiçeği	50	7.2	38	5.5
Dizanteri	1	0.1	-	-
Ekinekok enfestasyonu	7	1.0	12	1.7
Tüberküloz	50	7.2	54	7.8
Brusella	2	0.3	1	0.1
Sıtma	7	1.0	-	-
Tifo	54	7.7	12	1.7
Kabakulak	26	3.7	4	0.6
Kızamıkçık	70	10.0	-	-
Besin zehirlenmesi (tifo portör)	310	44.4	21	3.1
Tüberküloz menenjit	8	1.1	-	-
İdrar yolu enfeksiyonu	3	0.4	8	1.2
Sifiliz	17	2.4	35	5.1
Anjin	3	0.4	-	-
Gonore	-	-	436	63.3
Hepatit B	3	0.4	6	0.9
Menenjit	-	-	4	0.6
Tifüs	10	1.4	7	1.0
HIV (+)	-	-	3	0.4
Toplam	698	100.0	689	100.0

Kentsel ve Kırsal Tipte Sağlık Merkezleri

Kent tipi sağlık merkezleri birden fazla hekimin görev yaptığı, dış hekiminin de bulunduğu, kırsal bölgede bulunan sağlık merkezlerine göre daha donanımlı kurumlardır. Gezilen 2 kentsel tipteki sağlık merkezinde yataklı kat bulunmasına rağmen bu kurumlarda yataklı tedavi hizmeti verilmemektedir. Kent tipi sağlık merkezleri ile kırsal tipte sağlık merkezlerinin standart personel ve donanımı söz konusu değildir. Kırsal tipte sağlık merkezleri ise tek hekimin görev yaptığı sağlık merkezleridir. Bu merkezlerde dış hekimi sürekli olarak hizmet vermese de haftanın belirli günlerinde hizmet vermek için sağlık merkezine gelmektedir.

Kırsal tipte sağlık merkezlerine bağlı, olarak bazı köylerde "sağlık ocağı" adı verilen sabit personeli bulunmayan ve genellikle bir muayene odası ve bir bekleme salonundan oluşan, ilgili sağlık merkezi personeline zaman zaman hasta muayenesi için ziyaret edilen birimlerdir.

Verilen Hizmetler

Sağlık merkezlerinde, başvuran kişilere ayaktan tanı

ve tedavi hizmetleri, aşılama, dış çekimi, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık merkezlerinde, 2 kentsel sağlık merkezinde yataklı hastalara tedavi amacıyla yapılan ziyaretler dışında, gezici sağlık hizmetleri verilmemektedir.

Personel

Sağlık merkezlerinde hekimin sorumluluğunda hemşire, eczacı, sıhhiye müfettişi, kayıt memuru, ambulans şoförü, hizmetli bulunmaktadır. Kent tipi sağlık merkezlerinde hekim sayısı daha fazladır. Kırsal sağlık merkezlerinde tek hekim (uzman veya pratisyen) hizmet vermektedir.

Gezilen sağlık merkezlerinin sadece ikisinde pratisyen hekim bulunduğu görülmüştür. KKTC'de toplam 17 pratisyen hekimin bulunduğu gözönüne alındığında sağlık merkezlerinde, uzman hekimlerin pratisyen hekim olarak çalıştığı görülmektedir. Farklı dallarda uzman hekimler aynı merkezde bulunuyorsa yalnızca kendi alanları ile ilgili hastalara bakmaktadırlar. Tek uzman hekimin görev yaptığı sağlık merkezlerinde haftanın belli günlerinde farklı dalda uzman hekim gelip hasta bakabilmektedir. Ancak

bu tür bir organizasyon tüm sağlık merkezlerinde bulunmamaktadır. Sağlık merkezlerinde çalışan uzman hekimlerin hastanede uzman hekim kadrosuna geçme konusunda yoğun talepleri söz konusudur.

Kentsel tipte sağlık merkezlerinde dış hekimi bulunmamaktadır. Kırsal tipteki sağlık merkezlerinin bazılarında haftada bir gün dış hekimi gelmektedir.

Hekimler saat 08:00-13:00 arasında çalışmaktadır. Diğer personel kış aylarında 08:00-17:00, yaz aylarında 08:00-14:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Hekimler mesaiden sonra özel kliniklerinde çalışmaktadırlar.

