



KKTC Sağlık Bakanlığı

Kurumsal ve Fonksiyonel Analizi



T.C. Lefkoşa Büyükelçiliği
Yardım Heyeti Başkanlığı

tepav

türkiye ekonomi politikaları araştırma vakfı



Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
Başbakanlık

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	5
1. GENEL GÖRÜNÜŞ	6
2. KKTC'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONEL YAPISI VE YÖNETİMİ	8
2.1. SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ	8
2.2. ORTA VADELİ PLANLAMA ÇERÇEVESİ	9
2.3. MEVCUT YÖNETİM ORGANİZASYONU YAPISI	10
2.3.1. Bakanlık Teşkilatı:	10
2.3.2. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi	11
2.3.3. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi	13
2.3.4. İlaç ve Eczacılık Dairesi	13
2.3.5. Devlet Laboratuvarları Dairesi	14
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	15
3.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	15
3.2. İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	16
3.3. ÖZEL HASTANELER, ÖZEL MUAYENEHANELER VE ÜNİVERSİTE HASTANESİ	21
3.4. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ (112 Hızır Hizmetleri)	22
3.5. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ	22
3.6. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI	23
3.6.1. Hekimlerin Kısmi Zamanlı Çalışması	25
3.6.2. Özlük Hakları Maaşlar ve Diğer Ödemeler	25
3.7. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ	26
3.8. İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ	27
4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	28
4.1. SAĞLIK HARCAMALARI	28
4.3. SOSYAL GÜVENLİK HİZMETLERİ	31
4.4. YURT DIŞI SAĞLIK SİGORTACILIĞI HİZMETLERİ	32
5. DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER	33
5.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNA YÖNELİK ÖNERİLER	33
5.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği	34
5.1.2. İkinci ve Üçüncü Basamakta Sağlık İşletmeleri	35
5.1.3. Özel Hastaneler, Özel Muayenehaneler ve Üniversite Hastanesi	36
5.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri	36
5.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	36
5.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK BAKANLIĞI UYGULAMALARINDA PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMİ	37
5.3. SAĞLIK SİGORTACILIĞINA YÖNELİK ÖNERİLER	40
5.3.1. Sağlık Sigortası Kapsamının Toplumun Tamamına Yayılması	40
5.3.2. Yurt Dışı Sağlık Sigortacılığı ile İlgili Öneriler	40
5.4. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE HİZMET SUNUCULARA ÖDEMELER KONUSUNDAKİ ÖNERİLER	41
5.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	41
5.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile Finansmanının Birbirinden Ayrılması	41
5.4.3. Sağlık Hizmet Sunucularına Yapılan Ödemeler	41
5.5. SAĞLIK PERSONELİ VE İNSAN KAYNAKLARINA YÖNELİK ÖNERİLER	45
5.5.1. Sağlık Personelinin Tam Zamanlı Çalışmasına Yönelik Öneriler	46
5.5.2. Özlük Hakları Maaşlar	46
5.5.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	47
5.6. İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ POLİTİKASINA YÖNELİK ÖNERİLER	48
5.6.1. Ulusal İlaç Politikası Geliştirilmesi	48
5.6.2. İlaçların Akılcı Kullanımı	50

5.6.3.Ulusal Tıbbi Cihaz Politikası Geliştirilmesi	50
5.7. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİNE YÖNELİK ÖNERİLER	51
5.8.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK ÖNERİLER.....	52
5.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	52
5.8.2. Hasta Memnuniyeti	53
5.8.3. Hasta Güvenliği.....	54
5.9. SİSTEMİN İZLEME VE DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK ÖNERİLER	54
5.10. YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISINA YÖNELİK ÖNERİLER	55
SONUÇ	59
EKLER:	61
I. SAĞLIK BAKANLIĞI FONKSİYONEL ANALİZİ.....	61
i. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin Fonksiyonel Analizi	63
ii. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin Fonksiyonel Analizi.....	65
iii. İlaç ve Eczacılık Dairesi Fonksiyonel Analizi	67
iv. Devlet Laboratuvarı Dairesi Başkanlığı Fonksiyonel Analizi.....	68
II.FONKSİYON TESTLERİ	70
III. KAMU VE SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU İÇİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR	102
i. KKTB VATANDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ MEMNUNİYET ARAŞTIRMASI	103
ii. KKTB HEKİM ÇALIŞMA KOŞULLARI SORUNLAR VE BEKLENTİLER ARAŞTIRMASI.....	105
iii.KUZEY KIBRIS KAMU ÇALIŞANLARI ARAŞTIRMASI	106
iv. HANE HALKI KAMU YÖNETİMİ ALGI ARAŞTIRMASI	111
IV. ÜLKE ÖRNEKLERİ	114
i. GÜNEY KIBRIS RUM YÖNETİMİ	114
ii. İZLANDA	115
iii. MALTA.....	116
iv. MAN ADASI	118
DİPNOTLAR	121

Tablolar Dizini

Tablo 1 Sağlık Merkezlerinin Altyapıları ve Görevli Sağlık Personelinin Dağılımı, 2010	16
Tablo 2. Hastanelerde Çalışan Doktorların Bölge ve İhtisas Dallarına göre Dağılımı 2010	18
Tablo 3. Kamu Hastaneleri Yatak Sayıları ve Yatak İşgal Oranları,2010	20
Tablo 4. Kamu Hastanelerine Ait Bazı Göstergeler, 2008-2009-2010.....	20
Tablo 5 Modellerine göre ambulans sayıları ve dağılımı.....	22
Tablo 6. Bazı Personel Gruplarının Sayısı ve Personel Başına Düşen Nüfus.....	23
Tablo 7 OECD Ortalaması ile İrlanda ve KKTG'nin bazı sağlık personeli karşılaştırması	24
Tablo 8 SB Bütçesinin Ana Hizmet Birimlerine Dağılımı, 2010	28
Tablo 9. Hastaneye Yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10 Sonuç Çerçevesi ve İzleme.....	60
Tablo 11. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin Fonksiyon Analizi	64
Tablo 12. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin Fonksiyon Analizi	66
Tablo 13 İlaç ve Eczacılık Dairesi Fonksiyon Analizi	68
Tablo 14. Devlet Laboratuvarı Dairesi Başkanlığı Fonksiyon Analizi	70
Tablo 15. KKTG Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 1	70
Tablo 16. KKTG Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 2	77
Tablo 17 KKTG Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 3	83
Tablo 18. KKTG Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 4	90
Tablo 19. KKTG Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 5	96

Şekiller Dizini

Şekil 1 KKTC Haritası	6
Şekil 2 KKTC Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması.....	11
Şekil 3 KKTC Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü	11
Şekil 4 Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Organizasyon Şeması	12
Şekil 5 Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Organizasyon Şeması.....	13
Şekil 6 İlaç ve Eczacılık Dairesi Organizasyon Şeması	14
Şekil 7 Devlet Laboratuvarı Organizasyon Şeması.....	14
Şekil 8 KKTC Sağlık Bakanlığı için Önerilen Yapı.....	57
Şekil 9 KKTC’de Devlet ve Özel Hastanelerin Tatmin Edici Bulunma Dereceleri	104
Şekil 10 Sağlık Sisteminde Reform İsteği (Hekimlerin Görüşleri)	105
Şekil 11 Sağlık Sisteminde Reform İsteği (Hastaların Görüşleri).....	106
Şekil 12 Kurumumun biriminin görevleri arasında tanımlanmış olup yürütülmeyen veya nadiren yapılan geçerliliğini yitirmiş işler var	109
Şekil 13 KKTC'de devletin yeniden düzenleme ihtiyacının olup olmadığına ilişkin aşağıdaki görüşlerin hangisine katılırsınız	110
Şekil 14 İyi Yönetişim Göstergeleri Ortalamaları	110
Şekil 15 Kurumların İtibarı	112
Şekil 16 Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet.....	113

Kısaltmalar Listesi

KKTC Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TC Türkiye Cumhuriyeti

AB Avrupa Birliği

ABD Amerika Birleşik Devletleri

GKRY Güney Kıbrıs Rum Yönetimi

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

DRG Tanıya Dayalı Gruplar

SDP Sağlıkta Dönüşüm Programı

MEDULA Medikal Ulak

OECD Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

PDÖS Performansa Dayalı Ödeme Sistemi

DPÖ Devlet Planlama Örgütü

SGK Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT Sağlık Uygulama Tebliği

TL Türk Lirası

TBMM Türkiye Büyük Millet Meclisi

GSS Genel Sağlık Sigortası

KKTB Kuzey Kıbrıs Tabipler Birliği

YTK Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi

TSH Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi

İED İlaç ve Eczacılık Dairesi

DLD Devlet Laboratuvarlar Dairesi

BNDH Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

YDÜ Yakın Doğu Üniversitesi

PDC Personel Dağılım Cetveli

GİRİŞ

“Sağlık Sistemi” genellikle Sağlık Bakanlıklarının sorumluluğu altında olan tıbbi bakım ve halk sağlığı faaliyetlerini kapsayacak şekilde tanımlanır. “Sağlık Sistemi Performansı” ise sağlık politikasının temel hedeflerine göre değerlendirilir: a)sağlık harcamalarının makul seviyesinin belirlenmesi, b)sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ve beklenmeyen yüksek sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması c)sağlık hizmetlerini kullanıcılara verebilirliğin en üst düzeye getirilmesi¹

Yürürlükte olan ya da reformlarla yeniden yapılandırılmaya çalışılan sağlık sistemlerinin temel sorunu sürdürülebilir olmalarını sağlamada karşılaşılan zorluklardır. Toplumun tamamı daha kaliteli hizmeti zamanında istemektedirler ve sunulan hizmetlerin güvenilir olmasını talep etmektedir.

KKTC Sağlık sisteminin mevcut durumunun analizinin yapılmasını ve gelecekte yapılabilecekler konusunda görüş ve önerileri sistematik bir şekilde sunmayı amaçlayan bu rapor, KKTC yetkililerinden alınan bilgiler ve kamu kuruluşlarının ürettiği istatistikler ışığında hazırlanmıştır. Sağlık sisteminin temel bileşenleri üzerinden gidilerek sağlık sisteminde reform çalışmaları için bir ön hazırlık olması açısından dikkat çekilecek olan hususları ve yapılabilecek uygulamaları kapsamaktadır.

Sağlık sistemi reformu daimi bir süreçtir. Uluslararası tecrübelerle göre, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türk insanının sağlık durumu ve refahının sürekli olarak iyileşmesini temin etmek için doğru politikalar seçilmesi ve bu politikaların etkili bir şekilde uygulanması gerekecektir.²

Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ancak sistematik, planlı ve bilimsel yaklaşımlarla mümkündür. Kıbrıs sağlık hizmetleri sunum kalitesinin yükseltilmesi ana hedefinden hareketle talep edilmesi durumunda bir değişim yönetim programı ile birlikte bu programın başarıya ulaşmasını sağlayacak detaylı bir uygulama planı hazırlanacaktır.

¹ Hurst J. Performance Measurement and Improvement in OECD Health System: Overview of Issues and Challenges

² OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye

1. GENEL GÖRÜNÜŞ

Kıbrıs, Akdeniz'in Sicilya ve Sardunya'dan sonra üçüncü büyük adasıdır. Kıbrıs adası 30.33 ve 35.41 eylemleri ve 32.23 ve 34.55 boylamları arasındadır. Adanın toplam yüzölçümü 9,251 km² olup, KKTC'nin yüzölçümü 3.242 km²dir.

Kuzey Kıbrıs'ın kuzeyinde 65 km mesafe ile Türkiye, doğusunda 112 km mesafe ile Suriye, 267 km mesafe ile İsrail, 162 km mesafe ile Lübnan; güneyinde 418 km mesafe ile Mısır; batısında ise 965 km mesafe ile Yunanistan yer almaktadır.

Toprakları kuzeyde Dipkarpaz, batıda Güzelyurt, güneyde de Akıncılar'a doğru yayılır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ile Kıbrıs Cumhuriyeti toprakları arasında Birleşmiş Milletlerin kontrolünde tampon bölge bulunmaktadır.

Şekil 1 KKTC Haritası



Kıbrıs adası, stratejik konumu nedeniyle yüzyıllar boyunca Doğu Akdeniz ülkelerinde egemen olan veya olmaya çalışan devletler tarafından yönetilmiştir. Doğu Akdeniz'de ticaret ve son dönemlerde de petrol ve doğalgaz ulaşım yollarını kontrol altında tutan Kıbrıs adası siyasal, ekonomik ve askeri açılardan Orta Doğu etkinliği için son derece önemlidir.

2006 yılında yapılan nüfus sayımına göre KKTC'nin nüfusu 265.100 kişidir. Fakat yerel otoriteler tarafından bu sayımın eksik olduğu, ayrıca 45.000 öğrenci ve 114.000 geçici işçi ve aileleriyle (ortalama 4 kişi) birlikte nüfusun 700.000-800.000 civarında olduğu iddia edilmektedir. 4 Aralık 2011 Genel Nüfus ve Konut Sayımı geçici sonuçları açıklandı. Buna göre 30 Nisan 2006 tarihinden bu yana KKTC'nin de - facto nüfusunda yüzde 11.2 oranında

artış oldu ve nüfus 294 bin 906'ya ulaştı..³Nüfusun %57,2'si kentlerde yaşamaktadır. Okur yazarlık oranı %96,4, ortalama yaşam süresi ise 74,2 yıl düzeyindedir.⁴

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti idari olarak beş ilçeden oluşmaktadır. Başkent Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin en büyük kentidir. Gazimağusa, Girne, Güzelyurt ve İskele ise diğer ilçeleridir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Akdeniz iklimi hüküm sürmekte olup, yazları sıcak ve kurak, kışları ılık geçmektedir. Yağışların büyük bölümü Kasım - Mart döneminde olmaktadır. En soğuk ay olan Ocak'ta en düşük ve en yüksek hava sıcaklıkları ortalama 6°C ve 16°C'dir. En sıcak ay olan Ağustos'ta ise en düşük ve en yüksek hava sıcaklıkları ortalama 21°C ve 35°C dolaylarındadır.

15 Kasım 1983'de Kıbrıs Türk Federe Devleti meclisi oybirliği ile aldığı bir kararla, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ni ilan etmiştir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde çok partili demokrasi uygulanmaktadır. Cumhurbaşkanı, devletin başıdır ve beş yılda bir genel seçim ile seçilmektedir. Yasama yetkisi 50 üyeli Cumhuriyet Meclisi tarafından yürütülmektedir. Ülkede yürütme yetkisi ise, Cumhurbaşkanı tarafından atanan, Başbakan'ın yönetiminde oluşturulan Bakanlar Kurulu'na verilmiştir. Milletvekilliği genel seçimleri beş yılda bir yapılmaktadır. Bakanlar Kurulu Başbakan ve 10 bakandan oluşmaktadır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ekonomisi kamu sektörü dahilinde ticaret, turizm ve eğitimle beraber tarım ve imalat sanayinden oluşmaktadır. Kuzey Kıbrıs'ın en büyük gelirlerinden biri olan turizmin ülkede büyük bir yeri vardır. Ülke iklimi tüm yıl boyunca tatil için olanaklar sağlar. Yağışlar Aralık ve Ocak aylarında yoğunlaşıp ortalama deniz sıcaklığı altı ayı aşkın bir süre 20 °C dir.

³ http://www.brtk.net/index.php?option=com_content&view=article&id=37367:genel-nuefus-ve-konut-sayiminin-gecc-sonuclari-aciklandi&catid=1:kktc&Itemid=3

⁴Kıyaslama Çalışması, Dünya genelindeki küçük ülkeler ışığında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Tepav, 2011

2. KKTC'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONEL YAPISI VE YÖNETİMİ

2.1. SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.”⁵ hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.

1964 Öncesi Dönem:

1964 öncesi, Rumlarla müşterek olan ve bir Türk Bakanın sorumluluğunda olan kamusal sağlık servisleri gerek Rum, gerekse Türk Kıbrıs Halkı'na hizmet verirken; çarpışmaların başlaması ile önce özel kliniklerden topluma sağlık hizmeti verilmiş, sonra Lefkoşa'da eski bir sigara fabrikası 80 yataklı bir genel hastaneye dönüştürülmüştü.

Mağusa, Limasol, Larnaka ve Bafra benzeri çalışmalarla küçük bölge hastaneleri Poli, Düzkaya, Geçitkale, Serdarlı ve Mehmetçik köylerinde ise, sağlık merkezleri açılmıştır.

1964-1975 Arası Dönem:

Yine 1964 yılından itibaren tüm sağlık hizmetleri yönetsel yönden genel komiteye bağlı Sağlık İşleri Tali Komitesinin sorumluluğuna verilmiştir.

Genel Komitenin yerini Geçici Türk Yönetimi alınca, 1968 yılında sağlık servisleri de sağlık işleri üyeliği tarafından yürütölmeye başlanmıştır.

13 Şubat 1975 tarihinde Kıbrıs Türk Federe Devleti'nin kurulmasıyla sağlık işleri de Federe Devleti Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Türkiye'nin parasal ve teknik yardımları ile 1971 yılında Lefkoşa - Gönyeli yolu üzerinde Lefkoşa Devlet Hastanesinin inşasına başlanmış; 13 Şubat 1978 yılında, modern teknik araç, gereç ve cihazla donatılarak hizmete açılmıştır.

1974 Barış Harekatı sonrasında, güneyde kalan hastane ve sağlık merkezleri yerine, kuzeyde yenilerinin açılması yönüne gidildi. Yapılan bir reorganizasyonda Lefkoşa Hastanesinin yatak kapasitesi yükseltilmiş, Mağusa, Girne ve Yeşilyurt'ta kaza hastaneleri, 10 büyük köyde ise sağlık merkezleri açılmıştır. Her sağlık merkezi çerçevesindeki köylerde

⁵ KKTC Anayasası

ise sağlık ocakları kurulmuş ve bir program çerçevesinde köyler ziyaret edilmiştir.

Yine 1975 yılından itibaren tedavi edici sağlık hizmetler yanında, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerine önem verilmiştir.

1964 -1974 yılları arasında hastalanan ve yaralananların tedavisine yönelik olan sağlık servislerimizin koruyucu hekimlik hizmeti olarak sadece kısıtlı bağışıklık aşılama hizmetleri yürütebilmiştir.

1976-1982 Arası ve Daha Sonraki Dönem:

1975-1977 yılları arasında ilk kez eldeki mevcut imkanlardan yararlanma yoluna gidilerek, bir reorganizasyon yapılmış, Lefkoşa'daki merkez ve diğer bölgelerdeki çevre örgütleri saptanarak Bakanlık Tıp ve Sağlık Dairesi Müdürlüğü, Devlet Laboratuvarı, Başhekimlikler ve Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimlikleri kurularak, tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetleri entegre bir şekilde yürütölmeye çalışılmıştır.

1978 -1982 plan döneminde bir tarafta tedavi edici hekimlik hizmetleriyle ilgili olarak yeni hastaneler ve yeni uzmanlık dalları açılırken, öte taraftan temel sağlık hizmetlerini geliştirilmesi yoluna gidilmiş, halk sağlığı uzmanı, çevre sağlığı teknisyeni ve sağlık hemşireleri yetiştirilerek çevre sağlığı bulaşıcı hastalıklara karşı savaş başlatılmış; anne sağlığı, çocuk sağlığı ve gıda kontrolü sağlığına hız verilmiştir.

1978 yılına kadar hastanelerimizde 9-10 uzmanlık dalında hizmet verilirken, 1983 yılında çeşitli uzmanlık dallarımızın sayısı 20'ye yükselmiştir. Projeler 3 aşamalı olarak yürütölmüş, bir taraftan yeni üniteler inşa edilirken, diğer taraftan personel yetiştirilmesi sürdürölmüş ve gerekli cihaz ile aletlerin temin edilmesi yoluna gidilmiştir.

Yine 1978 yılında Lefkoşa Devlet Hastanesi'nin hizmete girmesi sonrasında birkaç yıl ara ile önce Koroner Bakım Ünitesi sonra Nöroloji, Nöroşirurji dalları açılmış, arkadan oksijen imalatı projesi tamamlanmıştır. 1982 yılında 8 yataklı Hemodiyaliz Ünitesi, 1983 yılı sonunda ise, Thalassaemia Erken Tanı Ünitesi hizmete açılmıştır.

1981 yılında bir özel dal hastanesi niteliğinde olan Barış, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi hizmete girmiş; akut, kronik, hostel poliklinik mesleki rehabilitasyon servisleri ile toplumun büyük bir ihtiyacına cevap vermiştir.⁶

2.2. ORTA VADELİ PLANLAMA ÇERÇEVESİ

2008 yılı için Kıbrıs Devlet Planlama Örgütü tarafından hazırlanan "2008 Yılı

⁶ KKTC Sağlık Bakanlığı web sitesi, <http://www.saglikbakanligi.com/>

Programı'nda, Sağlık hizmetlerinin, kamu ve özel sektörde olmak üzere, çağdaş yaşamın gereklerine uygun olarak geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve AB standartlarına uyumlaştırılması, hizmet kalitesinin denetim altına alınması ve hasta haklarına özel önem gösterilmesi temel ilke olarak benimsenmiştir.

Sağlık alanında kapsamlı reform gerçekleştirebilmek amacıyla, başta Kamu Sağlık Çalışanları, Döner Sermaye ve Genel Sağlık Sigortası yasa tasarıları olmak üzere, gerekli yasaların yürürlüğe konulması için çalışmalar tamamlanması öngörülmüştür.

Kalp ve göğüs hastalıkları ile onkoloji servislerinin yeniden organize edilerek, teknik altyapısı güçlendirilmesi planlanmıştır.

Çağdaş beklentilere yanıt verecek, hasta kayıtlarının paylaşımını sağlayacak, tıbbi ve idari işleri kolaylaştıracak ve sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilmeyi sağlayacak E-Sağlık Projesi çerçevesinde tüm hastane ve sağlık merkezlerinde otomasyona geçirilmesine çalışılacağıda plan dahilindedir.