Sağlık merkezlerinde yeterli sayıda hemşire bulunmamaktadır. Sağlık merkezlerinde anne ve çocuğa yönelik gezici hizmetler ile kurumda doğum hizmetleri verilmediği için ebe bulunmamaktadır.

Sağlık personeli ücretleri kamu sektöründe verilen hizmetlerde maaş şeklinde, özel sektörde verilen hizmetlerde hizmet başına ödeme şeklindedir.

Eczane

Sağlık merkezlerinde ve hastanelerde bulunan eczanelere sağlık merkezi hekimleri tarafından gereksinime göre aylık ilaç ve sarf malzemesi istemi yapılmaktadır. Sağlık merkezine başvuran hastalara ilaçları sosyal güvenliği varsa bu eczaneden sağlanmaktadır. (Çalışanlardan %30, emeklilerden %20 katkı payı alınmaktadır.) Sosyal güvenliği bulunmayan kişilerden, ödeme güçlüğü olanların ilaçları ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Ancak eczanede ilaçların her zaman ihtiyacı sağlayacak düzeyde bulunmadığı belirtilmiştir. Sosyal güvencesi olanlar özel eczanelerden ilaçlarını aldıkları durumda ilaç bedelinin tamamını cepten ödemektedirler.

Gereksiz ilaç kullanımını önlemek için sosyal güvencesi olanlarda kart sistemine geçilmesi planlanmaktadır. Çünkü hasta birbirini takip eden günlerde farklı sağlık kurumlarına başvurarak istediği ilacı alabilmektedir. Özellikle bu durum yaygın olmasının sağlık harcamalarının artışından sorumlu olduğu görüşü belirtilmiştir.

Eczaneden ilaçlar, adet olarak verilmektedir. Bu uygulamanın gereksiz ilaç kullanımını ve ilaç israfını önleyebileceği düşünülmektedir.

Kayıtlar ve Hizmetler

Kentsel ve kırsal sağlık merkezlerinde verilen hizmetler nüfusa dayalı değildir. Sağlık merkezlerinin tümünde kullanılan kayıtlar kişisel hasta formları, verilen ilaç sayısı, yapılan aşı sayısı, laboratuvar varsa yapılan laboratuvar tetkiklerinin sayıları, düzenli olarak kayıt tutulmasa da 150-A başlıklı hastalık bildirim formu ve bulaşıcı hastalık bildirim formu ile sınırlıdır. Kişisel hasta formları, hastanın sağlık merkezine ilk başvurusunda çıkarılmaktadır. Bu forma has-

tanın başvuru nedeni, yapılan işlemler ve verilen tedavi konusunda bilgiler yazılmakta, hastanın ikinci kez başvurusu durumunda yine kişisel muayene formu ile değerlendirilmesi yapılmaktadır (1. Basamak tanı ve tedavi hizmetleri açısından kişisel muayene formlarının kullanılmasının hizmete olumlu yansması söz konusudur.) Ancak, bir hastanın farklı kurumlarda kişisel sağlık formları bulunabilmektedir.

1. basamak ayaktan tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili Sağlık Bakanlığına bildirim 150 başlıklı listeye göre yapılması öngörülmüş, ancak her sağlık merkezi bu bildirim yapmamakta, bildirim yapan sağlık merkezleri de düzenli bildirim yapmamaktadır. Benzer şekilde bulaşıcı hastalık bildirimlerinin de düzenli olarak yapılmadığı görülmektedir.

Aşılama ile ilgili olarak, sağlık merkezleri aşı yapmakla sorumlu olduğu hedef nüfusu bilmemektedir. Sağlık merkezlerinde çalışan sağlık personeli bölgelerindeki halkın eğitim düzeyi yüksek olduğu için çocuklarını aşılatmak konusunda duyarlı olduklarını, bu nedenle bölgelerinde aşısız çocuk bulunmadığını ifade etmişlerdir. Okullarda öğrencilerin kardeşlerinin aşı durumunu sorgulanması ve aşısız olanların okul öğretmenleri tarafından sağlık merkezine yönlendirilmesi ile de aşısız çocukların saptandığı ve aşılandığı belirtilmiştir.