Kamu sağlık hizmetlerinde organizasyon ve yönetim etkinleştirilmesi, sağlık işgücünün eğitim programları çerçevesinde geliştirilmesine devam edilerek teşhis, tedavi, optimal ilaç kullanımı ve tüketimi yöntemleri geliştirilmesi, özel sağlık kurumlarının geliştirilmesi ve teknolojik altyapı yatırımlarının artırılması yönündeki teşvik politikaları etkinleştirilerek sürdürülmesi; kamu ve özel sektör kurumları arasında işbirliği geliştirilirken iki kesimin birbirinin teknolojik yatırımlarından yararlanabilmesi yönünde yasal ve idari düzenlemeler geliştirilmesi de 2008 yılı programında vurgulanan hususlardır.⁷

2.3. MEVCUT YÖNETİM ORGANİZASYONU YAPISI

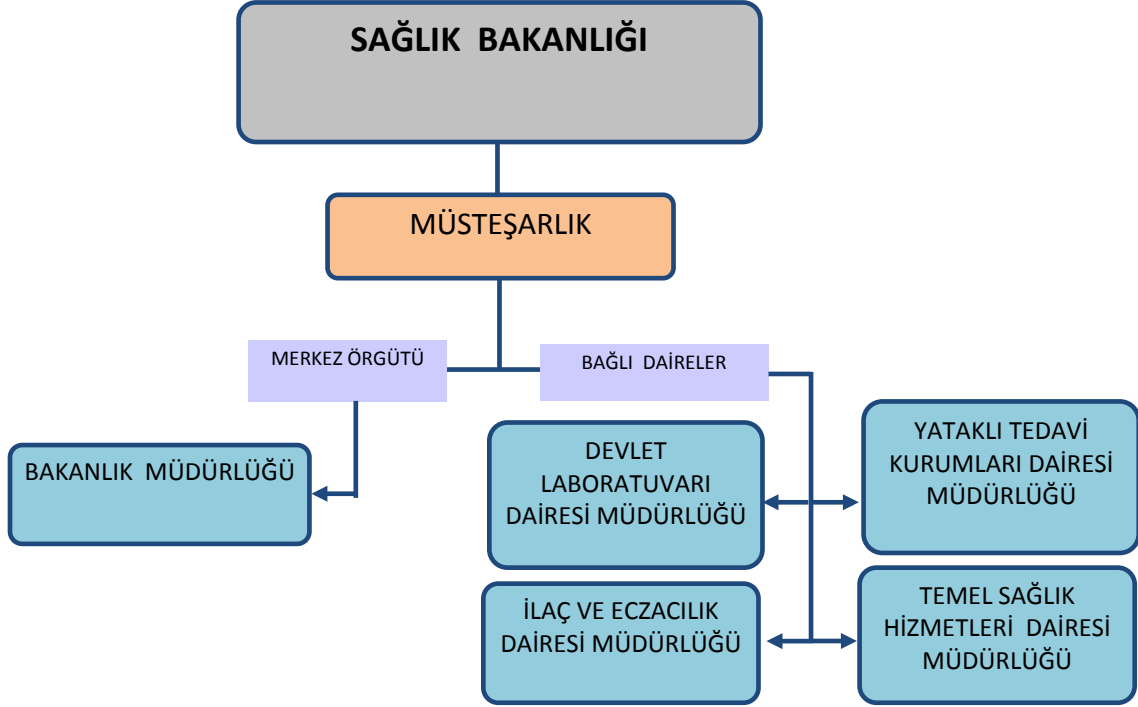
Sağlık hizmetlerinin bütüncül etkileşimine yönelik analiz ve iyileştirme içeren bir analiz yapılmalıdır. İhtiyaca binaen oluşturulmuş parçalı bir sağlık sistemi mevcut; o nedenle iş süreçlerinin mevcut durumunda "değer oluşturmayan" iş süreçlerinden gereksiz olanlar elimine edilerek mevcut yapı yalın örgüt yapısına dönüştürülmelidir.

2.3.1.Bakanlık Teşkilatı:

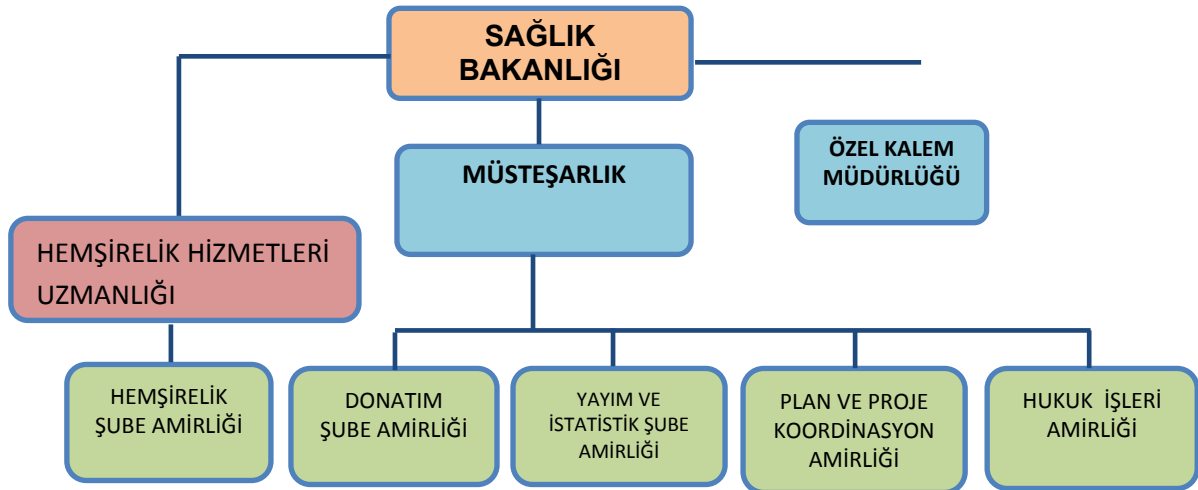
Ülke genelinde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının liderliği ve koordinasyonu ile yürütülmektedir. Sağlık Bakanının önderliğinde, Müsteşar ve Daire Müdürlüklerinden oluşan bir yönetim süreci bulunmaktadır.

⁷ 2008 Yılı Programı, KKTC Devlet Planlama Örgütü, Aralık 2007

Şekil 2 KKTC Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



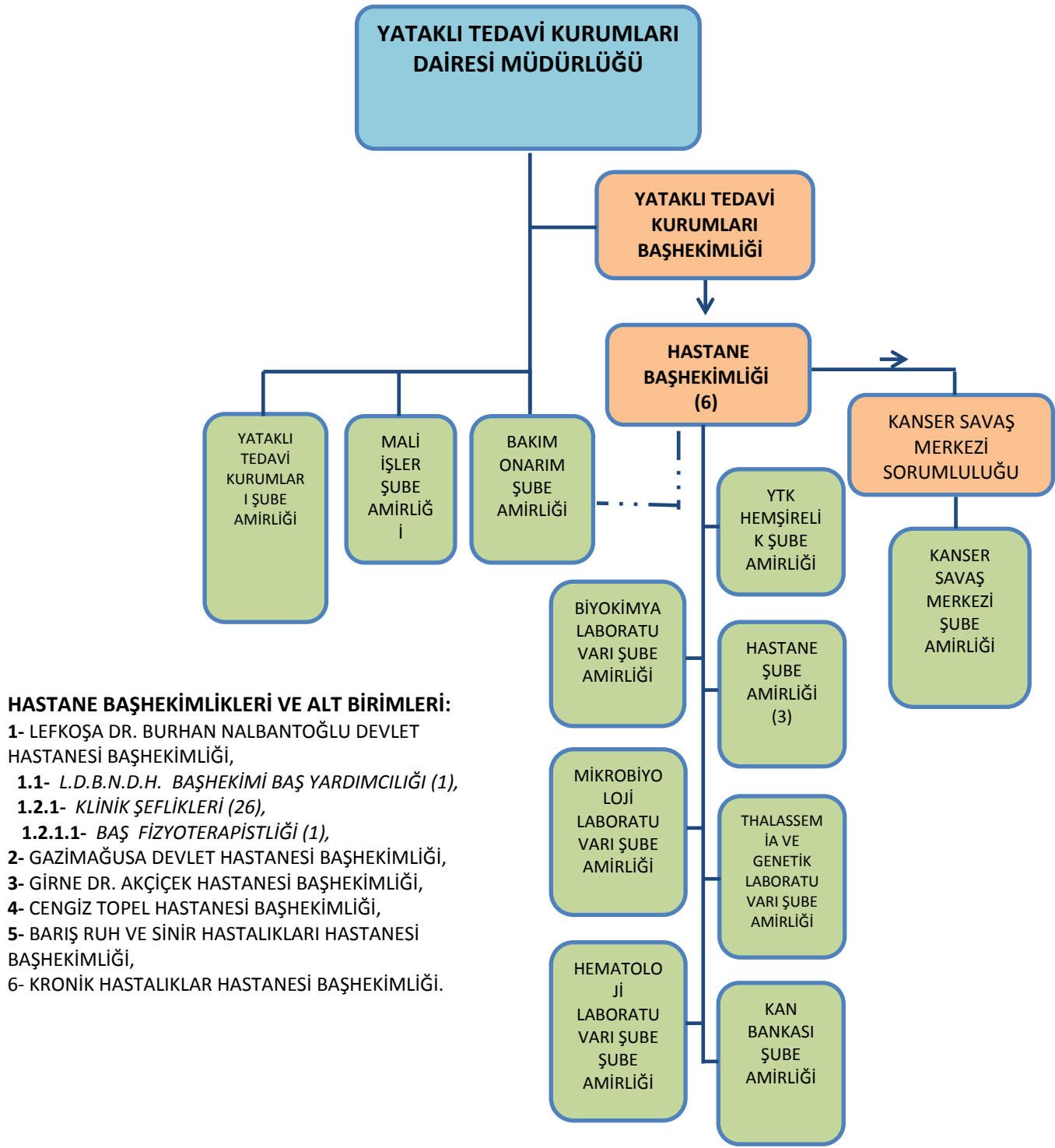
Şekil 3 KKTC Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü



2.3.2.Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi

Yataklı tedavi hizmetlerinde tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermek ve bu hizmetleri personel ve araç gereç yönünden en üst düzeye çıkarmak amacıyla kurulmuştur.

Şekil 4 Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Organizasyon Şeması



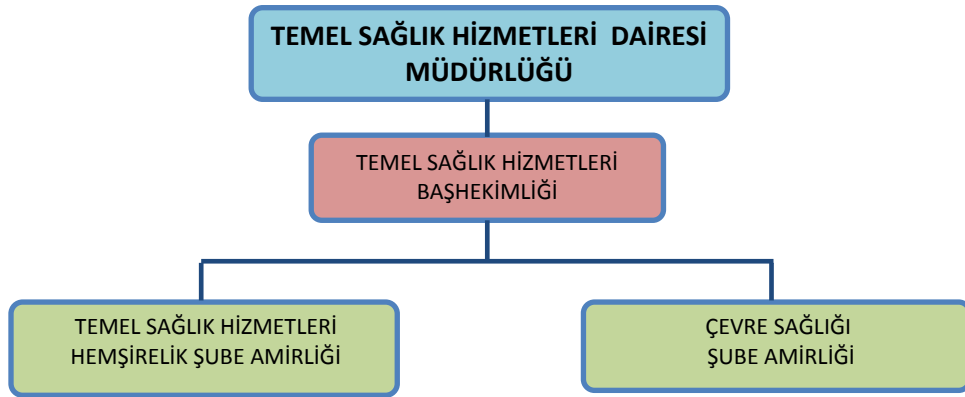
Daireye bağlı 2 genel hastane: Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve Gazimağusa Devlet Hastanesi, 2 bölge hastanesi: Dr. Akçiçek Hastanesi ve Cengiz Topel Hastanesi, ayrıca 4 özel dal hastanesi: Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Kronik Hastalıklar Hastanesi (Yaşlı Bakım Evi), Talassaemia Merkezi, Radyasyon Onkoloji

Merkezi) ile KKTC'deki ikinci ve III. basamak tedavi hizmetleri yürütülmektedir

2.3.3. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi

Temel Sağlık Hizmetleri ile ilk basamak tedavi hizmetlerini planlamak, yürütmek ve denetlemek olan **Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi** 1990 yılı ortalarından itibaren bağlı birimleri olan 2 adet şehir tipi **Sağlık Merkezi**, 13 adet kırsal kesim sağlık merkezi, 2 adet köy tipi sağlık ocağı (sağlık evi) ve 70 adet kadar köy sağlık odaları ve 5 adet sıhhiye şubesi ile tüm KKTC hudutları, kent, köy ve kırsal kesime Temel Sağlık Hizmetleri götürerek toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıklarla savaşarak gelecek kuşakların sağlıklı yetişmelerini sağlamak için gerekli tüm koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri ile ilk basamak tedavi edici planları hazırlayarak gereği halinde bölgesel kuruluşlar ve sağlıkla ilgili diğer Bakanlık ve yerel kuruluşlarla işbirliği yaparak görevlerini yürütmektedir.

Şekil 5 Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Organizasyon Şeması



NOT:

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRESİ KADROLARINDA BULUNAN I. DERECE BESLENME UZMANI, FİİLEN GÖREVİNİ DAİRE MÜDÜRÜNE BAĞLI OLARAK YÜRÜTMEKTEDİR.

2.3.4. İlaç ve Eczacılık Dairesi

1988 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir birim olarak faaliyete başlayan **İlaç ve Eczacılık Dairesi**, halen Müdürlük ve Müdürlüğe bağlı Genel Ecza Deposundan oluşmaktadır.

İlaç ve Eczacılık Dairesi, tüm sağlık servislerinde kullanılacak olan ilaç, laboratuvar malzemesi, tıbbi malzeme, anjio, dişçilik ve hemodiyaliz malzemelerinin temininden sorumludur. Bu amaçla, bahse konu ilaç ve malzemeler; ihale, direkt alım, elçilikler, Rum kesimi ve piyasadan temin edilmektedir.

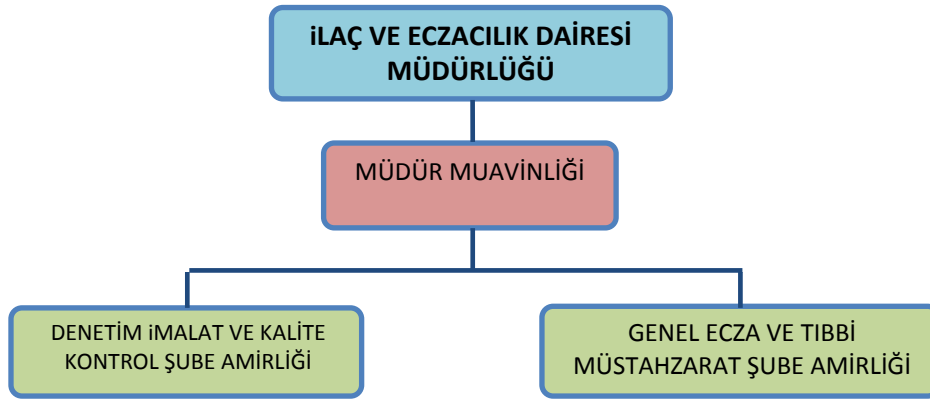
Temin edilen ilaç ve malzemeler, Genel Ecza Deposundan hastane ve sağlık ocaklarına talep karşılığında sevk edilmektedir. Ayrıca liste harici ilaçlar da Müdürlükte

reçete onaylanmasını müteakip, hastalar tarafından Genel Ecza Deposundan alınmaktadır.

Müdürlüğün diğer bir görevi ise, eczane, ecza deposu ve ilaç üretim tesislerini kontrol etmektir. Eczacı, eczane, ecza deposu ve üretim tesislerinin kayıt edilmesi ile kayıtların silinmesi de Müdürlük tarafından yapılmaktadır.

KKTC'de üretilen ilaçların ruhsatlandırılması, üretilen veya ithal edilen ilaçların kalite kontrol analizleri için Devlet Laboratuvarı'na gönderilmesi, ithal edilecek tüm ilaç, tıbbi malzeme ve laboratuvar malzemesi için İthal Ön İzin Belgesi düzenlenmesi, Rum Kesimi'nden temin edilecek ilaçlar için Kızılhaç vasıtası ile getirilmesinin sağlanması da İlaç ve Eczacılık Dairesi tarafından yürütülmektedir.

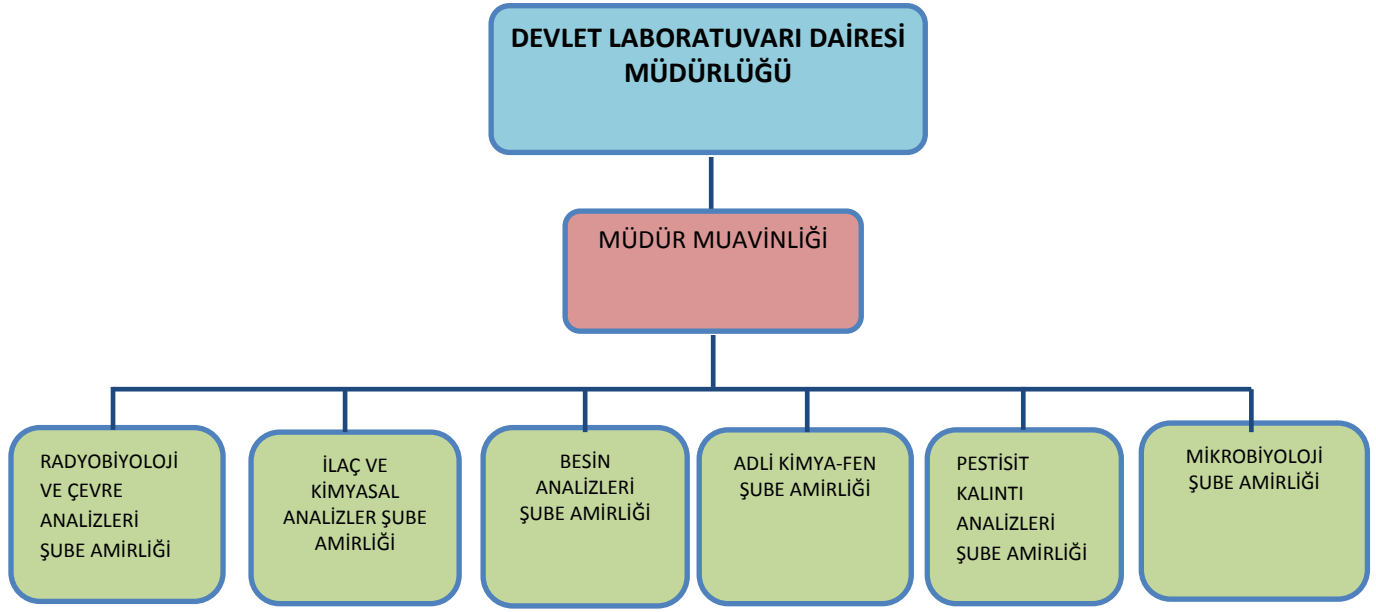
Şekil 6 İlaç ve Eczacılık Dairesi Organizasyon Şeması



2.3.5.Devlet Laboratuvarları Dairesi

Devlet Laboratuvarı, KKTC'de yürürlükte olan mevzuata uygun olarak her çeşit ham ve mamül maddelerin kalite kontrol analizlerini, adli kimya analizlerini, pestisit kalıntı analizlerini, besin ve suların kalite kontrol analizlerini besin ve çevre maddelerinde radyasyon tayini ve tesbitlerini, çevre kirliliğine neden olan maddelerin analizlerini ve tıbbi analizler dışında her türlü kalitatif ve kantitatif kimyasal analizleri yaparak yürürlükteki mevzuat uyarınca dışalım ve dışatım için gerekli sağlık, kalite ve radyasyon sertifikalarını düzenler.

Şekil 7 Devlet Laboratuvarı Organizasyon Şeması



3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık merkezleri coğrafi olarak iyi organize edilmiş olmakla birlikte gerçek anlamda birinci basamak sağlık hizmeti sunamamaktadır.

KKTC'de kamu hastanelerine genel olarak bakıldığında nüfus için yatak sayısının yeterli olduğu görülmektedir; fakat yatak doluluk oranları ve hekim başına düşen müracaat sayılarının düşük olması, verimliliğin düşük olduğuna işaret etmektedir.

3.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

KKTC genelinde birinci basamak sağlık hizmetleri 18 adet sağlık merkezi aracılığıyla verilmektedir. Bu merkezlerden bazılarında uzman hekim de istihdam edilmiş olup yine bazı sağlık merkezleri 24 saat hizmet sunumu yapmaktadır. Ayrıca bazı sağlık merkezlerinde dış hekimi de bulunmaktadır. Birinci basamakta sevk zinciri mecburiyeti uygulanması yoktur. Sağlık merkezlerinin ülke geneline dağılımı iyi olarak değerlendirilebilir. Bu merkezlerde röntgen hizmetleri sunulamamakta, laboratuvar hizmetleri ise belli günlerde merkeze yakın olan hastanelerin imkanları kullanılarak sunulabilmektedir. Gezici sağlık hizmetleri de sağlık merkezleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık merkezlerinde istihdam edilen hekimlerin ve sağlık personelinin branşlarına göre dağılımları ile sağlık kurumlarının alt yapılarına ilişkin

bazı bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir⁸:

Tablo 1 Sağlık Merkezlerinin Altyapıları ve Görevli Sağlık Personelinin Dağılımı, 2010

Uzman hekim sayısı	13
Pratisyen hekim sayısı	19
Asistan hekim sayısı	-
Diş hekimi sayısı	12
Eczacı sayısı	1
Hemşire sayısı	62
Sağlık memuru sayısı	-
Ebe sayısı	-
Birinci basamak sağlık kuruluşu sayısı	20
Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki muayene odası sayısı	70
Yatak sayısı	61

Sağlık merkezlerinde poliklinik hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetlerinin yanında, 24 saat hizmet vermekte olan merkezlerde 112 acil sağlık hizmetleri de verilmektedir. Çağrı merkezi Lefkoşa’da bulunmaktadır. Hızır merkezleri vakaya en geç 15 dakikada ulaşacak şekilde organize edilmiştir. KKTC’de toplam 20 adet ambulans bulunmakta ve bunların yarısı Hızır Merkezleri ile bağlantılı olarak çalışacak şekilde hastanelerde konuşlandırılmıştır. Geriye kalan ambulanslar ise 6 adet Hızır acil sağlık hizmeti de sunmakta olan birinci basamak sağlık kurumlarında bulunmaktadır. Genel olarak ambulanslar eski model olup donanım açısından da eksiklikleri bulunmaktadır. Tam donanımlı ambulans mevcut değildir.

Çevre sağlığı ve sağlıklı su temini ile ilgili görevler sağlık merkezlerinde görevlendirilmiş olan sıhhiyeciler tarafından yerine getirilmektedir. Birinci basamak muayeneler esnasında reçetelenen ilaçlar, sağlık merkezleri içinde kurulmuş olan eczaneler tarafından hastalara sunulmaktadır.

Pratisyen hekim sayısındaki azlık dikkat çekicidir. Birinci basamak sağlık kuruluşların hem altyapı hem de personel açısından takviyesi ile, birinci basamak hizmetlerin kapsamında tüm alt faaliyetlerin gerçekleştirilmesi önem taşımaktadır. Sağlık merkezlerinde gebe ve bebek takipleri ve aşılama gibi temel uygulamalar sadece vatandaş ilgili sağlık kuruluşuna müracaat ederse verilmektedir ve düzenli kayıt tutulmamaktadır. Ayrıca ana çocuk sağlığıyla ilgili özel birimler ne sağlık merkezlerinde ne de Bakanlık teşkilatında bulunmamaktadır.

3.2. İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

KKTC’de kamu hastane hizmetleri temel olarak 5 kamu hastanesi tarafından

⁸ KKTC Sağlık Sistemi Değerlendirmesi, T.C.Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Heyeti

verilmektedir. Bunlar;

- Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi,
- Gazi Mağusa Devlet Hastanesi,
- Girne Akçiçek Devlet Hastanesi,
- Güzelyurt Cengiz Topel Devlet Hastanesi ve
- Lefkoşa Barış Ruh Sağlığı Hastanesidir.

Ayrıca Lefkoşa'da hekim istihdam edilmemiş olan ve daha çok yaşlı ve engelli bakım merkezi olarak faaliyet gösteren Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi de bulunmaktadır. Bunların yanında Girne'de 200 yataklı bir askeri hastane vardır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini verildiği sağlık tesisleri ve özellikleri şöyledir:

- Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi; halen yarı süreli asistan eğitimi de vermekte olan, ülkenin en büyük II. Basamak tedavi hizmeti veren hastanesi olmakla beraber, III. Basamak tedavi hizmeti veren tek hastanedir. Mevcut hasta yatağı kapasitesi 513'dür.
- Gazimağusa Devlet Hastanesi, Gazimağusa bölgesinde bulunan ve bölge halkına II. Basamak tedavi hizmeti sunan 145 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.
- Dr. Akçiçek Hastanesi, Girne bölgesinde bulunan ve bölge halkına II. Basamak tedavi hizmeti sunan 56 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.
- Cengiz Topel Hastanesi, Güzelyurt bölgesinde bulunan ve bölge halkına II. Basamak tedavi hizmeti sunan 45 yatak kapasiteli bir bölge hastanesidir.
- Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, ~~KKTC~~ Lefkoşa'da yer alan hastanelerin tedavisinin yapıldığı tek hastanedir. Lefkoşa'da yer alan hastanede poliklinik ve yatarak tedavi hizmetleri verilmektedir. Yatılı tedavi hizmetleri Süreğen, Klinik ve Hostel Servisleri olmak üzere üç serviste sunulmaktadır. Yatak kapasitesi 173'dür.
- Kronik Hastalıklar Hastanesi (Yaşlı Bakım Evi), yaşlı, bakıma muhtaç ve kimsesiz kişilerin bakım ve tedavilerinin yapıldığı, 32 yatak kapasiteli bir hastanedir.
- Thalassaemia Merkezi, ülkede bulunan yaklaşık 200 civarındaki Tahalassaemia hastasına tedavi hizmeti vermekte olan özel dal hastanesi nitelikli bu merkezde,

toplum taramaları ile thalassaemia taşıyıcılarının tesbiti, genetik danışmanlık, doğum öncesi erken tanı uygulaması ve Thalassaemialı hastaların tedavisine yönelik yeni gelişmeler takip edilerek uygulanmaktadır. Thalassaemia Merkezi, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesine bağlı, 12 yatak kapasiteli bir birimdir.

- Radyasyon Onkoloji Merkezi, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesine bağlı olarak çalışan, KKTC'nin tek kanser tanı ve tedavi merkezi olup, 12 yatak kapasitelidir.

KKTC'de yukarıda sayılan kamu hastanelerinde 2010 yılı sonu itibarıyla toplam yatak kapasitesi Lefkoşa Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezindeki 40 yatak da dâhil olmak üzere 972 dir. Yatak sayılarına diyaliz ve yoğun bakım yatakları da dâhildir. Kamu hastanelerinde 5'i pratisyen, 20'si asistan, 10'u dış hekimi ve 215'i uzman olmak üzere toplam 250 hekim bulunmaktadır.

Tablo 2. Hastanelerde Çalışan Doktorların Bölge ve İhtisas Dallarına göre Dağılımı 2010⁹

İhtisas Dalı	Hastaneler					Sağlık Merkezleri	Özel	Mecburi	Toplam
	BNDH	Barış Ruh	Mağusa Hast.	Girne Akçiçek	Cengiz Topel				
Adli Tıp							1	1	2
Acil Tıp Uzmanı	1								1
Anestezi	8		2	1			7	1	19
Beyin Cerrahisi	2						2	1	5
Biokimya Uzmanı									0
Çocuk	10		4	5	1	5	21		46
Çocuk Allerji Uz.	1						1		2
Çocuk Cerrahisi	1						1		2
Çocuk Kardiyoloğu							2		2
Çocuk Nefrolojisi	1								1
Çocuk Onkoloğu	2								2
Çocuk Ruh Sağ. ve Hast		1						2	3
Çocuk Nörolojisi							1		1
Çocuk Yenidoğan	1						1		2
Endokrin ve Metabolizma	2								2
Gastroentoloji	2								2
Hematoloji	1						1		2

⁹ KKTC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Mart 2012

Kardiyoloji	7		2	1			3	3	16
Nefroloji Uzmanı	1								1
Romatoloji Uzmanı	1								1
Dahiliye	10		7	4	3	1	31	1	57
Deri ve Zührevi Hast.	3		2				8	1	14
Enfeksiyon Hast.	2						1		3
Fizik Tedavi	3		1		1		2	3	10
Genel Cerrahi	8		3	2	1		8		22
Göğüs Hastalıkları	3						1		4
Göğüs Kalp Damar Cer.	4							1	5
Göz	7		3	3	1	2	20	1	37
Halk Sağlığı							1		1
Kadın- Doğum	8		3	4	2	4	40	4	65
Kulak- Burun- Boğaz	6		2	1	1	1	14		25
Nöroloji	5		2				1	3	11
Nükleer Tıp	1								1
Ortopedi	6		3	3	2		6	3	23
Patoloji	4		1				2		7
Plastik ve Rekonstrüktif	3		1	1			3	1	9
Radyasyon Onkoloji	1							1	2
Radyoloji	5		2	1			9	1	18
Ruh Sağlığı ve Hast. Uz.		5					3	2	10
Spor Hekimliği	1								1
Tıbbi Onkolog									0
Üroloji	6		2		1		7		16
Asistan	20								20
Pratisyen	3		1	1		19	17		41
Çene Cerrahisi	1						2		3
Endodonti				1			1		2
Diş Protez Uzmanı	1						4		5
Oral Diagnoz Uz.							0		0
Ortodonti							7		7
Pedodonti							2		2
Periodontoloji							3		3
Diş Hekimi	5		2	1	2	12	102		124
TOPLAM	157	6	43	29	15	44	336	30	660

Tablo 3 de görüleceği gibi KKTC’de kamu hastanelerinde yatak işgal oranları düşük görülmektedir. Daha verimli ve daha etkin hastane hizmetleri için hasta başına yatırılan gün sayısı son yıllarda azalma eğilimindedir.

Tablo 3. Kamu Hastaneleri Yatak Sayıları ve Yatak İşgal Oranları,2010

	Yatak Sayıları	Yatak İşgal Yüzdesi	Hasta Başına Yatılan Gün
Genel		58,41	4,95
Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi	513	65,62	6,65
Barış Ruh ve Sinir Hast.	173	61,00	
Bülent Ecevit Kronik Hastalıklar	40		
Mağusa Devlet Hastanesi	145	57,35	3,9
Girne Akçiçek Hastanesi	56	31,18	1,6
Cengiz Topel Hastanesi	45	23,92	1,7
Toplam	972		

Kamu hastanelerinde verilen hizmetler ise şöyledir¹⁰:

Tablo 4. Kamu Hastanelerine Ait Bazı Göstergeler, 2008-2009-2010

Göstergeler	2008	2009	2010
Poliklinik Müracaat	309.408	306.331	309.331
Acil Müracaat Sayısı	182.444	182.675	203214
Yatan Hasta Sayısı	26.538	29.546	29338
Yatak İşgal Oranı	% 57,87	% 56,45	%58,41
Hasta Günleri Toplama	176.611	136.614	145.197
Hemodiyaliz Hasta	958	1.119	1.280
Diş Hasta Sayısı	18784	21.291	26.394
Eczane Reçete Adedi	201.609	171.408	168.034
Orta Ameliyat Sayısı	2.472	2.368	2.440
Büyük Ameliyat Sayısı	1969	2916	2.717

KKTC'de kamu hastanelerinde uzman hekim başına günlük muayene sayısı 3 ile 10 arasında değişmektedir. Bu durumun en olası nedeni uzman hekim başına düşen muayene odası sayısının düşük olması, hekimlerin hem kamuda hem de özel sektörde çalışabilmeleri, düşük çalışma saatleri ve yüksek sayılabilecek yıllık izin süreleri, hastaneleri verimsiz çalışmaya sevk etmektedir.

Kamu Hastaneleri ve Özellikleri

Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi KKTC'de bulunan en büyük hastane

¹⁰ KKTC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2008-2009-2010

olup ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra asistan eğitimi de verilmektedir ve hastanenin üçüncü basamak sağlık hizmetleri vermek üzere yeniden yapılandırılması planlanmaktadır. Verilen asistan eğitiminin ilk 2 yılı burada kalan kısmı da Türkiye'de olacak şekilde yürütölmektedir. Hastanede HYBS adı altında poliklinik işlemlerini kayıt altına alan bir program kurulmuş olmakla birlikte otomasyon olarak nitelendirilememektedir.

Hastanede aylık ortalama müracaat sayısı 11.200 civarındadır. Hastanedeki toplam poliklinik oda sayısı 24'tür ve her bir branş için ayrı poliklinik odaları mevcut olmakla birlikte her bir hekim için muayene odası yoktur. Poliklinik muayeneleri bazı branşlar için haftada 1 gün, bazı branşlar için haftanın her günü olacak şekilde değişkenlik göstermektedir. Yatan hasta hizmetleri koğuş sistemiyle verilmektedir ve hem hasta odaları hem de muayene odaları açısından fizik koşulları yeterli değildir.

Gazi Mağusa Devlet Hastanesi hizmet açısından KKTC'nin ikinci büyük hastanesidir. Hastanede ortalama aylık müracaat sayısı 6.850 civarındadır. Yatan hasta hizmetleri 2 kişilik odalarda verilmektedir ve fiziksel koşulları uygundur.

Güzelyurt Cengiz Topel Dev'et Hastanesinde ortalama aylık müracaat sayısı 3.650 civarındadır. Bu hastane çok eski bir binada ve çok hastanın kaldığı koğuş sistemi ile hizmet vermektedir ve fiziksel koşulları oldukça yetersizdir.

Girne Akçiçek Devlet Hastanesinde ortalama aylık müracaat sayısı 4.100 civarındadır.

Bölent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi, Lefkoşa'da bulunmaktadır ve daha çok kendi öz bakımını yapamayan yaşlılar ve aileleri tarafından ilgi görmeyen hastalara rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. Bu hastanede mevcut plana göre inşaatın 2/5'i tamamlanmış olup, geri kalan kısmının da tamamlanarak Lefkoşa Barış Ruh Sağlığı Merkezi'nin ek bina olarak buraya taşınması planlanmaktadır.

KKTC'deki kamu hastanelerinin hiçbirinde otomasyon sistemi bulunmamaktadır. Elektronik ortamda takip ve izlem yapılamaması, Bakanlığa sağlıklı veri akışına da engel olmaktadır.

3.3. ÖZEL HASTANELER, ÖZEL MUAYENEHANELER VE ÜNİVERSİTE HASTANESİ

KKTC'de hâlihazırda kayıtlı olarak 11 özel hastane bulunmaktadır ve en büyüğü 50 yataklı olmak üzere özel hastanelerin toplam yatak kapasitesi 150'dir. Özel sektörün hizmet sunumuna katkısına ilişkin net resmî rakamlar olmamakla birlikte, özel sektör temsilcilerinin ellerindeki verilere göre nüfusun büyük kısmı kamu sektöründen hizmet almaktadır. Özel

sektörün payı kabaca % 18 özel muayenehaneler ve % 20 özel hastaneler olmak üzere % 38 civarındadır. KKTC'de ayrıca 6 adet özel tüp bebek merkezi bulunmaktadır.

KKTC'de Yakın Doğu Üniversitesi tarafından kurulan tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi, eczacılık fakültesi eğitimleri devam etmektedir. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi faaliyete başlanmış 250 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. Üniversite hastanesi kamu sağlık kurumları ile işbirliği içerisinde mevcut hasta yükünü karşılamada ve yurt dışına tedavi için gönderilen hasta sayısını azaltmada katkı sağlayabilir.

3.4. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ (112 Hızır Hizmetleri)

En yüksek modeli 2005 en düşüğü de 1977 olmak üzere 20 tam donanımı bulunmayan ambulanslar bulunmaktadır. Hasta transportları Lefkoşa merkez haricinde doktorsuz yapılmaktadır. Ülkede ATT, paramedik personelleri bulunmamaktadır. Doktorsuz yapılan hasta transferlerinde; yeterince eğitimi bulunmayan, ATT'siz, paramediksiz personellerle hizmet verilmektedir. Telsiz altyapısı bulunmamaktadır. Haberleşme sabit telefon veya mobil telefonla sağlanmaktadır. Hiçbir sağlık tesisinde otomasyon bulunmamaktadır. Acil hizmetlerinden hiçbir şekilde ücret alınmamaktadır.

Tablo 5 Modellerine göre ambulans sayıları ve dağılımı¹¹

Modellerine Göre Ambulans Sayıları		Yerleşim Yerlerine Göre Ambulans Dağılımı	
Modeli	Sayısı	İlçe	Sayısı
2005	9	Lefkoşa	9
2000	5	Gazimağusa	4
1998	2	Girne	3
1995	1	Güzelyurt	4
1991	2		
1977	1		
TOPLAM	20	TOPLAM	20

6 birinci basamak tesisi, 5 de ikinci basamak tesisi ile acil hizmeti verilmektedir. (6+5=11 noktadan)

3.5. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

KKTC'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri hem birinci basamakta hem de hastanelerde verilmektedir. Birinci basamakta sadece diş çekimi ve dolgu yapılmaktadır. KKTC'de kamuda diş hekimi ve diş ünite sayısı yeterli değildir; fakat ülkede aktif bir şekilde hizmet veren bir diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır.

¹¹ KKTC Sağlık Sistemi Değerlendirmesi,

3.6. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI

KKTC’de gerek kamu sektöründe gerekse özel sektörde hekimlik mesleğini icra edebilmek için Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği'ne (KTTB) üye olmak şartı bulunmaktadır. KTTB'ye üyelik için KKTC vatandaşı olma şartı bulunmakla birlikte KKTC vatandaşı olmayan hekimlerin istihdam edilebilmesi için KTTB geçici üyelik hakkı tanımaktadır. Geçici üyeliklerin süresi ihtiyaca göre değişmekte; başvuruyu da hekimi istihdam edecek olan kurum yapmaktadır.

KTTB' nin verilerine göre¹² birliğe hâlen 63 geçici kayıtlı hekimle birlikte 797 hekim ve diş hekimi bulunmaktadır (637 hekim, 160 diş hekimi) ve bunların içinde aktif çalışanların sayısı 740 civarında olup sadece özel sektörde hizmet verenlerin sayısının 336 (102 si diş hekimi), emekli olup çalışmayan 58 hekim (13 diş hekimi), mecburi hizmet yapan 30 hekim bulunmaktadır

KKTCde hemşirelik mesleğini icra edebilmek için de Hemşirelik Encümenliğine kayıt olma zorunluluğu vardır ve KKTC vatandaşı olmayanlar buraya kayıt yaptıramazlar.

Hemşirelik Encümenliğinin geçici üyelik uygulaması olmadığından KKTC vatandaşı olmayan hemşireler ancak hasta kabul elemanı olarak istihdam edilebilmektedir.

KKTC'de hemşireler lisans düzeyinde eğitim almış durumdadır ve hemşire/hekim oram yaklaşık 2,5 olup sayıları yeterlidir. Hemşirelerin hem kamuda hem de özelde çalışmasında yasal bir engel bulunmasa da genellikle kamuda çalışan hemşireler özel sektörde çalışmamaktadır.

KKTC’de 152 eczane bulunmakta yaklaşık 2000 kişiye bir eczane düşmektedir. Ancak kamuda yeterli sayıda eczacı bulunmamaktadır.

KKTC'de sağlık personeli istihdamı çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitlilik kadrolu memurlar, sözleşmeli memurlar ve işçi statüsünde çalışanlar şeklindedir. Ayrıca temizlik, yemek ve güvenlik gibi birimler, dışarıdan hizmet alımı yoluyla faaliyet göstermektedir.

KKTC'de kamuda çalışan sağlık personeli başına düşen nüfus Tablo 6'da gösterilmiş olup¹³, kamuda diş hekimi ve pratisyen hekim başına düşen nüfusun oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Bazı Personel Gruplarının Sayısı ve Personel Başına Düşen Nüfus

¹² KKTB Başkanı Dr. Suphi Hudaoglu ile 22 Eylül 2011 de yapılan görüşme

¹³ KKTC 2010 Sağlık İstatistikleri

Nitelikli Personel Grubu	Ülke Geneli Sayısı*	1 Personel Başına Düşen Nüfus
Klinisyen Uzman Hekim	201	1.467
Toplam Uzman Hekim	226	1.304
Pratisyen Hekim	44	6.702
Diş Hekimi	24	12.287
Hemşire-Ebe	688	428

* Özel sektör hariçtir. Pratisyen hekim sayısına asistan hekimler dahildir.(2011 kesin olmayan nüfus 294.906 kullanılmıştır.)

KKTC’de mevcut sağlık personeli sayısının benzer ülkeler ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ortalamalarına göre karşılaştırılması durumunda şöyle bir manzara ortaya çıkmaktadır: DSÖ Avrupa Bölgesinde yüz bin kişi başına 330 hekim düşmektedir. Bu rakam Malta için 307; Güney Kıbrıs Rum Kesimi için ise 287 düzeyindedir. Bu rakam KKTC için 180’dir. Hem toplam hekim sayısında hem de hekimlerin uzman/pratisyen oranında bazı ihtisas dalları hariç oldukça düşük oranlar gözlenmektedir.

Tablo 7 OECD Ortalaması ile İrlanda ve KKTC'nin bazı sağlık personeli karşılaştırması¹⁴

OECD ortalaması ile İrlanda ve KKTC’nin bazı sağlık personeli karşılaştırması			
	İrlanda	KKTC	OECD ortalaması
Pratisyen Hekim 1,000 kişiye	0.5	0.15	0.9
Uzman Hekim 1,000 kişiye	1.1	1.6	1.8
Kadın Doğum Uzmanı 100 000 kadına	6	44	24
Psikiyatri Uzmanı 100 000 kişiye	9	3.3	15
Hemşire 1000 kişiye	15.5	2.3	9.6

Diş hekimi sayısına bakıldığında; DSÖ Avrupa Bölgesinde yüz bin kişi başına 48,5 diş hekimi düşmektedir. Bu rakam Malta için 44; Güney Kıbrıs Rum Kesimi için ise 93,6 düzeyindedir. Bu rakam KKTC için 49’dur.

Hekim sayısı bakımından hem DSÖ ortalamalarına hem de KKTC’ye benzer ülkelerin ortalamalarına erişebilmek için KKTC’nin önünde alması gereken uzun bir yol olduğu

¹⁴http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/Benchmarking_Ireland's_Health_System.pdf

görülmektedir.

3.6.1. Hekimlerin Kısmi Zamanlı Çalışması

Sağlık çalışanlarına maaş ve nöbet ücreti dışında ek ödeme (performansa dayalı ek ödeme) yapılmamakta, hekimlerin büyük çoğunluğu diğer meslek elemanlarına göre kayda değer bir fark göstermeyen ücretler almaktadırlar. Maaşları devlet memurlarına ödenen maaş cetvelinden ödenmekte ayrı bir ücretlendirme tarifiesi, sözleşme bulunmamaktadır. Yasal düzenlemeyle, hekimler kendisine farklı gerekçelerle tanınmış olan kısmi zamanlı çalışma statüsüne geçmekte ve muayenehane açmaktadır. Bu çalışma sisteminde hekim ve hasta arasına para ilişkisi girmekte ve hastaların cepten yaptıkları sağlık harcamaları artmaktadır. Ayrıca hekimlerin pratikte günlük verimli olarak 3-4 saat çalıştığı gözlenmiştir bu durum kamu sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve verimsizliğe sebep olmaktadır.