Aşı konusundaki tek kayıt, sağlık merkezinde yapılan aşı sayıları ile sınırlıdır. Görüşülen çocuk hekimleri özel kliniklerinde izledikleri çocukların aşı durumunu kayıt ettiklerini belirtmişlerdir.

KKTC'de BCG aşısı uygulanmamaktadır. Lefkoşa Kamu Sağlığı Dispanserine 1998 yılında yeni kayıtlı 54 verem hastasının bulunması, yıllık enfeksiyon riskinin yüksek olduğu Türkiye'den KKTC'ye yoğun göç göz önüne alındığında, aşı politikasının yeniden ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Dispansere kayıtlı hastaların uyruklarına bakıldığında ise, hastaların KKTC ve TC uyruklu kişilerden oluştuğu görülmektedir..

Çocukluk dönemi aşı şemasının T.C. Sağlık Bakanlığı'nın programı ile aynı olduğu belirtilmiştir. 1998 yılında Türkiye'de olduğu gibi 0 yaş grubuna ücretsiz Hepatit B aşılması başlanmıştır. Bazı sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerle görüşüldüğünde, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında farklı aşı şemaları uygulayabildikleri görülmüştür. Özel kliniklerin yoğun kullanımı da dikkate alındığında KKTC'de çocuklara yönelik standart bir aşı şemasının uygulanmadığı görüşüne varılmıştır.

Aile planlaması hizmetleri ile ilgili olarak, nüfus artışı sorunu olmadığı, devletin pronatalist politika benimsediği, ancak özel kliniklerde bu konuda (aile planlaması ve küretaj) hizmet verildiği belirtilmiştir. Aile planlaması ve nüfus planlaması kavramlarının farkı göz önüne alındığında, kamu sağlık örgütlenmesinde aile planlaması konusunda hizmet verilmesi gereği görülmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolünde, ülkeye giriş yapan gece kulüplerinde çalışacak hayat kadınları AIDS ve sifiliz yönünden tarama yapılmak üzere hastaneye yatırılmaktadır. Test sonuçları (-) çıkarsa kadının çalışmasına izin verilmekte, (+) çıkarsa ülkeye alınmamaktadır. Ancak, fuhuş yapmak üzere ülkeye giriş yapan kadınların tümüne ulaşılamadığı, fuhuş sektöründe çalışma konusunda bildirim yapmadan girişlerin olduğu da belirtilmiştir.

Çevre Sağlığı Hizmetleri

KKTC'de gerek içme ve kullanma suyu gerekse tarımda kullanılacak su kaynağı sıkıntısı bulunmaktadır. Yeraltı su kaynakları yetersiz olup, Türkiye'den deniz yolu ile taşınan su geçici ve yetersiz bir çözüm olarak görülmektedir. Daha uzun dönemde boru hattı ile gelmesi planlanan su, ülkenin su sorununa kalıcı ve yeterli bir çözüm olabilir.

KKTC'de çevre sağlığı hizmetlerinin verilmesi belediyelerin sorumluluğundadır. Sağlık merkezlerinde bulunan sıhhiye müfettişleri (lise sonrası eğitim kursu alan) tarafından gıda imal ve satış yerlerinin ruhsatlandırılması ile denetimi, su denetimi, vektör mücadelesi hizmetleri Tarım Bakanlığı ve Belediye personeli ile birlikte sürdürülmektedir. Sıhhiye müfettişlerinin sayısı oldukça az olduğu, gereksinime yanıt vermediği belirtilmiştir. Görüşülen sıhhiye müfettişleri, belediyeler tarafından yapılan su depolarının temizliği ve su klorlaması işlerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Sıhhiye müfettişleri tarafından alınan gıda ve su numunelerinin analizleri Lefkoşa Bölge Laboratuvarı'nda yapılmaktadır.

Gayrisıhhi müesseselerde çalışan kişilerin yılda bir akciğer filmi çekilmekte, 6 ayda bir portör taraması yapılmaktadır.

Laboratuvar

Sağlık merkezlerinde 1. basamakta yeterli sayılmasa da bazı laboratuvar tetkiklerini yapabilecek donanımda olmasına rağmen, personel ve malzeme yetersizliği nedeniyle laboratuvarların yeterince çalışmadığı görülmüştür.

Özel Sağlık Kuruluşları, sağlık hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Muayenehaneler klinik tarzında olup, bu kliniklerde operasyonlar ve doğum hizmetleri de sunulmaktadır. Özel sektörde verilen hizmetler konusunda kayıt bulunmadığı için, verilen sağlık hizmetleri değerlendirilememiştir.

Lefkoşa Devlet Laboratuvarı

Donanımı Birleşmiş Milletler tarafından karşılanmış olan laboratuvar, 6 birimden oluşmaktadır. Bu birimler şunlardır:

- İlaç ve kimyasal analizler birimi (ithal edilen ilaçların analizi)

- Gıda ve su analizleri birimi (sıhhiye müfettişlerinin denetimlerinde toplanan numuneler ile ithal edilen gıdaların analizi)

- Radyasyon ve çevre analizleri birimi (sular ve gıdalarda radyasyon ölçümü)

- Mikrobiyoloji birimi (gıdaların mikrobiyolojik analizi)

- Adli kimya birimi

- Pestisit ve kalıntı birimi (ithal edilen gıdalarda ve alınna gıda numunelerinde pestisit ve kalıntı analizleri)

Lefkoşa Bölge Dispanseri

1997 yılında dispansere yeni kayıtlı 54 tüberküloz hastasının bulunduğu görülmüştür. Tüberkülozlu hastaların temaslı muayenelerine önem verildiği, balgam direkt bakısının devlet hastanesinde yapıldığı, kültür için Türkiye'de Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü'ne balgam numunelerinin gönderildiği belirtilmiştir.

Özel Bulgular

- Gerek Sağlık Bakanlığı, gerekse KKTC Tabipler Birliği tarafından, KKTC'de Sağlık Yasası hazırlıklarından bahsedilmiştir. Sağlık Yasasının, toplumu kapsayan genel sağlık sigortasının kurulması ve tam gün yasası şeklinde farklı alanları söz konusudur. Ancak daha önce de, tam gün çalışma uygulamasının getirildiği, ancak hekimler tarafından yoğun tepkiyle karşılandığı ve uygulanmadan kaldırıldığı belirtilmiştir. Hekim lobisi tam gün yasasının uygulanmasına karşı çıkmıştır.

- Kamu kesimindeki düşük ücretlerden dolayı özellikle Türkiye'den sağlık hizmeti kullanmak üzere kişilerin KKTC'e geldiği, tedavisini yaptırdıktan sonra ülkesine döndüğü belirtilmiştir.

- Sosyal güvencesi olan kişilere kamudan verilen ilaçlar, karne usulü ile verilmediğinden, bir kişi birbirini takip eden günlerde farklı sağlık kurumlarına başvurarak istediği ilaçları alabilmekte, bu durum ilaç harcamalarını artırmaktadır. İlaç ve Eczacılık Müdürlüğü'nden verilen bilgiye göre, ilaç harcamalarında savurganlığı kontrol amacı ile, sigortalıların ilaç yazımlarının kısa bir süre içinde karne sistemine bağlanacağı bilgisi verilmiştir.

- Hastaların tanı ve tedavi amacı ile yurt dışına gönderilmesi konusunda sorunlar söz konusudur. Yurt dışında tanı ve tedavi gerektiği konusunda verilen kararların rasyonel olmadığı, (politik etkilere bağlı olarak yurt dışında tanı ve tedavi gerektiğine karar verildiği) belirtilmiştir. Yurt dışında tanı ve tedavi için gönderilen hastaların sayısının oldukça fazla olmasının ülkenin sağlık harcamalarını arttırdığı, bunu azaltmak için hastaların yurt dışında tanı ve tedavisinin gerektiğine karar veren profesyonel komisyonların oluşturulması gerektiği de ifade edilmiştir.

- Ülkede son yıllarda açılmış olan özel üniversiteler,

eğitim turizmi açısından ülkeye canlılık getirmiş, özellikle Türkiye'den çok sayıda KKTC'de yüksek eğitim almaktadır. Dış ülkelerden gelen üniversite öğrencilerinin de sağlık sigortası kapsamına alınmasının planlandığı belirtilmiştir.