Anayasa Mahkemesi tarafından Kamu Sağlık Çalışanları Yasasının hekimlerin kısmi zamanlı çalışması maddesini iptal etmesini hükümet uygulamaya başlanmamış ancak yeni bir düzenleme de yapmamıştır.

3.6.2. Özlük Hakları Maaşlar ve Diğer Ödemeler

KKTC'de kamu sağlık çalışanlarının özlük hakları ve çalışma düzenleri 19 Ocak 2009 tarihli “Kamu Sağlık Çalışanları Yasası”¹⁵ ile sağlanmaktadır. Bu yasaya göre:

- Tabiplik hizmetlerinde çalışanların yaz ve kış aylarında haftalık mesaisi 35 saat, diğer çalışanların haftalık mesaisi kış aylarında 40 ve yaz aylarında 35 saattir.
- Çalışanların tamamlanmış her hizmet ayı için yıllık 3,5 gün izni vardır ve 2 yıllık bir çalışanın yıllık izin süresi 42 günü bulmaktadır.
- Maaş haricinde; ek çalışma ve nöbet ödeneği, icapçı tahsisatı, vardiya/rotasyon ödeneği hakkı, kırlilik tahsisatı hakkı, on üçüncü maaş ikramiyesi hakkı ve kişisel ödenek alma hakkı tanınmıştır.
- Yasada personelin maaş dışındaki ödeneklerin toplamı aylık brüt maaşın % 25'ni geçecek şekilde çalıştırılmaz dense de yasa ekindeki "telafisi başka türlü mümkün olmayan hizmet sınıfları" başlığı ile brüt maaşın %75-100'ü kadar ek ücret alma hakkı tanınmaktadır.
- On üçüncü maaş uygulaması ise bu ek ücretlerden bağımsız olarak Aralık ayında ve yılda bir defa ikramiye şeklinde personele ödenmektedir.

¹⁵ KKTC Kamu Sağlık Çalışanları Yasası

- Hekimler mesai saatleri dışında görev yaptıkları hastanelerde özel hasta bakabilmektedir.

KKTC'de kamuda çalışan hekimlerin ortalama aylık gelirin 3.500 TL maaş ve 1.500 TL ek ödeme olmak üzere 5.000 TL, hemşirelerin ortalama aylık gelirin ise 1.800 TL maaş ve 700 TL ek ödeme olmak üzere 2.500 TL olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte alınan ek ödemelerin personele her yıl Aralık ayında bir maaş ikramiye verildiği ve hekimlerin çoğunun aynı zamanda özel sektörde de çalıştığı düşünülürse ortalama gelirin daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

3.7. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmektedir. Farklı birimler kendi ihtiyaçları doğrultusunda farklı veriler toplamakta, Ancak bu veriler bilgiye çevrilmemiş ve yönetim amacıyla kullanılamamıştır. Veri toplanmasında ve akışında yeterli denetim sağlanamadığı için istatistiki sonuçlar güvenilirlik açısından sorgulanmaktadır. Bu sorgulama ve oluşan güvensizlik, verilerin karar mekanizmalarında kullanılmasını engellemektedir.

Bireylerin sağlık kayıtları birçok yerde poliklinik kartı düzeyini aşamamakta, hastanelerde tutulan düzensiz dosyalar da bazen arşivlerde kaybolmaktadır. Açıkçası bulunan dosyaların içeriğini de anlamak pek mümkün olmamaktadır. Bireylerin sağlık kayıtlarının tutulacağı bütüncül bir sistem olmadığı gibi, epidemiyolojik verileri toplayıp analiz edecek bir hastalık kayıt ve bildirim yapısı da tam olarak oluşturulamamıştır.

Sağlık sisteminin parçalı yapısı, hasta kayıt sistemlerindeki dağınıklık ve her durumun kendi sistemini oluşturmaya çalışması karmaşık bir yapıya yol açmıştır. Kısacası birinci basamaktan başlayarak bireylerin sağlık kayıtlarının düzenli ve sürekli tutulduğu bir tıbbi kayıt sistemi mevcut değildir. Oluşan teknolojik gelişmelere paralel olarak kurulan elektronik hastane bilgi sistemleri daha çok muhasebe kayıtlarının tutulduğu bir yapı arz etmektedir. Bu programların çoğunda stok takibi, malzeme yönetimi ve maliyet analizlerinin yapılabilmesini sağlayacak otomasyon anlayışı söz konusu değildir. Hasta kayıtlarının tutulduğu hastane bilgi sistemleri ise nerede ise hiç yoktur. Bu özelliğe sahip olan programlarda veri saklanması yönünde hastane çalışanlarının davranış değişikliği de sağlanabilmiş değildir. Bunlara ilave olarak, hastanelerde elektronik kayıt sistemleri hiç kurulamamıştır. Maliye muhasebe ve faturalama konularında hastane bilgi sistemlerinde belli standart bir yapı söz konusu olsa da tıbbi hasta kaydı için temel standartlar geliştirilmemiş olup farklı uygulamalar entegre bir veri analizini mümkün kılmamaktadır. Bugüne kadar bilgi sistemlerinin kullanımı tamamen kayıt

toplama ve depolama aşamasında kalmış ve böyle olduğu için de bilgi sistemlerinin asıl fonksiyonu olan verinin bilgiye dönüştürülmesi, analiz edilmesi, bu bilginin kullanılması ve yönetime destek olması gibi faydaları sağlanmamıştır. Bu durum bilgi sistemlerini genellikle bir iş yükü haline getirmiştir. Sağlık bilgi sistemlerinde en önemli sorun ihtiyaç analizinin zorluğu, ihtiyaçların zaman içinde değişmesidir. Böylece bilgi sistemi kısa sürede hatta proje tamamlanmadan bile eski teknoloji haline gelebilmektedir. Bilgi sistemlerini kurmak kadar çalışır halde sürekliliğini sağlamak da önemlidir. Bunun için eğitilmiş sağlık personeli ve teknik personel gerekmektedir. Ancak, personeldeki hızlı değişim, yeni personelin eğitilememesi ciddi sorunlar oluşturmaktadır.

E Devlet kapsamında otomasyon çalışmaları başlatılmış olup bu çalışmalar çeşitli sorunlar nedeniyle ilerlememektedir. KKTC Sağlık Bakanlığı Türkiye’de uygulanmakta olan “e Sağlık” ve “e Sosyal Güvenlik” sistemlerinden destek alarak bir an önce sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sistemini kurmalıdır.¹⁶

3.8. İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ

İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, rasyonel kullanımı, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili yaşanan sorunların yanında, artan ilaç harcamalarının devlet bütçesine getirdiği yük güncel sorunlar arasında ön plana çıkmaktadır.

İlaç ve Eczacılık Dairesi birinci basamakta ve Devlet hastanelerinde muayene olan hastaların ilaçlarını temin etmek için ihaleye çıkmakta hastaların ilaçları sağlık kurum ve kuruluşları tarafından ellerindeki mevcut ilaçlardan karşılanmaya çalışılmaktadır. Sağlık Merkezlerinde ve Devlet hastanelerinde şu anda reçete edilen ilaçların hepsi bulunamamakta ve sigortalılar bu ilaçları eczanelerden ilaç ücretinin tamamı ya da hasta payını ödeyerek satın almaktadırlar.

Tıbbi cihaz ve sarf malzemede bu güne kadar daha çok ithale dayalı bir malzeme akışı mevcuttur. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu tanı ve tedavi güvenirliliğini ve verimliliği arttıracaktır.

Aynı zamanda tıbbi ve diğer depolar için bir malzeme kayıt ve takip sistemi de bulunmamakta, bunu sonucu olarak da stok kontrol süreçlerinde sıkıntılar yaşanmaktadır.

¹⁶ TC Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

4.1.SAĞLIK HARCAMALARI

KKTC’de, 2010 yılı bütçesi 2.645.273.043 TL olarak belirlenmiş Sağlık Bakanlığına da 172.889.689 TL ayrılmıştır. Genel devlet bütçesi içerisinde sağlık için yapılan harcamaların oranı %6,5 düzeyindedir. Sağlık için ayrılan bu bütçenin % 70 kadarı personel harcamalarına ayrılmıştır. Aşağıdaki tabloda Sağlık Bakanlığı 2010 bütçesinin hizmetlere göre dağılımı verilmiştir¹⁷:

Tablo 8 SB Bütçesinin Ana Hizmet Birimlerine Dağılımı, 2010

Hizmet Birimi	Ayrılan Bütçe (TL)	Yüzde (%)
Yataklı Tedavi Hizmetleri Dairesi	88.912.717	51,7
Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi	22.369.689	13,0
İlaç ve Eczacılık Dairesi	35.885.635	20,8
Devlet Laboratuvarları Dairesi	3.764.610	2,2
Yönetim Hizmetleri	21.304.233	12,3
2010 Toplam	172.236.884	100

2011 Mali Yılı Bütçe yasa tasarısında öngörülen Sağlık Bakanlığı Bütçesi 179,889,888.00 TL ile Genel Bütçe içindeki payı %5,8 öngörülmüştür.

Satın alma ve hastanelerin ihtiyaç duyduğu malzemelerin tedarik işlemleri, merkezi hükümet tarafından gerçekleştirilen ihaleler yoluyla sağlanmaktadır. Bu ihaleler ve bununla ilgili tüm giderler Maliye Bakanlığının kontrolü altındadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ilaç ve sarf malzemesi alımları için kendisi ihaleye çıkmakta, malzemeler toplu bir şekilde alındıktan sonra, sağlık hizmeti sunucularına dağıtılmaktadır.

Tetkik ve ilaç fiyatları, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılan bir Tüzük ile belirlenmektedir. Bakanlığa bağlı Sağlık Kurumlarına başvuran hastalara yapılan muayene, tetkik, tedavi, ameliyat ve benzeri hizmetler karşılığında ödenecek ücretleri, ücret kategorilerini, ücret kategorilerine girecek olan hastaların nitelik kayıt ve koşullarını, sağlık kurumlarında mesai saatleri dışında gerçekleşecek konsültasyon ve özel hasta muayene (ayakta tedavi) ile bu ücretleri yürütecek olan hekimlere yapılacak ödenek ve/veya ücret iadelerinin miktar, kayıt ve koşullarına ilişkin esasları düzenler.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan KKTC vatandaşlarının giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır, tüm acil sağlık hizmetleri sosyal güvenceye ve uyuğa

¹⁷ KKTC Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Faaliyetleri

bakılmaksızın ücretsiz olarak verilmektedir. Kamu sağlık kurumlarına başvuran hastalar, ücret ödeme bakımından üç kategoriye ayrılırlar bunlar şu şekildedir¹⁸:

1. Tam Ücretli Kategori:

Bu kategori aşağıda belirtilen kişileri kapsar:

- a) Kendi olanakları ile tam ücret ödeyenler;
- b) 1976 Kıbrıs Türk Sosyal Sigortalar Yasası uyarınca sigortalı olanlar
- c) Üçüncü Uyruklular ve Güney Kıbrıs Rum Yönetimi (GKRY) Yurttaşları;
- d) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti eğitim kurumlarında eğitim görmekte olan Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti yurttaşı olmayan ve Sağlık Sigortası yaptırmayan öğrenciler hastalanıp,Devletin Kamu sağlık kurumlarında tetkik, tedavi yaptırmaları halinde, bu Tüzükte düzenlenen ücret tarifelerinden yukarıdaki (a) bendinde belirtilen kendi olanakları ile tam ücret ödeyenler için öngörülen ve bu Tüzüğe ekli Cetvelde yer alan TL(Türk Lirası) sütunundaki ücret tarifelerine tabi olurlar ve tedavi gördükleri kuruma gerekli ödemeyi yaparlar.

2. İndirimli Ücretli Kategori:

Bu kategori aşağıda belirtilen kişileri kapsar:

- a) Herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan maaş almayan ve Sosyal Hizmetler Dairesi'nden 'Dar Gelirlilik Belgesi'ne' sahip olup bu belge ile hastaneye başvuranlar, her türlü muayene, tetkik ve tedavi ile tedavi için verilen ilaç bedellerinin %50'sini (yüzde elli),
- b) Kamu görevlileri ile kamu sağlık çalışanları ve bunların geçindirmekle yükümlü oldukları eş ve çocukları, ilaç ve tetkik bedellerinin % 20'sini (yüzde yirmi),
- c) Kıbrıs Türk Barış Kuvvetleri, Kıbrıs Türk Kuvvetleri Alayı, Kıbrıs Türk Güvenlik Kuvvetleri mensupları ve bunların geçindirmekle yükümlü oldukları eş ve çocukları ilaç ve tetkik bedellerinin % 20'sini (yüzde yirmi),
- d) Türkiye Cumhuriyeti Lefkoşa Büyükelçiliği, Türkiye Cumhuriyeti Yardım Heyeti Mensupları ile bunların geçindirmekle yükümlü oldukları eş ve çocukları ilaç ve tetkik bedellerinin % 20'sini (yüzde yirmisini),

¹⁸ KKTC Sağlık Kurumları Ücretler Tarifesi Tüzüğü

- e) Emekli kamu görevlileri ile emekli kamu sağlık çalışanları ve bunların geçindirmekle ykml oldukları eş ve çocukları ilaç ve tetkik bedellerinin % 20'sini (yüzde yirmi), öderler.

3. Ücretsiz Kategori:

Bu kategori, her türlü muayene, tetkik ve tedavi ücretlerinden muaf olup, aşağıda belirtilen sigortasız kişileri kapsar ve bu kişilerin ilaç, tetkik ve tedavi cretleri Bakanlık tarafından ücretsiz karşılanır:

- a) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti kamu hizmetine tayin edilen ve/veya edilecek olanlar ile burs alıp da sağlık raporu için kamu sağlık kurumlarına başvuruda bulunan kişileri,
- b) Tutuklu ve mahkumları, karantinaya tabi bulaşıcı bir hastalığa tutulmuş olanları ,
- c) Askerliğe kabul için ilgili makam tarafından muayeneye sevk edilenleri, askerliğe alınmasında sağlık açısından sakınca görülen kişileri, bu durumları dolayısıyla tabi tutulacakları tedavi ve /veya ameliyat ücretlerinden muaf tutulanlar,
- d) Sosyal yardım servisleri himayesine alınan ve ocuk yuvalarında veya ocuk Esirgeme Kurumu kreşlerinde yaşayan çocukları,
- e) Sosyal yardım alan yoksul kişileri,
- f) şehit ve kayıp eşleri, malul gazi ve malller ile bunların eşlerini,
- g) Kanseri, aids, tüberküloz ve lepra (zzam) hastaların,
- h) Kronik Hastalıklar Hastanesi'nde bakım altında bulunan ve sosyal yardım alan yoksullar ile kronik ruh hastalarını,
- i) Kıbrıs Türk Barış Kuvvetleri Komutanlığı ile Kıbrıs Türk Güvenlik Kuvvetleri Komutanlığı birimlerinde askerlik ödevini(mükellef) yerine getirmekte olanları,
- j) Yukarıda belirtilen bendler dışında kalan hastalar yürürlükteki ilaç listesinde yer almayan sürekli gereksinim duyulan ilaçların İlaç Kurulu Kararı ile temin edilmesi durumunda, ilaç ücretinin (asgari ücretin %50'sini (yüzde elli) aşmayacak şekilde) % 20'sini (yüzde yirmi) derler.

KKTC'de temel sağlık hizmetlerinde, hastalar sigortalı olsalar da, birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvurduklarında belli miktarlarda ödeme yapmak zorundadırlar.

Bünyelerinde bir döner sermaye işletmesi bulunmayan hastaneler, ürettikleri hizmetlerin karşılığı olan ücretleri ve katkı paylarını makbuz karşılığında tahsil ederek, takip

eden günde Maliye Bakanlığına yatırmaktadır. Ancak sağlık kurumlarında herhangi bir bilgi işlem ve otomasyon sistemi bulunmadığından bu işlemlerin verimli bir şekilde yurutulemediği soylenebilir. Işlemler ve kayıtlar, defter ya da yazılı çıktı ortamında çok da sağlıklı olmayan bir şekilde tutulmakta, bu nedenle de büyük düzeyde faturalama ve tahsilat kaçağına neden olmaktadır. Mevcut durumda kamu ve özel sektör hastanelerine yapılan ödemeler için kabul görmüş prosedürlere ve standartlara uygun bir ödeme yönteminin uygulanmadığı gözlenmiştir.

4.3. SOSYAL GÜVENLİK HİZMETLERİ

KKTC sosyal güvenlik sistemi primlerle finanse edilen sosyal sigortalar ve vergilerle finanse edilen sosyal yardım ve hizmet programlarından oluşur. KKTC’de çok parçalı bir sosyal güvenli sisteminden bahsetmek mümkündür. Memurlar ile işçiler ve kendi namına çalışanlar için farklı kapsamda ve farklı yükümlölüklerle sosyal güvence ve sağlık hizmetleri sağlanmaktadır. KKTC Sosyal Güvenlik mevzuatının temel metinleri şunlardır:

- 1976 yılında çıkarılmış olan 16/1976 olarak anılan, kendi hesabına ve özel sektör çalışanlarını kapsayan Kıbrıs Türk Sosyal Sigortalar Yasası.¹⁹ Bu yasaya göre, 2008 öncesi işe başlamış olanlar 50 yaş ve 9000 gün prim ödeme, 55 yaş, 5400 gün prim ödeme, ve son 5 yıl içinde 600 günlük prim yatırımı, 60 yaşında emeklilik, kadınlar için 12, erkekler için 15 yıl, ortalamasında, ortalama 150 gün prim yatırımı ile emekli olmaktadır.
- 1977 yılında çıkartılmış olan 26/1977 olarak anılan kamu görevlilerini kapsayan Emeklilik Müessesesi Yasası.²⁰ Bu yasaya göre devlet memurları.55 yaş, ve 25 yıl hizmet, 60 yaş, 15 yıl hizmet
- 1987 yılında kurulmuş olan, 39/1987 olarak anılan, Emekli Sandığı Fonu çerçevesinde devlet memurlarını kapsayan Emeklilik Yasası.
- 1993 yılında çıkarılmış olan 34/1993 olarak anılan İhtiyat Sandığı Yasası.
- 1988 yılında çıkarılmış olan, 8/1988, Sosyal Hizmetler Dairesi Yasası.
- 2000 yılında çıkarılmış olan 35/2000 olarak anılan Çalışma Dairesi Yasası.
- 1 Ocak 2008’de başlamış olan, 73/2007 olarak anılan Sosyal Güvenlik Yasası. (1 Ocak 2008’den itibaren çalışma yaşamına giren herkesi bu yasa tek çatı altında birleştirmektedir)²¹ Bu yasaya göre 2008’den sonra işe giren tüm kamu ve özel çalışanlar 60 yaş, 9000 gün prim, 63 yaş 5400 gün prim, 55 yaş 9000

¹⁹ Kıbrıs Türk Sosyal Sigortalar Yasası

²⁰ Emeklilik Müessesesi Yasası

²¹ Sosyal Güvenlik Yasası

gün primi esasına göre emekli olmaktadır.

- 2011 yılında (şu anda) meclis onayını beklemekte olan 16/1976'da kapsamlı değişiklikler getiren ve 2008 yılı öncesi sigortalı olmuş olan vatandaşları da etkileyen Sosyal Sigortalar yasası.²² Şu anda parlamento'da beklemekte olan yasa 16/1976'ya bağlı olan sosyal sigortalar mensuplarının prim ve emeklilik koşullarını 2008 Sosyal Güvenlik Kanunu'ndaki koşullara bağlı hale getirecektir.

4.4. YURT DIŞI SAĞLIK SİGORTACILIĞI HİZMETLERİ

KKTC Sağlık Bakanlığı, Kıbrıs içinde Sağlık Bakanlığına ait sağlık hizmet sunucularında sağlanamayan tetkikler ve tedaviler için TC Sağlık Bakanlığı, bazı üniversiteler ve özel hastaneler ile bu hizmetlere ilişkin protokol yapmaktadır. KKTC vatandaşı olan KKTC sigortalıları yapılan protokol gereği devlet hastanesinden verilen sağlık kurulu raporu ile sevk edilebilmektedir. Hastalar istemeleri halinde bu hizmeti Kıbrıs'ta sadece Yakın Doğu Üniversitesinden de alabilmektedir. KKTC sigortalısı olup TC vatandaşı olan kişiler Sağlık Bakanlığının çıkardığı Tüzük gereği Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesine gerekse Türkiye'deki sağlık hizmet sunucularına sevk edilememektedir. Sevk sonucu sunulan hizmetlerin bedelleri KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından protokollerde belirlenen fiyatlar üzerinden karşılanmaktadır. Bu bedel yıllık ortalama 13-14 milyon TL civarındadır. TC vatandaşı da tüzük değişikliği ile bu haktan yararlanır hale gelirse yıllık 10 milyon TL'ye yakın bir bütçe yükünün daha geleceğini ve bunu finanse edilebilir olmadığı endişesi dile getirildi. Bu ödemeler için sigorta dairesi tarafından Sağlık Bakanlığına herhangi bir kaynak aktarılmamaktadır.

Bu hizmetler TC Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları tarafından karşılandığında KKTC Sağlık Bakanlığınca bu hizmet bedellerine ilişkin herhangi bir ödeme yapılmamış ve en son 30.12.2010 tarihinde olmak üzere terkin yapılmıştır. Ancak hali hazırda Türkiye'deki pek çok Üniversite Hastanesi ile ödeme güclüğü nedeniyle icralık olduklarını ve bu hastanelerin artık bu hastaları kabul etmediği beyan edilmiştir.