- KKTC'de trafik soldan işlemektedir. Trafikte oldukça fazla sayıda sağdan direksiyonlu araç olması, trafiğin soldan işlediği Türkiye'den gerek ikamet etmek gerekse turistik amaçlı gelen çok sayıda kişinin bulunması kaza riskini arttırmaktadır.

TARTIŞMA

KKTC, iki yüz bin nüfusu ile nüfus artışı sorunu olmayan, pronatalist politika izleyen bir ülkedir. Nüfusun yaş yapısı incelendiğinde Türkiye nüfusuna göre daha yaşlı bir nüfus yapısının bulunduğu, doğurganlığın çok yüksek olmadığı dikkat çekmektedir. Yine toplumun genel eğitim düzeyinin, Türkiye'ye göre oldukça iyi düzeylerde olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen milli gelirin 2500 dolar civarında olması, sağlığa ayrılan payın %8 düzeylerinde olması (bu konularda net olarak bilgi alınamamış olsa da), sağlığa ayrılan pay açısından ülkemize göre daha olumlu bir tablo sergilemektedir. Gezi programında görüldüğü gibi kamu kesiminde, teknik donanımı çok yeterli olmasa da ülke genelinde yaygın birinci basamak sağlık kurumları ve yeterli sayılabilecek hastaneleri bulunmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sunumunda yaygın bir özel sağlık hizmeti sunumu da söz konusudur.

KKTC sağlık düzeyini değerlendirmede yeterince veriye ulaşılamamıştır. Elde bulunan tek sağlıklı veri nüfus sayımı ve doğum/ölüm bildirim formlarından elde edilen sağlık ölçütleri ile sınırlıdır. Bizlerin de KKTC sağlık düzeyini değerlendirirken, en çok eksikliğini hissettiği doğru sağlık verilerinin eksikliği (ki bu sağlık hizmetinin nüfusa dayalı hizmet verilmemesi ve sağlık kayıt sisteminin bulunmamasından kaynaklanıyordu) KKTC sağlık hizmetlerinin en önemli sorunu olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığının tutarlı bir sağlık politikasının bulunmaması, kamu sağlık merkezlerinin bina ve laboratuvar koşullarının yetersiz olması, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin yetersizliği, sağlık hizmetlerinde belirli bir ilk başvuru yerinin bulunmaması, sevk sisteminin bulunmaması ve buna bağlı olarak gereksiz ilaç ve tetkik uygulamalarının yaygın olması, özellikle koruyucu hizmetler açısından gezici hizmet ve ekip hizmetinin bulunmaması, sağlık merkezi düzeyinde de hizmeti planlama ve denetim eksikliği KKTC sağlık hizmetlerinin diğer önemli sorunlarını oluşturmaktadır.

Ülke nüfusunun fazla olmaması ve coğrafi açıdan ülkenin en uzak noktalarına dahi ulaşma kolaylığı nedeniyle Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının bulunmadığı görülmüştür. Ancak, bu durum Sağlık Bakanlığının, taşra teşkilatının yapması gereken lojistik ihtiyaçların belirlenmesi ve sağlanması, personel sirkülasyonu ile uğraşma gibi yürütme ile ilgili işlere, taşra teşkilatının olmaması ne-

deniyle önem ve öncelik vermek durumunda kaldığı izlenimini vermiştir. Sağlık Bakanlığının asli görevi olan sağlık politikası geliştirme, sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetim gibi işler bu gibi işlerden dolayı geri planda kalmaktadır. Bu açıdan Sağlık örgütlenme yapısına taşra teşkilatının eklenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmak üzere ileriye yönelik halk sağlığı uzmanı yetiştirilmesi önerisi de getirilebilir.