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde Haziran 2007'de İstanbul Siyami Ersek Hastanesi gözetiminde başlayan kalp ameliyatlari, Haziran 2009'dan bu yana sadece Kıbrıslı hekimler tarafından yapılır duruma gelmiştir. Böylelikle, Haziran 2009'dan bugüne kadar 160 koroner By-Pass ve 12 Kalp kapakçığı ameliyatı olmak üzere toplam 172 açık Kalp Ameliyatı tamamen kendi ekipleri tarafından yapıldı. Kalp ameliyatlarının

²²Sosyal Sigortalar Yasası (şu anda parlamento'da beklemekte olan yasa)

yapılması sayesinde devlet bütçesinde büyük bir tasarruf sağlanırken, hastalar da kendi ülkelerinde ve ailelerinin yanında tedavi olma şansına sahip oldu.²³

5. DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

Değişim, ancak sistematik, planlı bir yönetim kararlılığı ile, değişim yönetimi mantığı içerisinde uygulanabilirse ancak başarıya ulaşabilir. Sistematik yaklaşımlarla birlikte bazı ana fonksiyonların da iyileştirilmesi konusunda aşağıda önerilerimizi sunmaktayız. Bununla birlikte talep edilmesi halinde tüm bu fonksiyonları da içeren bir değişim yönetimi programı ve bu programın nasıl uygulanabileceğine dair detaylı uygulama planı hazırlanabilecektir.

5.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNA YÖNELİK ÖNERİLER

KKTC’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık merkezleri ve hastaneleri, özel hastaneler, muayenehaneler ve tek bir Üniversite hastanesi aracılığıyla sunuluyor. Kamu sağlık hizmetlerine ilişkin giderler genel bütçeden aktarılan %6,5 luk paydan ödenmektedir. Bu ayrılan kaynak da sağlık çalışanları maaşı, kullanılan ilaç ve sarf malzemelerinin finansmanı için kullanılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yapılan değerlendirmelerde²⁴

1. Sağlık hizmet sunumuna yönelik başta her hekime bir oda prensibinin hayata geçirilmesi
2. Kamu Çalışanları Yasası’nda yer alan ancak pratikte uygulanmayan performans yönetimi ve performansa göre ek ödeme sisteminin hayata geçirilmesi
3. Mesai saatlerine uyum konusunda çalışmaların yapılması
4. Çalışma süreleri artırılarak makul düzeylere yükseltilmesi
5. Performans veya benzeri yöntemler kullanılarak verilen hizmetin miktarı ve niteliği ile orantılı olarak ödeme yapılmak suretiyle çalışanların teşvik edilmesi
6. Sağlık Kurum ve Kuruluşları verimlilik göstergeleri ve hizmet kalite standartları açısından değerlendirilmesi ve gerekli görülen alanlarda iyileştirme çalışmaları yapılması
7. Sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşları, özellikle sağlık merkezleri restore edilerek fiziki şartlarının iyileştirilmesi
8. Hasta güvenliği ve çalışan güvenliğini korumaya yönelik çalışmaların yapılması
9. Tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonlarına yönelik düzenlemelerin yapılması

²³ KKTC Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Faaliyetleri

²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Heyeti

önerilmektedir.

5.1.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Her bireyin kendisini doğumdan ölüme kadar takip edecek, sağlık ve hastalıkta ona danışmanlık yapacak, onu yaşadığı çevre ve kişisel özellikleri ile yakından tanıyacak, bu avantajı aldığı eğitimle birleştirerek sağlık problemlerinin %90’ını ilk başvuruda çözümleyebilecek bir hekimi olması, ideal aile hekimliği uygulamasının esasını oluşturmaktadır.

1978 Alma-Ata Konferansı’nın sonucunda tüm ülkelere temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak, karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade, ulaşılabilir yani daha ucuz ve rasyonel olan verimli bir sisteme doğru ilerleme önerilmiştir. Ancak Alma-Ata Konferansı, temel sağlık hizmetleri ile bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamını bir arada değerlendirmiş ve kavramsal bir karışıklığa neden olmuştur. 2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri ana görevi üstlenmektedir.

Küba’dan Finlandiya’ya, ABD’den Slovenya’ya kadar bir çok ülkede yaygın olarak uygulanan aile hekimliği modeli 2005 yılından bu yana Türkiye’de de uygulanmaktadır. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm nüfus kapsam altına alınmıştır. Yapılan değerlendirmelere göre hasta ve çalışan memnuniyetinin yükseldiği, verimliliğin arttığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha organize bir şekilde sunulmaya başlandığı görülmüştür. Ayrıca bu sistemde hekimler belirli sayıda vatandaşla muhatap olduğundan, daha detaylı olarak kişiler ve aileleri hakkında sağlık konusunda bilgili olabilmekte ve aileye yol gösterebilmektedir. Bu sistem hekime de daha gerçekçi bir sorumluluk yüklemektedir, herhangi bir durumda hesap verilebilirlik ve şeffaflığı da artırmaktadır.

Birinci basamakta kişilerin sürekli ilişkide bulunacağı sözleşmeli aile hekimliği sistemi önerilmektedir. Sözleşme direkt sağlık hizmeti sunan birinci basamak hekimleriyle yapılabilir. Dengeli bir şekilde yayılmış poliklinikler veya aile hekimliği birimleri hem birinci basamak sağlık hizmetlerini hem de kişisel koruyucu hizmetleri sunacaktır. Aile

hekimleri, kamu hizmetinde maaşlı çalışan hekimlerin ve özel muayenahanelerinde ücret karşılığı hizmet veren hekimlerin aile hekimine dönüştürülmesi ile oluşturulması öngörülmektedir. Özel olanlarda dahil olmak üzere her türlü ayaktan tedavi merkezi ve özel muayenahanelerle daha önceden belirlenmiş standartlara ulaştıkları sürece sözleşme yapılabilir. Sözleşmeli ilişki, ödemelerin büyük oranda kişi başı yapılması ve bireylerin aile hekimini özgürce seçmesi, hizmetlerin daha verimli ve ihtiyaçlara cevap verecek tarzda üretilmesi için teşvikler getirmesi beklenmektedir.

Türkiye’de 2010 yılı sonu itibarıyla 3.600 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığının 2023 yılı hedefi 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesidir. Mevcut durumdan hareketle KKTC’de yine bir hekimin 3600 kişiye hizmet vermesinden hareketle toplamda yaklaşık 82 civarında aile hekimine ihtiyaç bulunmaktadır. Mevcut hekim kapasitesi dikkate alındığında (toplam 224 hekim) politika yapıcıların aile hekimliğinin uygulanabilirliği konusu, üzerinde önemle durmaları gereken bir konu olarak ortaya çıkmaktadır.

Mevcut durumda KKTC’de görev yapan pratisyen hekim sayısının yetersiz oluşu sistemdeki İnsan kaynaklarıyla ilgili bir başka sorun olup bu durum sağlık merkezlerinin güçlendirilerek daha iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti verilmesi fikrini zorlaştırabilir. Bu nedenle her sağlık merkezine 2 ya da 3 pratisyen hekim ya da birinci basamak hizmetlerde uzmanlaşmış (aile hekimi/ genel pratisyen) hekim olacak şekilde istihdamın şimdiden planlanmasında ve buna göre insan kaynağı yetiştirilmesinin teşvikinde fayda görülmektedir.

5.1.2 İkinci ve Üçüncü Basamakta Sağlık İşletmeleri

Hastane yönetimindeki aşırı merkeziyetçilik yerine daha fazla yetki verilmesine yönelik “sağlık işletmeleri” ne dönüştürülen kamu hastaneleri, çıktılarını artırmak ve birim maliyetlerini düşürmek, aynı zamanda bugünkünden daha yüksek kalitede hizmet standartlarını yakalamak için çalışacaklardır. Hastane finansman kaynağı olarak döner sermayelerin kurulması ve bütçenin değişmesine neden olacak finansman değişikliklerinin sonucu performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilecektir. Döner sermaye gelirlerinin sağladığı esneklikle iyi performans ödüllendirilerek çalışanlara ek ödeme sağlanacaktır.

Hastanelerde genel memnuniyetsizlik sebebi olan otelcilik hizmetlerinin dışardan satın alınarak hizmet kalitesi artırılmalı diğer alanlarda da hizmet satın almaları teşvik edilmelidir.

Son yıllarda Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinde uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ödeme Sisteminden (PDÖS) bahsetmekte fayda

bulunmaktadır. PDÖS, Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi,” Sağlık Bakanlığınca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sübjektif değerlendirmelerden uzak; tamamen kayıta dayalı, zaman içinde geliştirilip şekillendirilen nesnel ölçümlere bağlı ve ülkeye özgü örnek bir uygulamadır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa göre ödemenin başlatılmasından beri, hekim başına düşen bildirilmiş konsültasyon sayısına bakıldığında, Türkiye’deki hem faaliyet hacminde hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu görülmektedir. 2005 yılı itibariyle, hekim başına düşen konsültasyon bir OECD ülkesi için oldukça tipik olan seviyelere ulaşmıştır.

PDÖS’nin KKTC’de de uygulanabilirliği açısından daha ileri düzeyde değerlendirmeler ve araştırmalar yapılması gerekmektedir. Türkiye örneğinden hareketle, hem hastanelerin verimliliğinin artırılması hem de sonuçları itibariyle hasta memnuniyeti ve var olan kapasitenin daha iyi kullanılabilmesini teminen yapılacak olan düzenlemeler, KKTC sağlık sisteminin daha iyi işler hale gelmesine katkıda bulunacaktır.

5.1.3. Özel Hastaneler, Özel Muayenehaneler ve Üniversite Hastanesi

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi faaliyete başlanmış 250 yatak kapasitesiyle nitelikli hizmet vermektedir. Üniversite hastanesinden her alanda faydalanacak şekilde hizmet satın alması yapacak sözleşmeler hazırlanmalı ancak hastaların yapacakları ödemelerin sınırları belirlenmelidir. Özel Hastanelerin mevcut kapasiteleri kullanılarak hastalar tarafından herhangi bir ücret ödmeden kardiyovasküler cerrahi ve onkoloji servislerinden paket hizmetler alınabilir.

5.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri

KKTC’de 112 acil sağlık hizmetlerinin (Hızır merkezleri) güçlendirilmesi, ambulansların sayısal, model ve donanım açısından güçlendirilmesi, ayrıca telefonlu haberleşme sistemi yerine telsizli sisteme geçilmesi uygun olabilir.

5.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

KKTC’de kamuda diş hekimi ve diş ünite sayısı yeterli değildir; fakat ülkede aktif bir şekilde hizmet veren bir diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Diş hekimliği fakültesinden kamuda verilemeyen hizmetler alınabilmeli, aile diş hekimliği sistemine geçilerek özel sektörde çalışan hekimlerden de ağız ve diş sağlığı konusunda hizmet satın alınmalıdır.

Aile Diş Hekimliği Birimi: Aile Diş Hekimliği kapsamında hizmet veren birimlerdir.

Bu birimlerde koruyucu hekimlik uygulamaları ön planda olmak üzere tedavi edici diş hekimliği hizmetleri de verilir. Özel sektördeki diş hekimlerinden sözleşme imzalananlar Aile Diş Hekimi olarak görev yapabilirler. Özel sektörden hizmet alımı mantığında temellendirilebilir.

Hasta koruyucu diş hekimliği hizmetlerini aldığı oranda tedavi edici diş hekimliği hizmetlerini de bu birimlerden alabilir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde

- Koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin özellikle çocuklardan başlamak suretiyle mümkün olan en çok sayıda vatandaşa ulaşması için adımlar atılması
 - Maliyet etkin olan koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin ön plana alınması
 - Engellilerin hizmete erişimi artırılmalıdır. Özellikle evde bakım altında bu yöndeki hizmet rutin olarak takip edilmelidir. Engellilere yönelik tarama hizmetleri başlatılması bu hastalara erişimin sağlanması
 - Uzman diş hekimlerinin sistemdeki yeri sayılarının da az olması dikkate alınarak biran önce belirlenmesi
 - Diş hekimliğine özgü tanı-tedavi protokolleri geliştirilmesi
 - Diş hekimliğinde kullanılan malzeme kalitesinin artırılması için çalışmalar yapılması
- önerilmektedir.

5.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK BAKANLIĞI UYGULAMALARINDA PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMİ

2003 yılının başında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçirilmesi ile birlikte sistem konusunda ilk çalışmalar başlamıştır. 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlamıştır. 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme, 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir. 2006 yılında “yönetici performans kriterleri” ve “finansal göstergeler” konusunda çalışmalar devam etmekte olup, “klinik göstergeler” in de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre değerlendirilmiş olacaktır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığı’nın stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ²⁵: Sağlık sistemimizin kendi öncelikleri ve evrensel değerler bir arada gözetilerek oluşturulmuş olan bu performans değerlendirme sistemi tamamen tarafımızdan geliştirilmiş ülkemize özgü bir sistemdir. “Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan "performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi" Bakanlığımızca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Yukarıda sözü edildiği gibi, sübjektif değerlendirmelerden uzak, tamamen kayıta dayalı, zaman içinde geliştirilip şekillendirilen nesnel ölçümlere bağlı ve bize özgü örnek bir uygulamadır.

Sağlıkta performans yönetimi sonuçları değerlendirildiğinde:

- Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç oldu.
- Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağladı
- Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale geldikleri görülmüştür.
- Bir üst kuruma sevk oranları düşmekte, hastalar bulunduğu yerde tedavi edilmektedir.
- Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği sonucu önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmeler olmuştur
- Hastanelerde mesai saatlerinin verimli kullanılması ile ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme hizmetlerinin daha uzun süre verilmesi sağlanmıştır.
- Ameliyathaneler daha verimli ve etkin kullanılmaya başlamıştır.
- Ameliyat için bekleme süreleri kısalmıştır.
- Görüntüleme ve patoloji laboratuvarlarındaki bekleme süreleri kısalmıştır.
- Muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrılarak, sınırlı tetkikle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılarak birim hasta maliyetinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi hassasiyetle takip edilir hale gelmiştir.
- "Bıçak parası" olarak bilinen haksız, kayıt dışı kazançla mücadele

²⁵ Prof.Dr. Recep Akdağ Sağlıkta Performans Yönetimi

kolaylaştırmıştır.

- Hekim seçme hakkı kolaylaştırmıştır.
- Gereksiz tetkik istemleri azaltılarak uygun tetkiklerle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılması birim hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etki yapmıştır
- Laboratuvarlar için verimlilik kriterleri getirilmiş olup, laboratuvarlarda kalite ve hasta güvenliği çalışmalarına ağırlık verilmeye başlanmıştır.
- Kongre desteği ile bilimsel çalışmaların teşviki ve eğitim hastanelerinde asistan eğitimi ve yayın yapma takip edilir hale gelmiştir.
- Bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemesi, destek vermesi, görev almasını sağlamıştır.
- Kurumsal performans tanımı çerçevesinde, sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine olanak sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır.
- Kurumsal performans çerçevesinde çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları başlamıştır. Memnuniyet anketlerinin 2007 yılı içinde 21 ilde pilot uygulama ile bağımsız kuruluşlarca yapılması sağlanmıştır.
- Laboratuvar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanmasını sağlamıştır.
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Toplum Sağlığı Merkezleri için performans kriterleri geliştirilmiştir.
- Sistem özellikle daha geniş kitlelere sağlık hizmetini ulaştırma hedefi ve sağlık personelinin ödüllendirme esasıyla hizmet kalitesini artırarak sosyal devlet ilkesinde hizmet etmektedir.

Performans yönetimi sadece sonuçları ölçmemekte organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermektedir. Amaçlanan sonuçlara yönelik olarak hizmetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu yolla kamu sağlık hizmetlerinde bir anlayış değişikliği oluşturulmuştur.

Türkiye'nin performansa göre ödemeler konusundaki belirgin başarısı uluslararası kuruluşların da dikkatini çekmiş ve bu uygulama, Dünya Bankası ve OECD tarafından

hazırlanan Türkiye Sağlık Sistemi incelemesinde, “Aslında diğer ülkelerin Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir.” şeklinde değerlendirilmiştir.

5.3. SAĞLIK SİGORTACILIĞINA YÖNELİK ÖNERİLER

Otomasyon sistemi olmadığı ve sağlık verileri de bulunmadığı için kişi başı sağlık harcamasının ne kadar olduğu bilinmiyor. GSS sürecinde hem sosyal güvenlik hem sağlık sistemi ortak bir veritabanı çatısı altında birleştirilerek sosyal güvenlik kurumlarının, hastanelerin ve eczanelerin ortak bir bilgi işlem tabanına ulaşabilmeleri sağlanmalıdır.

5.3.1. Sağlık Sigortası Kapsamının Toplumun Tamamına Yayılması

Farklı nüfus guruplarının farklı hak ve yükümlülüklerle sahip olduğu, parçalı yapıya sahip KKTC sosyal güvenlik sisteminin revizyonu gerekli görülmektedir. Tüm nüfusu kapsayacak bir kamu sağlık sigortası kurulması ve bu kapsamda vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımında ve bu hizmetleri kullanımındaki engelleri ortadan kaldırarak, herkesin aynı haklara sahip olmasını sağlamak aynı zamanda anayasal bir görevdir. Başta Kamu Sağlık Çalışanları, Döner Sermaye ve Genel Sağlık Sigortası yasa tasarıları olmak üzere, gerekli yasaların yürürlüğe konulması için çalışmalar tamamlanması ve bu alandaki düzenlemelerin yapılması zaten DPÖ 2008 yılı planında da yer bulmuş birer taahhüt olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta sosyal güvenlik sisteminin finansal sürdürülebilirliğine imkan verecek bir sistemin inşa edilmesidir.

Yoksullar için sağlık sigortası primi, kamu tarafından sosyal yardımlara ayrılan kaynaktan karşılanmalıdır. 18 yaş altındaki bireylerin ebeveynlerinin prim borcuna bakılmaksızın ücret ödemedi sağlık hizmeti alması sağlanmalıdır.

5.3.2. Yurt Dışı Sağlık Sigortacılığı İle İlgili Öneriler

Kıbrıs’ta yaşayan KKTC ve TC’liler genel sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık giderlerinin SGK tarafından finanse edilmesi sağlanmalıdır. Bunun için 5510 sayılı Kanunda

Türkiye’de ikamet etme şartı KKTC için özel imkan sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.²⁶

KKTC’de yaşayan insanların Türkiye’de sağlıkla ilgili işlemlerini aksatmadan ve gereksiz zaman kaybına uğramadan yapabilmeleri için Medula sistemine kayıt edilmeli ve KKTC vatandaşı olarak belirtilmeli provizyon sorgulamasında da kolaylıkla provizyon verebilmelidir. Türkiye’de kamu hastanelerinde yapılan işlemler için hastanın hiçbir ücret ödmeden ilaçlar, kan talepleri ve kullanılan tıbbi cihazlar karşılanmalıdır, hastanın sağlıkla ilgili işlemleri için ayrıca bir bürokratik bir işleme tabi olmamalıdır.²⁷ Yurt dışına tedavi amaçlı gönderilen hastaların analizi yapılarak gider kaleminde en fazla payı tutan faktörlere yönelik ülkedeki sağlık sistemin geliştirilmesinin fayda-maliyet analizi yapılmalıdır.

5.4. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE HİZMET SUNUCULARA ÖDEMELER KONUSUNDAKİ ÖNERİLER

KKTC’de kamu hastanelerince sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin giderler genel bütçeden aktarılan % 5.6 lık paydan ödenmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri kullanımı esnasında katkı payları da mevcuttur.

5.4.1.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bir anlamda sağlık harcamalarının finansmanı hem kamu kaynaklarınca hem de hane halklarının cepten yaptığı harcamalarla gerçekleştirilmektedir. Bu harcama toplamının dağılımının tespiti ve kimin ne kadar ödeme yaptığıнын ortaya konması, sağlık finansmanı konusunda atılacak olan reform adımlarının da temelini oluşturacaktır. Bu nedenle OECD standardı olan Ulusal Sağlık Hesapları Sistemine uygun bir harcama dağılımını gösteren çalışmanın gerçekleştirilmesi de düşünülebilir.

5.4.2.Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile Finansmanının Birbirinden Ayrılması

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun ayrıştırılması ve bunun sürdürülebilirliğinin sağlanması konusu üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Mevcut sosyal güvence sağlayan sistemlerin birleştirilerek tek çatı altında toplanması, kamu ve özel sektörden sağlık hizmeti satın alınarak ödemelerin de yeni kurulacak olan sosyal güvenlik kurumu eliyle belli kural ve kaideler dahilinde yapılması sistemin regülasyonu ve işletilmesi açısından atılacak olan en önemli reform adımlarının başında gelmektedir.

5.4.3.Sağlık Hizmet Sunucularına Yapılan Ödemeler

Sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerde kullanılabilecek farklı ödeme

²⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Görev Raporu

²⁷ KKTC Ankara Büyükelçiliği <http://kktcbe.org.tr/www/tr/Icerik.ASP?ID=762>

yöntemleri mevcuttur. Temel olarak iki kaynaktan ödeme yapılır. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler, kamu veya özel sektördeki hizmet sunucuya doğrudan ödeme yaparlar. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet “üçüncü şahıs” olarak (third party) hizmet sunan kişi, kurum veya kuruluşlara ödeme yapar. Bir çok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiç birisi mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakkaniyet, bir kısmının hasta ve/veya hizmet sunucu tarafından suistimali (moral hazard by patient ve by doctors) diğerlerinin de her üçünün değişik kombinasyonlarıyla ilgili çeşitli dezavantajları vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, suistimali önleyen, etkililiği, verimliliği ve insancılığı (örneğin hasta tatmini) gözönünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır. Ayrıca ödemeler hastanenin iş yüküne ve/veya kullanılma kriterlerine göre yapılmalıdır.

Her ülke kendine özgü niteliklerini göz önüne alarak mevcut ödeme yöntemlerinden birini tercih etmekte, ya da farklı hizmet basamaklarındaki hizmet sunucuları için farklı ödeme yöntemleri kullanılabilmektedir. KKTC’de mevcut literatürde var olan ödeme yöntemlerinin incelenmesi sonucu en uygun ödeme yönteminin seçilmesine imkan vermek amacıyla aşağıda çeşitli ödeme yöntemleri, bunların avantaj ve dezavantajları tartışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi ödeme yöntemi kullanılırsa kullanılsın ayrılan bütçenin büyüklüğü sistemin ana çatısını oluşturmaktadır.