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı büyüktür. Özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetleri cepten ödeme şeklindedir. Kamu sağlık hizmetlerinin ücretleri oldukça düşüktür. Sosyal sigortası olmayan ancak ödeme gücüne sahip olan vatandaşların aldıkları hizmet de devlet tarafından subvanse edilmektedir. Hastalar tarafından hekimlerin muayenehaneye veya kliniklerine gidildiğinde, hastaya istediği tetkiklerin hastanede yapılabildiği, kendisi veya bir yakını için istediği ilaçların yazılabildiği, bunun da sağlık harcamalarını arttırdığı bir çok kişi tarafından belirtilmiştir. Kamu kaynaklarının özel sektör çıkarına kullanımının engellenmesi için tam gün yasasının uygulamaya geçirilmesi çözüm olabilir.

Kamuda hekimlerin çalışma sürelerinin oldukça sınırlı olduğu saptanmıştır. Hekimlerin çalışma saatlerinin 08:00-13:00 saatleri arasında kısıtlı olması, verilen hizmetlerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bu saatler dışında tanı ve tedavi hizmetleri için kişiler özel kliniklerden yararlanmak zorunda kalmaktadır.

Birinci basamak sağlık kurumlarında, uzman hekimler pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Bu sağlık kurumlarından sadece ilgili uzmanın branşındaki hastalar iyi hizmet alabilmektedir. Bu durumun sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu sorun, Sağlık Bakanlığının tarafından da görülmüş, farklı dal uzmanlarının sağlık merkezlerine haftanın belirli günlerinde poliklinik hizmeti için gitmesi sağlanmıştır. Ancak bu düzenleme var olan personel sayısına göre yapıldığından, standart bir uygulama söz konusu değildir.

Pratisyen hekim hastayı çevresi, ailesi, yaşama ve çalışma koşulları ile değerlendireceğinden, kişilerin sağlık veya hastalık durumunu daha iyi değerlendirebilecektir. Ülkede pratisyen hekimliğin özendirilmesinin sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir. Pratisyen hekim istihdamının, poliklinikte hastayı değerlendirme avantajı yanında tedavi hizmetleri ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin entegrasyonunun sağlanması açısından da yararları olacaktır. Ancak ülkede halen yeterli sayıda hekim olması, kısa süre içinde birinci basamakta pratisyen hekim istihdamını zorlaştırmaktadır.

KKTC'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için pratisyen hekimliğin özendirilmesi, sağlık merkezi donanımlarının iyileştirilmesi, koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi, nüfusa dayalı hizmet verilmesi ve koru-

yucu hizmetler için kayıt sistemine geçilmesi, risk gruplarına yönelik izlemlerin yapılması (çocuk, kadın, yaşlı), bu izlem çalışmalarını yapacak ebe ve hemşire yetiştirilmesi önerilebilir.

Sağlık merkezlerinin ülkedeki dağılımına bakıldığında, coğrafi ulaşılabilirlik konusunda olumlu değerlendirilebilir. Ancak, sağlık merkezlerinin donanımı ve çalışan sağlık personeli sayısı incelendiğinde ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili olarak kentsel sağlık merkezlerinde daha iyi hizmet sunulduğu görülmektedir. Sosyal ulaşılabilirlik konusunda ise, toplumun özellikle klinikleri tercih etmesi nedeniyle sosyal ulaşılabilirliğin yetersiz olduğu söylenebilir. Küçük bir ülkede sınırlı sayıdaki hekim daha çok özel kliniklerinde hizmet vermektedir. Bunda klinikte hastaya daha fazla zaman ve ilgi gösterilmesinin etkili olduğu belirtilmiştir.

Kamu hastanelerinde hekim başına düşen yatak sayısının 3-4 yatak olduğu, buna karşın hastanelerde poliklinik muayeneleri, yatarak tanı ve tedavi, elektif ameliyatlara için uzun süre beklemek gerektiği KKTC Tabipler Birliği raporlarında yer almaktadır. Gerçekten de, hekim başına düşen kişi sayısının 548, hastane yatağı başına kişi sayısının 159.1 olduğu göz önüne alındığında tedavi hizmetleri ile ilgili bu tür sorunların yaşanmaması beklenir. Bu konudaki sorunların çözümünde, hekimlerin çalışma saatlerinin uzatılması, tam gün yasası, tedavi hizmetlerinde basamaklandırılmış hizmet uygulaması önerilebilir. Ayrıca, hastane ve sağlık merkezi yöneticilerine hizmet planlama, uygulama ve değerlendirme konusunda daha fazla yetki tanınması, bu konuda eğitim açığının yöneticilere yapılacak eğitimle giderilmesi de yararlı olacaktır.