Aşağıda çeşitli ülkelerde örneği bulunan bazı hastane ödeme modelleri özetlenmiştir:

1. Sabit Bütçe (Fixed Budget)

Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilir. Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarda riske girer. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde (örneğin morbiditedeki aşırı değişiklikler) ek bütçe yapma olanağı tanınır. Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadır. Elindeki kaynakları en etkili ve verimli şekilde kullanmanın yollarını araştırmalıdır. Aksi takdirde henüz yıl bitmeden bütçesinin üzerine çıkar.

2. Fatura Bedelinin Ödenmesi (Payment by Itemised Bill - Fee For Service)

Özel hastanelere hakeditleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Örneğin bir mide ülserinin hastanede yatarak tedavisinde hastanenin tüm imkanlarından faydalanan hastanın kendisi veya onun adına üçüncü şahıslar (third party) hastaya yapılan tüm harcamalar karşılığında ödeme yaparlar. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılır.

Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilir. Bu durumda da hastaneler üç muhtemel yolla kazançlarını artırabilirler:

Ürettikleri hizmet sayısını artırmak

Hizmetlerin kalitesini düşürmek (örneğin muayene başına düşen zamanı kısıtlamak). Ancak bir rekabet ortamında hizmetlerin kalitesinin artması beklenir (örneğin hastayla daha fazla zaman geçirme).

İş yükünün büyük bir kısmını daha ucuz çalıştırılan personele (örneğin hemşireler, teknisyenler) kaydırmak.

Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucular tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir (supplier induced demand). Gereksiz tıbbi müdahaleler yapmak, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler istemek (özellikle hastaneye ortak ve/veya döner sermaye gibi yapılanmalardan belli bir ödenek alan hekimler arasında sık rastlanılabilir), gereksiz ilaç reçete etmek buna örneklerdir. Bu ödeme yönteminde hizmet sunucular ödemeyi yapanlara göre daha güçlü durumdadırlar.

3. Gün Başına Ödeme (Payment by Day)

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksektir ve daha sonra giderek azalır.

Bu durumda ödemeyi yapan kurum veya kuruluştan ya kendisinin görevlendireceği hekim

veya hemşire aracılığıyla hastanede hastayı ziyaret ederek olası taburcu tarihini belirler veya belli teşhisler için ödeme yapılabilecek hastanede kalış sürelerini kısıtlayabilir ve bir apendektomi için, örneğin, sadece 3 gün için ödeme yapar. Bu sürenin sonunda ya hastanenin uygun görülen başvurusuna göre süre uzatılır veya hastane tüm maliyetleri karşılamak zorunda kalır.

4. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme (Case Payment - Payment by Diagnosis)

Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için (örneğin genito-üriner enfeksiyon, basit diyare veya tüberküloz osteomyeliti) farklı ödeme yapılır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu model ilk önce ABD’de başlatılmıştır ve yaklaşık 470 teşhis grubu geliştirilmiştir (DRG - Diagnosis Related Groups).

Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır. Fakat erken taburcu olaylarını, hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca “teşhis” veya “DRG kurnazlığı” (diagnostic veya DRG creep) denen hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir. Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır. Ancak özellikle hastaneye sahip olan veya ek ödenek alan hekimler arasında benzeri bir dürüstlüğe güvenmek zordur.

5. Kişi Başına Ödeme (Capitation Fee)

Ödemeyi yapan üçüncü tarafla hastane arasında yapılan anlaşmaya göre, belli sayıda kişinin belli bir süre için (6 ay veya sıklıkla bir yıl), hastanedeki hizmetleri kullansın veya kullanmasın, hastanedeki olabilecek tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere kişi başına belli bir ödeme yapılır. Sağlıklı kişilerin hastaneyi daha az kullandığı gözönünde tutulursa hastanenin kar edeceği açıktır. Ancak kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar hastane hizmetlerini daha uzun süreli ve daha sık olarak kullanacağı için hastanenin maliyetleri artacaktır. Bu nedenle ödemeler ya her birey için aynı miktar üzerinden veya yaş, cinsiyet, yaşadığı bölge, mesleği gibi parametreler gözönünde tutularak farklı miktarlar üzerinden hesaplanır.

Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Yukarıda verilen ödeme modellerinin maliyet kontrolü, sunulan hizmetin kalitesine

etkisi ve modelin ödeyen kurum açısından idaresinin kolaylığı bakımından bir karşılaştırmasını vermektedir. Her ne kadar bazı modellerin diğerlerine göre açık avantajları olsa da belli bir modelin daha verimli olduğunu söylemek oldukça güçtür. Her bir ülke veya sağlık sistemi kendi yerel şartlarını gözönünde tutarak en uygun modeli seçmelidir.

Tablo 9. Hastaneye Yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Ödeme Modeli	Maliyet Kontrolu	Hizmet Kalitesi	İdaresi
Bütçe	çok iyi	Orta	kolay
Fatura Bedeli	çok zayıf	çok iyi	çok güç
Gün Başına	Orta	Zayıf	çok kolay
Vaka Başına	İyi	Orta	güç
Kişi Başına	çok iyi	Orta	çok kolay

Gerek kamudaki gerek özel sektördeki sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemeler net kurallara bağlanmalıdır. Sağlık ve sigorta sisteminde yapılacak düzenlemelerle birlikte sağlık hizmetlerinin bedellerinin hizmet sunuculara ödenmesi bir takvime bağlanmalı ve aksatılmadan gerçekleştirebilecek altyapı hazırlanmalıdır. Sağlık sunumunun ve sağlık hizmetlerinin gerek devlet gerek vatandaşın ödeme yaptığı tüm alanlarında, elektronik fatura ve hizmet kontrol sistemi geliştirilmelidir. Mali yönden gelir, gider ve stok kayıtlarının sağlıklı olması, hizmet yönünden de hasta sağlık kayıtları ve diğer istatistiksel işlemlerin yapılabilmesi için hastaneler ve diğer sağlık kurumlarında sağlıklı işleyen bir otomasyon sistemi kurulmalıdır. GSS sürecinde hem sosyal güvenlik hem sağlık sisteminin ortak bir veritabanı çatısı altında birleştirilmesi gerekecektir.

5.5. SAĞLIK PERSONELİ VE İNSAN KAYNAKLARINA YÖNELİK ÖNERİLER

Kamu Sağlık Çalışanları yasası ile düzenlenmekte olan Kıbrıs sağlık çalışanlarının hak ve yükümlülükleri alanında da bazı değişiklikler yapılması gerekli görülmektedir.

Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak amacıyla kullanılabilecek araçlardan biri de Türkiye’de uygulanmakta olan Personel Dağılım Cetvelleridir (PDC). PDC’nin hazırlanmasında dikkate alınan temel unsur hizmet bölgesinin nüfusedir. Ek olarak dikkate alınan unsurlar ise şöyledir:

Personel sayısının dağılımında aşağıdaki ölçütler dikkate alınır:

- a) Tüm ülkeye veya bölgeye hizmet veren genel ve dal hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine, il dışından başvuru, yıllık ortalama poliklinik sayısı, yıllık ameliyat sayısı, özellik arz eden birimlerinin olması (yoğun bakım ünitesi, reanimasyon ünitesi, yanık ünitesi, diyaliz, kan bankası ve benzeri birimlerin bulunması),
- b) Personel dağılımını etkileyecek ölçüde demografik, epidemiyolojik (hastalık insidans ve prevelansı vb), coğrafi ve turizm kaynaklı değişiklikler olması,
- c) Hekime başvuru sıklığı,
- d) İllerin tıbbi cihaz ve fiziki mekan kapasitesi,
- e) Personel dağılımını etkileyecek ölçüde nüfus hareketleri ya da poliklinik sayısındaki farklılıklar,
- f) Ulaşım şartları, vardiya hizmetleri, gibi etkenler.

KKTC’de de hekim ve diğer sağlık personelinin ülke geneline dağılımında bu kriterler kullanılarak daha nesnel ve ihtiyaçları karşılayıcı bir personel dağılım politikası oluşturulabilir. Ancak bu süreci yürütebilmek için öncelikle ülke sağlık sistemi göstergeleri hakkında detaylı bilgiye sahip olunması gereklidir.

5.5.1. Sağlık Personelinin Tam Zamanlı Çalışmasına Yönelik Öneriler

KıbrısTabipler Birliği’nin Tam Gün Yasasına ait görüşlerinde belirttiği gibi kabul edilebilir bir ücret aldıklarında hekimler özel sektörde veya muayenehanede çalışmaktan yana değiller ve bundan da çok hoşlanmamaktadırlar. Hekimlerim kamu sağlık tesislerinde tam gün çalışmasının teşvik edilmesi reform çalışmalarını önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Elbette bu kapsamda sağlık çalışanlarının performansına dayalı ek ödeme sistemi ile desteklenmesi ve gönüllü olarak kamu hastane ve sağlık tesislerinde tam gün çalışmalarının yolunun açılması gereklidir. Bu sayede hem personel verimliliği hem de kamu sağlık kurumlarının verimliliklerinin artışı sağlanabilir.

5.5.2. Özlük Hakları Maaşlar

Yine Kanunun 102 ve 103. Maddelerinde sağlık çalışanlarının çalışma saatleri ve izin hakları düzenlenmektedir. Mesai saatlerinin mevsimsel değişikliklerinin ortadan kaldırılması, çalışma sürelerinin makul düzeylerde yükseltilmelidir. Ek olarak minimum 30 ila 42 gün

arasında değişmekte olan yıllık izinlerin de standardize edilmesi gereklidir. Bu düzenlemeler sayesinde kamu sağlık tesislerinde verimlilik esaslarına göre sağlık hizmeti üretiminin önündeki engellerin kaldırılması mümkün hale gelecektir.

Hizmet sunumunun aksamadan devam etmesini sağlamak amacıyla, tüm KKTC çapında dengeli sağlık personeli dağılımının sağlanmasını teminen uygulanabilecek olan teşvik mekanizmaları da gündeme alınabilir. Özellikle sağlık merkezlerinde hekim ve hemşire istihdamının artırılması için bu teşviklerin kullanılması gerekmektedir.

5.5.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

KKTC’de 2008 Yılından önce hazırlanan ve 01 Ocak 2008 tarihinde yürürlüğe girmesi planlanan Sağlık Hizmetleri Döner Sermaye Yasa Tasarısı²⁸ ile Döner Sermaye Performans Komisyonlarının Sayısı, Oluşumu, Çalışma Usul ve Esasları, Ek Ödemenin Oranı İle Esas Ve Usulleri belirlenmişti ancak kanunlaşamamıştı.

2004 yılından beri Türkiye’de uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir.²⁹

Performansa dayalı ödeme sistemi ile personele yapılan ek ödemelerde düzenlemeye gidilmiş, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin

- unvanı

²⁸ www.saglikbakanligi.com Sağlık Hizmetleri Döner Sermaye Yasa Tasarısı

²⁹ Prof.Dr.Sabahattin Aydın Sağlıkta Performans:Ne için Nereye Kadar, SD 6.Sayı

- görevi
- çalışma şartları ve süresi
- hizmete katkısı
- performansı
- serbest çalışıp çalışmaması
- kurumlarda yapılan muayene
- ameliyat, anestezi
- girişimsel işlemler
- özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma

gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlendiği bir sistem uygulanmaya başlamıştır.

5.6. İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ POLİTİKASINA YÖNELİK ÖNERİLER

DSÖ'nün önerdiği doğrultuda bir Ulusal İlaç Politikası oluşturulmalı, düzenli bir şekilde güncellenmeli, tamamen uygulanmalıdır.

Bakanlık Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi ile tıbbi ve diğer depolar için bir malzeme kayıt ve takip sistemi geliştirmeli, bunun sonucu olarak etkin ve verimli bir şekilde malzeme kaynaklarını yönetmelidir.

5.6.1. Ulusal İlaç Politikası Geliştirilmesi

İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli bir hale getirilmesi sağlanacaktır. İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Kamunun ilaç alımlarını farmakoepidemioloji ve farmakoekonomi biliminin ışığı altında geliştirilecek yöntemlerle yönlendirilmelidir. Yine ilaç tüketiminin bilimsel kriterler göz önünde bulundurularak yönlendirilmesi ve esasa bağlanması gerekmektedir.

Bütün Avrupa Birliği ülkelerinde Katkı Payı uygulaması görülmektedir. Hastanın reçete edilen ilacı için ödediği miktardır. Fiyatın geri kalanı hükümet ve özel sağlık sigortaları tarafından karşılanır. Bu ödemeler reçete veya ilaç başına sabit olabileceği gibi ilacın ve reçetenin maliyetinin belli bir oranı da olabilir. Hastaların ihtiyaç duydukları ilaçlara erişimlerini olumsuz etkilememesi için bu tür katkı payı uygulamalarında bir üst sınır belirlenmelidir.

İlaç harcamaları: geri ödenen, reçetesiz ve geri ödenmeyen ve geri ödenmeyen diğer ürün pazarları olmak üzere parçalara ayrılabilir. Reçete gerektiren ve gerektirmeyen ilaçlar arasında net bir ayırım yapılmalıdır. Reçetesiz ürünler satın almak için hekim reçetesi gerektirmeyen ve görece basit hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar olup geri ödemesinin yapılmasına gerek yoktur.

Bütün geri ödeme sistemlerinin en önemli hedefi hastaların mümkün olan en çabuk şekilde daha iyi tedavilere erişimini sağlamaktır. Yaşlanan nüfus, sağlık sisteminin artan maliyetleri hükümetlerin sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakları daha etkin kullanma isteği farklı fiyatlandırma ve geri ödeme sistemlerinin yürürlüğe konulması ile sonuçlanmıştır.

Geri ödemede ve fiyatların belirlenmesinde aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır:

i)Uluslararası Referans Fiyatlandırma

- Referans fiyatlandırmada en yaygın uygulama, yerel fiyatın farklı ülkelerin fiyatlarından oluşan bir fiyat sepetine göre belirlenmesidir. Karşılaştırma fiyatları, farklı özelliklere sahip ülkeler sepetinden alınmaktadır.

ii)İskontolar

- İskonto uygulamaları genel olarak kabul görmektedir. Ancak bunun patentli orijinal ilaçlar, patent süresi dolmuş orijinal ilaçlar ve jenerik ilaçlar arasında adil bir iskonto yapısı içinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

iii)Fiyat İndirimleri

- Fiyat indirimleri geri ödemede tasarruf önlemi olarak kullanılmakta ve planlanan bütçenin aşılması halinde uygulanmaktadır.

iv)Terapötik Sınıf Referans Fiyatlandırma

- Terapötik Sınıf Referans Fiyatlandırmada, geri ödeme fiyatı aynı terapötik sınıftaki diğer ilaçların fiyatları dikkate alınarak belirlenmektedir. Jenerik ve yenilikçi ilaçların farklı moleküllerinin aynı terapötik katagoride karşılaştırılması, yeni ilaçların fiyatlarını mevcut jenerik düzeyine inmeye zorlayacaktır. Bu yaklaşımda yeniilaçların tedavide sağladığı etkililik, güvenlilik ve tolere edilebilirlik gibi ek yararlar dikkate alınmamaktadır.

Hastaların yenilikçi tedavilere zamanında erişimi açısından geri ödeme kararlarının zamanlaması hayati önem taşımaktadır. Hastaların o ürüne erişiminin önüne engel koymak

yerine, söz konusu ilaç için kamunun ödeyeceği oran belirlenmelidir.

5.6.2. İlaçların Akılcı Kullanımı

Öncelikle hastanın probleminin tanımlanması, yani hekim tarafından doğru teşhisin konulması gerekmektedir. Buna paralel olarak, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa, uygun ilaçların seçimi, her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması basamakları izlenmelidir. Bu aşamada onaylanmış, güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır.

İyi reçete uygulamaları konusunda hizmet içi eğitimler ve kanıta dayalı tıp uygulamaları yaygınlaştırılmalı, klinik rehberler geliştirilmelidir. İlaçların akılcı kullanımı konusunda halk bilgilendirilmelidir. Doğru ilaç kullanımı konusunda farkındalığın oluşturulmasında hekim, eczacı ve bu konuda hizmet veren sektörün “Akılcı İlaç Kullanımı” konusunda toplum bilincini arttırmaya yönelik desteğinin bulunması önemlidir.

Hastaların ilaç kullanımını akılcı kılan ve hekimlerin gereksiz ilaç yazmasını önleyen katkı payları talepten kaynaklanan maliyeti kontrol altında tutmak için etkin bir araçtır. Akılcı ilaç kullanımı için uygulanan diğer araçlar, tedavi klavuzları ve koruyucu tıbbi güçlendirmek için harcanan çabalardır. Bazı ülkelerde yapılan uygulamalarda sağlık bilincini güçlendiren programların hastalık günlerini azalttığı görülmüştür. Akılcı ilaç kullanımı, koruyu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesinin teşvik edilmesi sağlık standartlarını yükseltmekle kalmayacak, sağlık hizmetlerinin toplam maliyetini de azaltacaktır.

5.6.3. Ulusal Tıbbi Cihaz Politikası Geliştirilmesi

Hizmetlerde kullanılan cihaz ve tıbbi sarf malzemelerin uluslararası normlara uygun olarak standardize edilmesi hizmet verimini artırır, zaman ve malzeme israfını önler, kalite yükselmesine yol açar. Uluslararası sağlık hizmet yolunu açarak ekonomiye katkı sağlar ve uluslar arası standartlara uygun bir sağlık hizmeti sunulmasını güvence altına alır.

Klinik tedavi klavuzları doğrultusunda tıbbi cihazların kullanılacağı/endike olduğu hastalık aşaması ve/veya hasta grubu doğru belirlenmelidir.

Tıbbi Cihaz Ürün Özellikleri ve Kullanımı konusunda uluslararası standartlara uygunluğu değerlendirilmelidir:

- Tıbbi Cihazın Özellikleri (materyal, tasarım vb.) ve Bileşenleri
- Tıbbi Cihazın Etki Mekanizması
- Tıbbi Cihazın Kullanımı/ Kullanıldığı İşlem/İşlemlerin Tanımlanması:

Ayakta/yatarak tedavide kullanımı, uygulayıcının hekim/doğrudan hasta olması, uygulayıcı hekim ise ilave bir uzmanlık ya da eğitim gerekip gerekmediği, uygulama sırasında mevcut tedavi seçeneklerine göre ilave tetkik, donanım vb. gerekip gerekmediği araştırılmalıdır.

Tıbbi Cihazlara İlişkin Klinik Kanıtlar

- Tıbbi cihaza ilişkin klinik etkililik ve güvenlik sonuçlarının tablolar halinde sunulması
- Tıbbi cihazın kullanıldığı alanda mevcut alternatif cihazların/tedavilerin özellikleri ile birlikte tanımlanması
- Tıbbi cihazın alternatif tıbbi cihazlara göre teknolojik ve klinik üstünlükleri: Varsa karşılaştırmalı klinik çalışmalar kullanılarak üstünlükler ana başlıklar halinde belirtmeli ve her ana başlık altında destekleyici kanıtlar özetlenmeli.
- Yukarıdaki maddeler çerçevesinde özet bilgileri sunulan çalışmaların listesi
- Tıbbi cihaza ait uzman raporu ve/veya konu ile ilgili uzmanlık derneği raporu Rapor tıbbi cihazın alternatif cihazlara göre klinik üstünlüğü, uygulamadaki yeri ve önemi ile ilgili özet bilgi içermelidir.

Mevcut Tedavi Maliyeti: Her bir teknoloji için kaynak kullanım oranları ve birim maliyetler belirlenir. Her bir malzemenin kullanımı ile ilişkili, ilaç, yan etki, tetkik, hastane yatış, hekim vizitesi, varsa komplikasyonların tedavisi vb. gibi kaynakların ve maliyetlerin tamamı dikkate alınır. Birim maliyetler, kaynak kullanım oranları ile ilişkilendirilerek her bir teknolojinin tedavi maliyeti hesaplanır.

5.7. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİNE YÖNELİK ÖNERİLER

KKTC bünyesinde yürütülen e-Devlet ve yeniden yapılanma çalışmaları çerçevesinde KKTC Sağlık Bakanlığı'nın iş süreçlerini destekleyen ve faaliyetlerini sürdürebilmek için ihtiyaç duyduğu donanım ve uygulama teknik altyapısının etkin ve güncel araçlar ile yenilenmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı birimleri ile Sağlık Bakanlığı'nın görev alanına giren tüm kurum ve kuruluşlara, gerçek ve tüzel kişilere yönelik, zaman içinde tümüyle elektronik ortamda iş yapmaya uygun bir E-Sağlık Platformu oluşturulmalıdır. Bu platform üzerinde çalışacak e-imza, mobil imza entegrasyonlu bilgi sistemlerine ve e-Devlet uygulamaları kapsamında oluşturulacak protokoller sayesinde sistem Sağlık Bakanlığı dışı kurum ve kuruluşlarla güvenli veri alışverişi yapabilecek konuma getirilmelidir.

Bilişim ve teknolojiden en üst düzeyde faydalanarak, Sağlık Bakanlığı ve bağlı tüm sağlık kuruluşlarında yapılan tüm çalışmaların ve bu çalışmalar sırasında ihtiyaç duyulan ve/veya oluşturulan her türlü tıbbi ve idari dokümanların, hasta kayıtlarının, laboratuvar istem ve sonuçlarının, radyolojik görüntülerin ve buna bağlı raporların, hasta arşiv dosyasının ve evrak/iş akışının daha verimli bir şekilde elektronik ortamda yapılması; merkez ve taşra teşkilatında üretilen tüm belgelerin uluslararası standartlarda arşivlenmesi, sunulan sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artırılması, verilen hizmetlerin ölçülebilmesi ve detaylı olarak istatistiklendirilmesi sağlanmalıdır.

Nitelikleri portal üzerinden sunulmaya elverişli tüm E-Sağlık hizmetlerine erişebilen, Merkezi Sağlık Veri Sistemi kurulmalıdır. Merkezi Sağlık Veri Sistemi sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformudur.

Merkezi Sağlık Veri Sistemi ile yapılmak istenen; vatandaşların sağlık verilerini merkezde güvenli bir şekilde tutmak suretiyle sağlık bilgisine erişimi kolaylaştırıp hizmet kalitesini artırmaktır. Tanı, tahlil ve tetkik bilgilerinin hasta mahremiyeti çerçevesinde paylaşımı ile hekimlerin ve sağlık kurumlarının hastaya ait sağlık verilerine erişimi sağlanacaktır. Merkezi Sağlık Veri Sistemi ile yapılacak analiz çalışmaları ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılabilecektir.

5.8.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA MEMNUNİYETİ VE HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK ÖNERİLER³⁰

5.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetinin kalitesi tek parametrelili ve az göstergeli bir yaklaşımla açıklanamaz ve ölçülemez de.Bu nedenledir ki sağlıkta kalite literatürde, girdileri, çıktıları, süreçleri ve sonuçları da dikkate alacak şekilde çok farklı yaklaşımlarla tanımlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık hizmetinin kalitesini:

- a) Uygun sağlık hizmetinin zamanında ve yetkin sağlık profesyonellerince verilmesi
- b) Uygun olduğu düşünülen bu sağlık hizmeti hastaya uygun kaynakları harcayarak ve mümkün olan en gelişmiş meslek standartlarına göre verilen hizmetten dolayı ya da düşünülen hizmetle ilişkili olarak en küçük bir zararın dahi verilmemesi

³⁰ Hospital Manager Nisan 2010 sayı:10

belirler.

Sağlık alanında kalitenin değerlendirilmesinde ilk zamanlarda, günümüzde de geçerliliğini koruyan kayıtlar üzerinde durulmuştur. Kayıtların değerlendirilmesini sağlık alanında oluşturulan standartlar izlemiştir. Oluşturulan bu standartlara göre bu standartların yerine getirilip getirilmemesine göre değerlendirme yapılmıştır. Bunların yanı sıra günümüzde kalitenin değerlendirilmesinde klinik rehberlerin ve kalite göstergelerinin oluşturulması, bu rehberlere göre hizmet verilmesi ve gösterge sonuçlarının değerlendirilerek hizmette iyileştirme yapılmasına yönelik çalışmalar yaygın hale gelmiştir.

5.8.2. Hasta Memnuniyeti

Bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konu hasta memnuniyetini sağlamaktır. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin olması salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Ancak sağlık kuruluşları hastalarının medikal ihtiyaçlarının yanı sıra estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır.

Hizmet kalitesinin artırılması üç temel aşamada incelenebilir:

- i)kuruluşun alt yapısı
- ii)kuruluşun işlettiği süreçler
- iii)kuruluşun çıktıları

Hizmet kalitesindeki eksiklikler ya da aksaklıklar incelenirken bu üç aşama göz önüne alınmalıdır. Bir sağlık kuruluşunda hasta memnuniyetini orta ve uzun vadede etkileyen en önemli faktör olan sağlık hizmeti kalitesinin yönetilmesinde sağlık kuruluşu çalışanlarının üç temel konuda donanımlı olmaları sağlanmalıdır. Bunlardan birincisi motivasyondur. Çalışanların motivasyonunun ancak kendileri tarafından sağlanabileceği konusu önemlidir. İkinci temel konu çalışanlar arası iletişimidir. Bu da sistematik yaklaşım ve gerçek takım çalışması ile sağlanabilecektir. Üçüncü temel olgu tüm çalışanların kuruluşlarına bağlılıklarının sağlanması ve kuruluşları içinde inisiyatif sahibi ve lider kişiler haline getirilmelidir.

5.8.3. Hasta Güvenliği

Günümüzde hasta güvenliğini tehdit eden bir çok unsur artık tartışılmaz bir biçimde ortaya konmuştur. Bunlardan en önemlileri; yanlış ve yetersiz dökümantasyon, kontrolsüz ilaç uygulamaları, hasta bilgilendirme eksiklikleri, kurum içi iletişim yetersizliği, tıbbi cihaz kalibrasyon hataları, uygulamalarda çift kontrol kuralına uyulmamasıdır.

Hasta güvenliği politikası oluşturulmasında beş temel unsur; liderlik, süreç tasarımı, veri toplanması- analizi, ve iyileştirme sürecidir. Buna göre

- ✓ Kurumun lider veya liderleri hasta güvenliği politikalarını her alanda destekleyen davranış sergilemelidir;
- ✓ Her kurum kendi yapısına özel süreçleri bilimin ve gerçeklerin ışığında tasarlamalıdır
- ✓ Uygulamaların sonuçları mutlaka ölçülebilir olmalıdır
- ✓ Her kurum kendi şart ve gerçeklerine göre süreçleri ölçümleyebilecek endikatörler belirlemelidir
- ✓ Veriler analiz edilmeli ardından iyileştirme sağlanmalıdır.

Sonuç olarak kurumlar; süreç yönetimini, fiziksel olanaklarını ve çalışanlarının niteliklerini ne kadar üst düzeyde tutabilirse o kadar üst düzeyde hasta güvenliğini sağlayabilmektedir.

5.9. SİSTEMİN İZLEME VE DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK ÖNERİLER

Yapılacak yeniden yapılandırma programının "izleme değerlendirme sistemi" oluşturulmalı; olası sorunlar daha başlamadan süreç revize edilmelidir. Etkili bir izleme ve değerlendirme fonksiyonu ifa edebilmek için, detaylı istatistiki verilerin mevcudiyeti çok önemlidir. Mevcut durum analizi, sorunlu alanların tespiti ve buna yönelik plan, program ve projelerin tasarlanması ve nihayetinde uygulama evresinin gerçekleştirilmesinde hem geçmişe dair hem de süreç içindeki izleme çalışmalarından elde edilecek istatistiki veriler, bir rehber ve yol gösterici kılavuzlar olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle hem kurumsal hem de ülkeye dair sosyal, ekonomik, sağlık durumu ve belirleyicileri gibi ana göstergelerin varlığı, reform çalışmalarının temel dayanak noktaları olacaktır.

Politika yapıcılar, vatandaşların ihtiyacı olan hizmetlerin topluma sunulmasını sağlamak amacıyla kurdukları yapının işlerliği takip edebilmek, izleyebilmek ve gerekli yerlerde müdahalede bulunabilmek amacıyla sürekli doğru ve zamanlı istatistiki bilgilere ihtiyaç duymaktadır. Sağlık sektöründe de aynı şekilde doğru, kapsayıcı ve ihtiyaç duyulan zamanda ihtiyaç duyulan verilerin ortaya konmasını sağlayacak bir bilgi işlem sisteminin

kurulması en önemli reform adımlarından birini oluşturmaktadır.

Aynı zamanda oluşturulacak verimlilik ve performans göstergelerinin takibi de bu sistem ile yapılabilir hale gelecektir. Üretilen sağlık hizmetinin miktarı, niteliği, bu hizmetin kullanımına ait bilgiler ve buna karşılık hizmet sunuculara yapılması gereken ödemeler ancak sağlıklı ve işler bir bilgi işlem sisteminin varlığı ile mümkün olacaktır.

5.10. YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISINA YÖNELİK ÖNERİLER

KKTC sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında oluşacak yeni örgüt yapısının "kamunun örgütlenmesi ile ilgili bir kanuni düzenleme varsa onunla çelişmemesine" özen gösterilmelidir. Tüm bu çalışmalar ile KKTC Sağlık Bakanlığı "nasıl bir sağlık hizmeti sunumuna ulaşmak istiyor ve buna dair rakamsal hedefleri neler" bunlar belirlenmelidir.

Bakanlıkların yapılanmalarında Özel Kalem Müdürlüğü, Bakan Danışmanları ve Denetim Birimi Bakana doğrudan bağlı olabilir.

Müsteşara veya Bakan'a doğrudan bağlı her birimde kapasite oluşturacak, sağlık alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmeleri izleyecek ve kendi ülke şartlarına uygun bir şekilde bunların uygulanmasına öncülük yapacak, sektörler arası ve uluslararası kuruluşlarla işbirliğini sağlayacak, politikaların geliştirilmesine ve değerlendirilmesine katkı verecek bir "Eğitim ve Araştırma Merkezi"nin olarak kurulması da önerilebilir.

Bakanlık Müdürlüğü yerine organizasyonda Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı adı altında bir yapı oluşturulmalı ve Bakanlığın iletişim, insan kaynakları, idarive mali işler gibi bölümleri bu daireye bağlı olmalıdır.

Sağlık Bakanlığına bağlı bir Strateji Geliştirme Başkanlığı oluşturulmalı Bakanlığın stratejik planını hazırlayıp, insan kaynakları ve kapasite planlaması yaparak, izleme ve değerlendirme yapmalıdır. Sağlık hizmetlerinin planlama çalışmaları ve mali disiplinle irtibatlandırılması için “Stratejik Yönetim” uygulamalarına başlanmalıdır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından veri akışını ve depolanmasını sağlayan bir Bilgi İşlem Sistemleri Daire Başkanlığı oluşturulmalıdır. Sağlık sistemindeki kurumların birbiri ile entegre ve ortak olarak kullanabilecekleri bir “Bilgi Sistemi”nin oluşturulması hem daha iyi bir yönetim hem de izleme ve değerlendirme için elzemdir. Bilgi Sistemleri uygulanan politikaların sonuçlarını değerlendirme, yeni politikaları belirleme ve şeffaf yönetim sağlandığı gibi; yeni müdahalelerin geliştirilmesi ve günümüzde geçerli olan kanıta dayalı politika için olmazsa olmaz bir gerekliliktir.

İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı oluşturularak performan yönetimine geçilmeli, hem kurumsal ve hem de bireysel performans uygulamaları bu dairenin altında yapılandırılabilir. Bakanlık organizasyon şemasında yer alan Hemşirelik Hizmetleri Uzmanlığı mesleğe özgü bir yapı olup hemşirelikle ilgili yapı Bakanlık yapılanmasında yer almayıp insan kaynakları adı altında yapılmalıdır. Aksi takdirde her meslek için bir yapı önermek uygun olmayacaktır.

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin organizasyon şemasında görüleceği üzere Daire Başkanına bağlı bir Başhekimlik görülmektedir. Başhekimlik fonksiyonel olarak gerekli olmadığı gibi gereksiz yere bir bürokratik kademe oluşturmaktadır.

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin organizasyon şemasında görüleceği üzere laboratuvarlarla ilgili Mikrobiyoloji, Biyokimya Hematoloji, Talessemi ve Genetik Laboratuvar Şube Amirlikleri tek bir Laboratuvarlar Şube Amirliği diye yapılandırılabilir.

Sağlık hizmetlerinin tamamı bir daire altında birleştirilmeli; sağlık hizmetlerinden Yataklı Tedavi Daire Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı gibi iki farklı dairenin sorumlu olması yerine birinci basamak, ikinci, üçüncü basamak, acil sağlık hizmetleri ve ağız dış sağlığı hizmetlerinin bağlı olduğu Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı kurularak sağlık hizmetlerinin tek merkezden yönetimi sağlanmalıdır.

Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin organizasyon şemasında görüleceği üzere Daire Başkanına bağlı bir Başhekimlik görülmektedir. Başhekimlik fonksiyonel olarak gerekli olmadığı gibi gereksiz yere bir bürokratik kademe oluşturmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, çevre sağlığı ve laboratuvar hizmetlerinin verildiği Halk Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmalıdır. Devlet Laboratuvarları Dairesi bu yapının içerisinde yer alarak halk sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, bulaşıcı hastalıklardan korunma, çevre sağlığını tehdit eden etkenlerle mücadele edilmesi, sağlığın geliştirilmesi için sağlık programları yürütülmesi bu dairenin faaliyetleri içerisinde yer almalıdır.

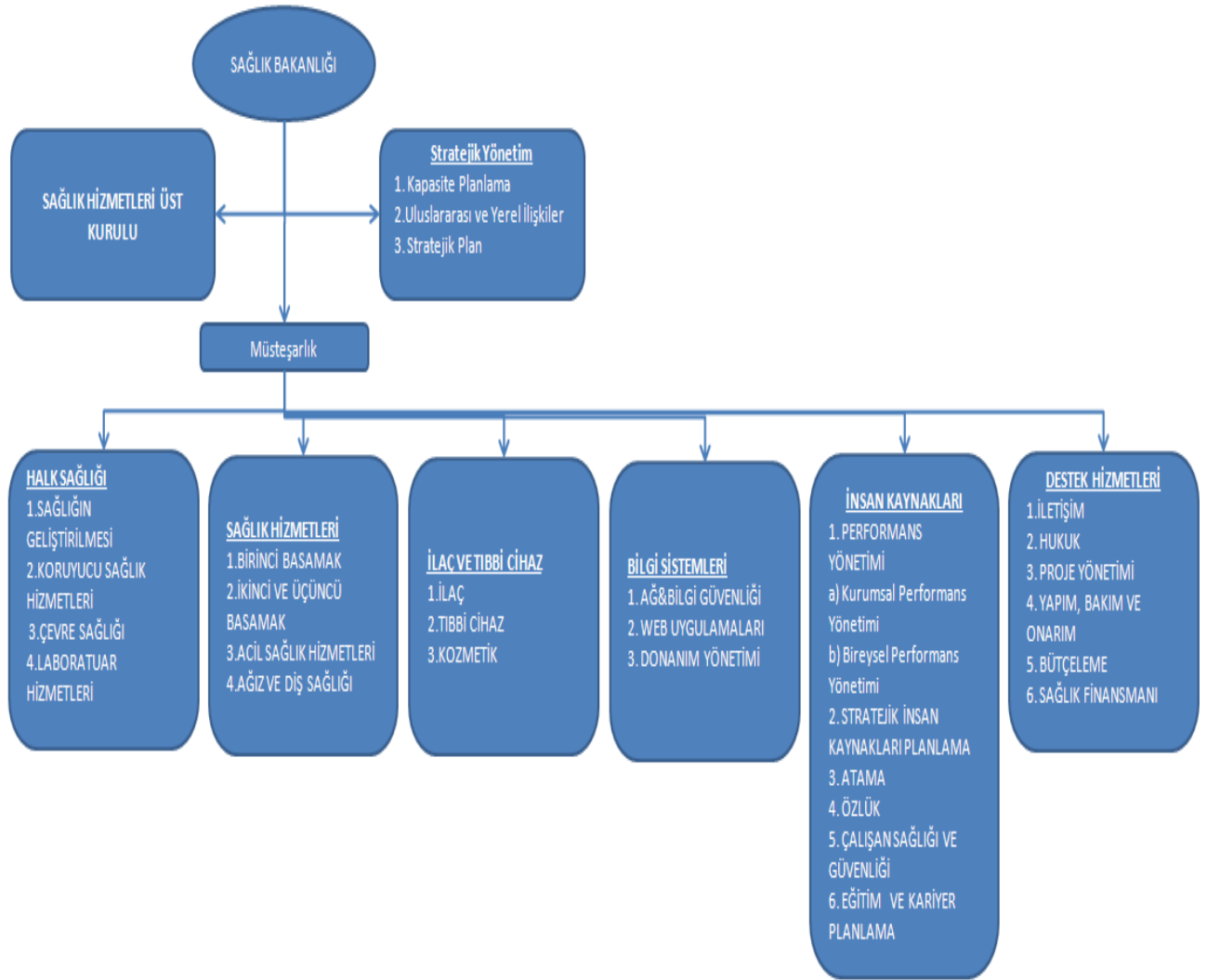
Devlet Laboratuvarları Dairesine bağlı laboratuvarların Türk Standartları Enstitüsü ile birlikte hazırlamış olduğu “TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yeterliliği” standardına göre yapılan Akreditasyon çalışmaları tamamlanmalıdır.

İlaç ve Eczacılık Dairesi yapılanma biçimi bir depo yönetimi tarzında olduğu gözlenmiş, ilaçların ve tıbbi cihazların temini işi ayrılarak Dairenin yapılanması ruhsatlandırma, fiyatlandırma piyasa gözetimi ve denetimi yapacak şekilde İlaç ve Tıbbi

Cihaz Daire Başkanlığı adı altında yapılandırılmalıdır.

Sağlık sigortacılığı hizmetleride analiz edilerek yeniden yapılandırılacak olan sağlık hizmetleri sistemini destekleyen bir yapıya dönüştürülmelidir. Geri ödeme sistemleri için kısa orta ve uzun dönem maliyet incelemeleri için metodoloji geliştirilmelidir. İlaçlar, tıbbi cihazlar ve hastanelere ödemeler için yeni bir sistemin organizasyonda yer alması gerekmektedir.

Şekil 8 KKTC Sağlık Bakanlığı için Önerilen Yapı



DESTEK HİZMETLERİ

1. İLETİŞİM
2. HUKUK
3. PROJE YÖNETİMİ
4. YAPIM, BAKIM VE ONARIM
5. BÜTÇELEME
6. SAĞLIK FİNANSMANI

HALK SAĞLIĞI

1. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ
2. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ
3. ÇEVRE SAĞLIĞI
4. LABORATUAR HİZMETLERİ

İNSAN KAYNAKLARI

1. PERFORMANS YÖNETİMİ
 - a) Kurumsal Performans Yönetimi
 - b) Bireysel Performans Yönetimi
2. STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMA
3. ATAMA
4. ÖZLÜK
5. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
6. EĞİTİM VE KARIYER PLANLAMA

BİLGİ SİSTEMLERİ

1. AĞ&BİLGİ GÜVENLİĞİ
2. WEB UYGULAMALARI
3. DONANIM YÖNETİMİ

STRATEJİK YÖNETİM

1. KAPASİTE PLANLAMA
2. ULUSLARARASI VE YEREL İLİŞKİLER
3. STRATEJİK PLAN

SAĞLIK HİZMETLERİ

1. BİRİNCİ BASAMAK
2. İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK
3. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ
4. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ

1. İLAÇ
2. TIBBİ CİHAZ
3. KOZMETİK

SONUÇ

Raporda ifade ettiğimiz durum tespiti neticesinde KKTC Sağlık Sisteminin Yeniden Yapılandırılması ile ilgili bir çalışmanın profesyonel bir hizmet alınarak yapılması hususu bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Yalnız bu çalışma yapılsın ya da yapılmasın “öncelikle politik kararlılık ortaya konmalı ve bu alana yönelik devlet politikası” belirlenmelidir. Devamında ise yeniden yapılandırma çalışması kapsamında yapılacak olan çalışmaları öncelik ve önemlilik derecesine göre aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

Süreç Analizi Yapılması: Sağlık hizmetlerinin tamamını kapsayacak ve hatta etkileşimde bulunduğu diğer tüm süreçlerin ortaya konduğu bu süreçlerin birbirleriyle etkileşimlerinin tanımlandığı (analizlerinin) bir yapının oluşturulması elzemdir. Bu analizler bize hangi yapıların desteklenmesi gerektiğini, hangi yapıların da yalınlaştırılması gerektiğini gösterecek ve değişim programının da eksenini belirleyecektir.

Performans Sistemine Geçiş: Tüm sistem, "kurumsal ve bireysel performans yönetimi ve indikatörleri" oluşturularak bireysel performans sisteminin de oluşturulması göz önünde bulundurularak performans yönetimi yaklaşımına uygun olarak yapılmalıdır.

İnsan Kaynakları Yönetim Sisteminin Oluşturulması: İnsan Kaynakları Politikası belirlenerek “İnsan Kaynakları Yönetim Sisteminin kurulması” gerekmektedir. Stratejik insan kaynakları planlaması yapılarak "ücretlendirme ve özlük haklarında" iyileştirme yapılmalıdır.

Tıp Turizmine Yönelik Kurumsal Yapılanma Oluşturulması: İklimi ve konumu düşünülerek tıp turizmine(yaşlı bakım merkezleri, plastik cerrahi merkezleri, tüp bebek merkezleri vb.) yönelik bir strateji ve alt yapı oluşturulmalıdır.

Bilgi Sistemleri Alt Yapısının Oluşturulması: Bilgi teknolojileri alt yapısı güçlendirilerek analize imkan veren bilgi sistemleri programı oluşturulmalı; merkez yapıdan taşraya, taşra yapılarından merkez yapıya iki taraflı analiz yapacak şekilde planlamalıdır.

Diğer Kurumlarla İlişkili Süreçlerin Tanımlanması: Maliye ile Sağlık Bakanlığının yetki ve sorumluluk alanı yeniden tanımlanmalı; sağlık sistemi ile ilgili sorumluluğu alan yetkiyi de almalıdır.

Tüm bu çalışmalar için öngörü simülasyonlarına dayalı "risk analizleri yapılarak sürecin risk yönetimi programı" hazırlanmalıdır. Bu kapsamda, sistemin tüm bileşenlerinin toplam verimlilik alt yapısının tasarımının toplam verimlilik yaklaşımına uygun olarak yapılması gerekmektedir.

Tablo 10 Sonuç Çerçevesi ve İzleme

Sonuçlar	Sonuç Göstergeleri	Evre I(2013-2015)	Evre II (2015-2018)
Daha Etkin Yönetim için Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması	Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırıldı.	Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması için mevzuat çalışmaları	Yeni bir Sağlık Bakanlığı kurumsal modeli çalışmaları
Sağlık Hizmet Sunumunun yeniden organize edilmesi/düzenlenmesi	1.Aile hekimliği modeli tanımlandı ve uygulandı 2.İdari ve mali yönden özerk hastane modeli geliştirildi 3.Etkin sevk sistemi kuruldu. 4.Toplum sağlığının iyileştirilmesi için sağlığın teşviki sağlandı	1.Aile hekimliği uygulaması için mevzuat çalışmaları 2.İdari ve mali yönden özerk hastane modeli için mevzuat çalışmaları	1.Temel sağlık hizmetleri için aile hekimliği kurumsal model uygulaması 2.Hastanelerin idari ve mali özerkliği uygulaması 3.Sevk sistemi kurulması
İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi	İnsan kaynakları programı geliştirilmiş ve performansa dayalı ödeme sistemi uygulanmakta	Personel Dağılım Cetvellerinin hazırlanması ve performansa dayalı ödeme sistemi geliştirilmesi	Yeni bir insan kaynakları politikası ve performans programı geliştirilmesi
Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasite Oluşumu	Genel Sağlık Sigortası kurulmuştur.	Genel Sağlık Sigortası için mevzuat çalışmaları	Genel Sağlık Sigortasının kurulmasında yeni kurumsal temeller
Sağlık ve Sosyal Güvenliğe ilişkin bilgi altyapısının oluşturulması	Yeni geliştirilen sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sistemleri başarıyla denenmiştir/test edilmiştir.	Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin oluşturulması için tasarım çalışmaları	Yeni bir sağlık ve sosyal güvenlik bilgi platformu uygulaması

EKLER:

I. SAĞLIK BAKANLIĞI FONKSİYONEL ANALİZİ

Bu bölümde Sağlık Bakanlığı ve alt kuruluşlarının yürüttükleri fonksiyonlar irdelenecek olup, fonksiyonların ifası açısından değerlendirmeler yapılacaktır. Bu sayede halihazırda yürütülmekte olan idari ve sağlıkla ilgili fonksiyonların açık ve net olarak ortaya konması sağlanacaktır.