Çevre sağlığı konusunda yeterli veri bulunmadığı için, ülkenin çevre sağlığı düzeyi konusunda bir yorum yapılamamaktadır. Ancak ülkede sanayi üretiminin kısıtlı olması, sanayi kaynaklı çevre kirlenmesinin önemli bir sorun olmadığı konusunda fikir vermektedir. Bunun yanı sıra, ülkenin içme ve kullanma suyu yetersizliği, gıda denetimlerinin çok düzenli yapılmıyor olması çevre sağlığı düzeyinin çok iyi olmadığını düşündürmektedir.

SONUÇ

KKTC'de sağlık hizmetleri ile ilgili yeterli ve doğru bir kayıt sistemi bulunmaması nedeniyle, KKTC'nin sağlık düzeyini değerlendirme ve bu verilere göre sağlık hizmetlerini planlama, yürütme ve değerlendirme yani sağlık hizmetlerinin yönetimi konusunda sorunlar bulunmaktadır.

KKTC'de verilen kamu sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri çerçevesinde değerlendirildiğinde;

-Belirli bir ilk başvuru yeri (first contact care) bulunmamaktadır.

- Hizmetin kullanılabilirliği (availability) düşüktür.

- Ulaşılabilirlik (accessibility) açısından coğrafi sosyal

ve ekonomik ulaşılabilirlik iyidir. Kamu sağlık kuruluşlarında hekim çalışma sürelerinin kısıtlı olması da ulaşılabilirliği olumsuz yönde etkilemektedir.

- Kabul edilebilirlik (acceptability) düşüktür.

- Kapsayıcılık (comprehensiveness) yetersizdir. Geniş bir hizmet yelpazesi yoktur. Toplumun gereksinmelerine göre uygun hizmetin ne olduğu belirlenmemektedir. Hizmetler tedavi hizmetleri ile sınırlıdır. Gezici hizmet ve aile planlaması hizmetleri yetersizdir.

- Kişiyi özel süreklilik (longitudinality): Hizmeti alan kişiler hangi kurumdan hizmet alacağını, hizmeti veren kişiler de kimlere hizmet verdiğini bilmemektedirler. Yalnızca ayaktan tanı ve tedavi edici hizmetler için başvuran kişilere kart çıkarılmakta, toplumu kapsayan bir kayıt sistemi bulunmamaktadır.

- Soruna özel süreklilik (continuity): Ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri için (bu konudaki farklı kurumlardaki kayıtlar biraraya getirilirse de) yetersiz de olsa bulunmaktadır.

- Koordinasyon (coordination): Sevk sistemi bulunmamakta, ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri için bulunan kayıtlar birleştirilmemektedir. Bu açıdan koordinasyonun da yetersiz olduğu söylenebilir.

Eğiticiler

Yrd.Doç.Dr. Erhan Eser (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yrd.Doç.Dr. Gönül Dinç (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Katılımcılar

Dr. Ümit Atman Cihan (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yük. Hem. Safiye Yoldaş (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yük. Hem. Semra Ay (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yük. Hem. Gül Seven Saatli (CBÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Dr. Hatice Aysu (Akhisar 3 Nolu Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Oytun Çalışkan (Çobanisa Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Tülay Aslan (Karaoğlan Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Muharrem Cengiz (Sarıgöl Merkez Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Demet Nohutçu (1 Nolu Sağlık Ocağı- Muğla)

Dr. Bedri Bilge (Sağlık Eğitim Merkezi- Manisa)

Dr. Bekir Özsoy (Akhisar 1 Nolu Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Volkan Çilingiroğlu (Karabağlar 2 Nolu Sağlık Ocağı- İzmir)

Dr. M Ali Korkusuz (Turgutlu 3 Nolu Sağlık Ocağı- Manisa)

Dr. Nihal Öksün (Kumkale Sağlık Ocağı- Çanakkale)

Dr. Meral Karatepe (9 Nolu Sağlık Ocağı- Denizli)