İşletme yönetimi, “insanların gruplar halinde birlikte çalışarak seçilmiş amaçları verimli bir şekilde gerçekleştirecekleri bir ortamın oluşturulması ve sürdürülmesi sürecidir”³¹ şeklinde tanımlanmaktadır. Bu süreci işler hale getirebilmek için ise bir takım fonksiyonların yürütülmesi gerekmektedir. Hastaneler de toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üretmek amacıyla kurulmuş işletmelerdir. Temel işletme fonksiyonları şöyle sıralanabilir³²:

Amaçlara etkili ve verimli bir şekilde ulaşmak üzere yerine getirilmesi gereken fonksiyonlar;

- Yönetim
- Üretim
- Pazarlama
- Finansman
- İnsan Kaynakları
- Muhasebe
- Halkla İlişkiler
- Araştırma ve geliştirme

Fonksiyonel bazda bir işletme yönetimi tanımlı yapmak gerekirse; amaçlara etkili ve verimli bir şekilde ulaşmak üzere planlama, örgütlenme, yöneltme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarının yerine getirilmesidir. Bu tanımlardan hareketle KKTC Odak çalışmasında, sağlık sektörü için kullanılacak olan fonksiyonları şöyle gruplayabiliriz:

F1. Politika yapımına ilişkin fonksiyonlar:

- Stratejik planlama,
- Mevzuat oluşturma,
- Öncelik belirleme

³¹Koontz and Weihrich, Management (1988), s.4

³² Prof.Dr.İsmet Mucuk, Modern İşletmecilik (2003), s.35-36

- Norm ve standart oluşturma,
- Politika analizi
- Değerlendirme,
- Öngörü

F.2. Hizmet sunumuna ilişkin fonksiyonlar:

- F.2.1. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ile, Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve sunumu
- F.2.2. Afet ve diğer özel haller
- F.2.3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve sunumu
- F.2.4. Tıbbi malzeme ve ilaçların temini
- F.2.5. Biyolojik, mikrobiyolojik, kimyasal ve diğer analizlerin yapılması
- F.2.6. Diğer sağlık hizmetlerinin sunumu

F.3. Düzenleyici-denetleyici fonksiyonlar:

- F.3.1. lisanslama, ruhsatlama, sertifikalama
- F.3.2. teftiş,
- F.3.3. denetim, mali denetim

F.4. Koordinasyon:

- F.4.1. süpervizyon
- F.4.2. performans izlemeye ilişkin fonksiyonlar.

F.5. Destek Fonksiyonları:

- F.5.1. finansal yönetim,
- F.5.2. insan kaynakları yönetimi,
- F.5.3. Sağlık bilgi sistemi ve veri toplama-değerlendirme
- F.5.4. hizmet içi eğitim,
- F.5.5. iç denetim,
- F.5.6. sekreterlik,
- F.5.7. Araştırma-geliştirme
- F.5.8. diğer idari işler.

KKTC’de Sağlık Bakanlığı Daireler halinde örgütlenmiş olup, analiz çalışmaları bu Daire Müdürlükleri kapsamında gerçekleştirilecektir.

i. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin Fonksiyonel Analizi

Mevcut yapıda Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, yataklı tedavi hizmetlerinde tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermek ve bu hizmetleri personel ve araç gereç yönünden en üst düzeye çıkarmak amacıyla kurulmuştur.

Tabi olduğu yasal mevzuat aşağıda sıralanmıştır:

- 13 Ekim, 1989 tarih ve 56/89 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi (Kuruluş, Görev ve Çalışma Esasları) Yasası,
- 03 Nisan, 1996 tarih ve 333 sayılı Sağlık Kurulları Tüzüğü ve 16 Eylül, 1999 tarih ve 115 sayılı Sağlık Kurulları (Değişiklik) Tüzüğü,
- 18 Mart, 1991 tarih ve 133 sayılı Asistanlık Tüzüğü,
- 07 Ağustos, 1969 tarih ve 69 sayılı 1969, Hastaneleri Kontrol Kuralı,
- 15 Eylül, 1969 tarih ve 8 sayılı 1969 Hastaneler Yönetmeliği,
- 01 Ocak, 1999-31 Aralık, 2000 tarihleri arasında geçerli olan Toplu İş Sözleşmesi.

Dairenin temel olarak yürüttüğü fonksiyonlar ise şöyledir:

- YTK.1. Yataklı tedavi hizmetlerinin yönetsel, parasal ve bilimsel her türlü işlerini düzenlenmek, yürütmek ve denetlemek;
- YTK.2. İkinci basamak tedavi hizmetlerini en iyi biçimde yürütmek;
- YTK.3. Hastanelerin teşhis, tedavi, bakım ve rehabilite edici hizmetleriyle ilgili plan, program, personel, yatak, ilaç, aygıt ve araç-gereç konuları ile diğer tüm sorunların çözümünde, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü ve Devlet Laboratuvarı Müdürlüğü ile işbirliği yapmak;
- YTK.4. Temel sağlık birimlerini, birinci basamak hasta tedavisinde ve laboratuvar hizmetlerinde desteklemek;
- YTK.5. Tıbbi istatistikleri tutmak, düzenlemek ve aylık olarak Bakanlığa göndermek;
- YTK.6. Yataklı tedavi hizmetleri personelinin hizmet içi eğitimini düzenlemek;

- YTK.7. Yeni servislerin açılması ile ilgili projeleri hazırlamak ve Bakanlığa sunmak;
- YTK.8. Sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde yaşayan fakir, kimsesiz ve bakılmaya muhtaç yaşlılarla kronik hastalığı olanlara hizmet vermektir.

Tablo 11. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin Fonksiyon Analizi

Fonksiyon Kodu	Fonksiyonun Kategorisi	Örtüşme	Eksik kalan	Misyon açısından gerekli-gereksiz
YTK.1.	F1.,F.3.3., F.5.1, F.5.7.	-	-	+
YTK.2.	F.2.3., F.2.4., F.2.6	+	-	+
YTK.3.	F.1., F.2.3., F.2.4	-	-	-
YTK.4.	F.2.1., F.2.4.,	+	-	-
YTK.5.	F.5.3.	-	-	+
YTK.6.	F.5.4.	-	-	+
YTK.7.	F.1., F.2.4.	-	-	+
YTK.8.	F.2.3., F.2.4., F.2.6.	-	-	+

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesinin fonksiyon analizi tablosuna bakıldığında;

- YTK3.Hastanelerin teşhis, tedavi, bakım ve rehabilite edici hizmetleriyle ilgili plan, program, personel, yatak, ilaç, aygıt ve araç-gereç konuları ile diğer tüm sorunların çözümünde, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü ve Devlet Laboratuvarı Müdürlüğü ile işbirliği yapmak;
- YTK.4. Temel sağlık birimlerini, birinci basamak hasta tedavisinde ve laboratuvar hizmetlerinde desteklemek;

görevlerinde örtüşme var olduğu görülmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi tarafından yerine getirilmesi gereken görevlerden yukarıda sayılanlar, fonksiyonel örtüşme oluşturacak şekilde Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi tarafından gerçekleştirilmektedir.

Tedavi esnasında reçetelenen ilaçların yine hastane bünyesinde kurulu olan birimler tarafından karşılanması da bir örtüşme meydana getirmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi tarafından yerine getirilmesi gereken ve yukarıda sayılan bu iki faaliyet dışındaki tüm görevler, Dairenin misyonu açısından gereklidir.

Doğal afetler ve diğer özel haller için yapılacaklar konusunda herhangi bir görev dağıtımının yapılmadığı görülmektedir.

Hastanelerden veri akışını ve depolanmasını sağlayan ve Başkanlık altında organize

edilmemiş bir Bilgi İşlem Merkezinin olmaması, Dairenin bir eksikliği olarak görülebilir.

ii. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin Fonksiyonel Analizi

Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini topluma sunmak amacıyla kurulmuştur. Tabi olduğu yasal çerçeve şöyledir:

- 1- Tıp ve Kimya Laboratuvarları Yasası,
- 2- Diş Teknisyenleri Görev ve Çalışma Esasları Yasası,
- 3- Özel Hastane, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayenehaneler (Denetim) Yasası,
- 4- Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi (Kuruluş, Görev ve Çalışma Esasları) Yasası,
- 5- Gece Kulüpleri ve Benzeri Eğlence Yerleri Yasası,
- 6- Toplu Taşımacılık Yapılan Araçlarda ve Kapalı yerlerde Tütün ve Tütün Mamullerinin İçiminin Yasaklanması ve Sınırlandırılması Yasası,
- 7- Besin ve İlaç Satış Yasası,
- 8- Karantina Yasası,
- 9- Kamu Sağlığı Yasası (Sıtma ile mücadele),
- 10- Kamu Sağlığı Köyler Yasası

Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin temel görevleri aşağıdaki gibidir:

- TSH.1 Temel Sağlık Hizmetleri ile ilk basamak tedavi hizmetlerini planlamak, yürütmek ve denetlemek,
- TSH.2 Sağlık Merkezleri ile sağlık evlerinin (sağlık ocağı) etkin ve verimli bir biçimde hizmet sunmasını sağlamak, ilk basamak hasta tedavi hizmetlerinin düzenlemek ve denetlemek,
- TSH.3 Tarama (verem-kanser) ve erken tanı hizmetleri ile acil ve ilkyardım hizmetlerini ve hasta sevki ve izlenmesi ile ilgili hizmetleri planlamak, düzenlemek ve yürütmek,
- TSH.4 Sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş ve aşı uygulama hizmetlerini yaygınlaştırmak, geliştirmek ve düzenli bir şekilde yürütülmesini sağlamak, izlemek ve denetlemek,
- TSH.5 Deniz ve hava limanlarında gerekli sağlık işlerinin yürütülmesini sağlamak,
- TSH.6 Çevre Sağlığı ve atıklar, gıda sağlığı, temiz su, iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hizmetleri planlamak, uygulanmasını gözetlemek ve denetlemek,

- TSH.7 Ana-Çocuk sağlığı ve okul sağlığı ile ilgili hizmetleri düzenlemek, yaygınlaştırmak, geliştirmek ve yürütmek,
- TSH.8 Sağlık eğitimi ile ilgili hizmetleri planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- TSH.9 Özel Sağlık tedavi kuruluşlarının açılmalarına izin vermek, ruhsatlandırmak ve bu kuruluşları denetlemek,

Tablo 12. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin Fonksiyon Analizi

Fonksiyon Kodu	Fonksiyonun Kategorisi	Örtüşme	Eksik kalan	Misyon açısından gerekli-gereksiz
TSH.1	F.1., F.2.1., F.3.3.	-	-	+
TSH.2	F.1., F.2.1. F.3.3.	-	-	+
TSH.3	F.1., F.2.1.	-	-	+
TSH.4	F.1., F.2.1., F.3.3.	-	-	+
TSH.5	F.2.1., F.2.6.	-	-	+
TSH.6	F.2.1., F.3.3.	-	-	+
TSH.7	F.2.1.	-	-	+
TSH.8	F.2.5.		-	+
TSH.9	F.3.1., F.3.2., F.3.3.	+		

Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin fonksiyon analizi tablosuna bakıldığında;

- TSH.9 Özel Sağlık tedavi kuruluşlarının açılmalarına izin vermek, ruhsatlandırmak ve bu kuruluşları denetlemek,

Görevinde örtüşme olduğu görülmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinin ana görevleri arasında yer almayan özel sağlık tedavi kuruluşlarının açılış ve denetimi ile ilgili fonksiyonlar bu Başkanlık altında yürütülmektedir. Örtüşmeyi ortan kaldırmak için ifadenin sadece birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapacak olan özel sağlık tesisleri ile sınırlandırılması faydalı olacaktır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarından veri akışını ve depolanmasını sağlayan ve Başkanlık altında organize edilmemiş bir Bilgi İşlem Merkezinin olmaması, Dairenin bir

eksikliği olarak görülebilir.

iii. İlaç ve Eczacılık Dairesi Fonksiyonel Analizi

1988 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir birim olarak faaliyete başlayan İlaç ve Eczacılık Dairesi, halen Müdürlük ve Müdürlüğe bağlı Genel Ecza Deposundan oluşmaktadır.

Daire şu mevzuat hükümleri çerçevesinde çalışmalarını sürdürmektedir:

- Fasil 254 Eczacılık ve Zehirler Yasası,
- Sağlık Kurumları Ücretler Tarifesi Tüzüğü,
- İlaç Üretimi, Ruhsatı ve Tescili ile ilgili Tüzük
- Adli Eczacılık Tüzüğü.

Belirtilen yasa ve tüzüklere bağlı olarak oluşturulan kurullar ise:

- Eczacılık ve Zehirler Kurulu,
- İlaç Ruhsatlandırma Kurulu,
- İlaç Üretim Yeri Ruhsatlandırma Kuruludur.

Dairenin Faaliyetleri:

- İED.1 Tüm sağlık servislerinde kullanılacak olan ilaç, laboratuvar malzemesi, tıbbi malzeme, anjio, dişçilik ve hemodiyaliz malzemelerinin temini
- İED.2 Eczane, ecza deposu ve ilaç üretim tesislerini kontrol etmek; eczacı, eczane, ecza deposu ve üretim tesislerinin kayıt edilmesi ile kayıtların silinmesi işlemlerini gerçekleştirmek
- İED.3 KKTC'de üretilen ilaçların ruhsatlandırılması, üretilen veya ithal edilen ilaçların kalite kontrol analizleri için Devlet Laboratuvarı'na gönderilmesi, ithal edilecek tüm ilaç, tıbbi malzeme ve laboratuvar malzemesi için İthal Ön İzin Belgesi düzenlenmesi, Rum Kesimi'nden temin edilecek ilaçlar için Kızılhaç vasıtası ile getirilmesinin sağlanması

Tablo 13 İlaç ve Eczacılık Dairesi Fonksiyon Analizi

Fonksiyon Kodu	Fonksiyonun Kategorisi	Örtüşme	Eksik kalan	Misyon açısından gerekli-gereksiz
İED.1	F.2.4.	-	-	+
İED.2	F.3.1., F.3.2.	-	-	+
İED.3	F.3.1.	-	-	+

İlaç ve Eczacılık Dairesinin fonksiyon analizinde diğer daire ve kurumlarla herhangi bir örtüşme olmadığı görülmektedir. Sahip olunan insan kaynağının durumu, verilen ruhsatların, kalite kontrol çalışmalarının uluslararası norm ve standartlara uygunluğu, yapılan analizlerin tutarlılığı gibi konularda elde edilecek bilgilere göre analizin daha da derinleştirilmesi mümkündür.

iv. Devlet Laboratuvarı Dairesi Başkanlığı Fonksiyonel Analizi

KKTC’de yürürlükte olan mevzuata uygun olarak her çeşit ham ve mamül maddelerin kalite kontrol analizlerini, adli kimya analizlerini, pestisit kalıntı analizlerini, besin ve suların kalite kontrol analizlerini besin ve çevre maddelerinde radyasyon tayini ve tesbitlerini, çevre kirliliğine neden olan maddelerin analizlerini ve tıbbi analizler dışında her türlü kalitatif ve kantitatif kimyasal analizleri yaparak yürürlükteki mevzuat uyarınca dışalım ve dışsatım için gerekli sağlık, kalite ve radyasyon sertifikalarını düzenler.

Tabi olduğu yasal mevzuat aşağıda sıralanmıştır:

- Devlet Laboratuvarı (Kuruluş, Görev ve Çalışma esasları) Yasası Sayı 82/1991.
- Devlet Laboratuvarı Analiz Ücretleri (Değişiklik) Emirnamesi: Karar No: E-1422-9B// 12.8.9 B.
- 1977 Mal ve Hizmetler düzenleme ve Denetim Yasası (Analizler açısından) Sayı:21 tarih:8/4/1977.
- KKTC Besin Maddeleri Tüzüğü (Analizler açısından) Sayı: 322 Tarih: 25/6/1985.
- Besin Katkı Maddeleri Tüzüğü (Analizler açısından) Sayı:105 Tarih: 18/11/1986.
- Tarımsal İlaçlar Yasası ve Kalıntı Tüzüğü (Analizler açısından) Sayı: 64/1987.

Başkanlığın başlıca faaliyetleri şöyledir:

- DLD.1 Her türlü ilaç ve ilaç girdi maddelerinin kalite kontrol ve analizlerini yapmak.
Sanayi girdi maddeleri ile sanayi ürünlerinin kalite kontrol ve kimyasal analizlerini yapmak. Kimyasal gübreler, kozmetikler ve çeşitli temizlik maddelerinin (Sabun, deterjan ve benzeri) analizlerini yapmak.
- DLD.2 Uyuşturucu maddelerin analizlerini yapmak; Toksikolojik analizleri yapmak; Post mortem (Otopsi) örneklerinin analizlerini yapmak; Kriminal olaylarda emareler ve örnekler üzerindeki kan ve meni lekelerinin saptanmasını ve grup tayinini yapmak. İlgili resmi kuruluşlar ve gerektiğinde özel ve tüzel kişi ile kuruluşlarca yapılan başvuruları cevaplandırıp çeşitli adli kimya-fen konularında analizler yapmak, görüş ve önerilerini içeren raporları düzenlemek ve yapılan analizlerle ilgili istatistikler tutmak.
- DLD.3 Her türlü besin maddeleri ile herhangi bir işlemde geçmiş hazır besinlerin ve bunların yapımında kullanılan girdi maddeleri ve katkı maddelerinin Kimyasal analizlerini yapmak; İçme ve kullanma sularının kimyasal analizlerini yapmak; Her türlü hayvan yemi ve bunların girdi maddelerinin analizlerini yapmak.
- DLD.4 Besinlerin, suların, kozmetiklerin ve ilaçların mikrobiyolojik analizlerini yapmak; Devlet Laboratuvarına kalite kontrol için gönderilen örneklerde gereksinim duyulan her türlü mikrobiyolojik analizleri yapmak; İlaçların projenite, sterilite ve toksisite deneylerini yapmak.
- DLD.5 Besinlerde, hayvan yemlerinde ve diğer maddelerde pestisit kalıntı analizlerini yapmak; Besinlerde hormon ve büyümeyi düzenleyici maddelerin kalıntı analizlerini yapmak. Tarımsal ilaçların formülasyon analizlerini yapmak.
- DLD.6 Besin ve çevre maddelerinde radyasyon tayin ve tespitlerini yapmak; Çevre taramaları yaparak ülkemiz tabii fonradyoaktivite miktarlarını saptamak ve radyasyon haritalarını hazırlamak. Radyasyon erken uyarı sistemini çalıştırmak ve denetlemek. Havada, suda ve toprakta çevre kirliliği yapabilecek etkenleri analizlerle saptamak. Atık suların her türlü analizlerini yapmak.
- DLD.7 Analiz raporlarını usulüne göre düzenlemek ve istatistikler tutmak ve Analiz bulgularına göre örneklerin sağlık ve kalite yönünden mevzuata ve

standartlara uygun olup olmadığını saptamaktır.³³

Tablo 14. Devlet Laboratuvarı Dairesi Başkanlığı Fonksiyon Analizi

Fonksiyon Kodu	Fonksiyonun Kategorisi	Örtüşme	Eksik kalan	Misyon açısından gerekli-gereksiz
DLD.1	F.2.5.	-	-	+
DLD.2	F.2.5., F.5.3.	-	-	+
DLD.3	F.2.5.	-	-	+
DLD.4	F.2.5.	-	-	+
DLD.5	F.2.5.	-	-	+
DLD.6	F.2.5.	-	-	+
DLD.7	F.2.5., F.5.3	-	-	+

Devlet laboratuvarı Dairesinin fonksiyonel analizi, herhangi bir örtüşme olmadığını göstermektedir. Ancak Dairenin mevcut tıbbi cihaz ve ekipmanının teknolojik durumu ve ihtiyaçları karşılama derecesi hakkında elde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ulusal ve uluslararası norm ve standartlara uygunluk, referans laboratuvar olma durumu gibi açılardan analiz elde edilecek bilgilere göre daha da derinleştirilebilir.

II.FONKSİYON TESTLERİ

KKTC Fonksiyonel-Kurumsal Gözden Geçirme Projesi'nin (KKTC-FOKUS) alt bileşenlerinden biri olan KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyonel ve Kurumsal Analiz Çalışması, Bakanlığın sahip olduğu her bir fonksiyon için yapılacak olan “fonksiyon testini” de içermektedir. Bu bölümde, yukarıda değinilen fonksiyonların, çalışmanın İş Tanımında belirtilen fonksiyon testi tablosu ile değerlendirilmesi yapılacaktır.

Tablo 15. KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 1

Fonksiyonun kategorisi: F1. Politika yapımına ilişkin fonksiyonlar:
• Stratejik planlama, • Mevzuat oluşturma, • Öncelik belirleme

³³ KKTC Sağlık Bakanlığı web sitesi, <http://www.saglikbakanligi.com/>

• Norm ve standart oluşturma, • Politika analizi • Değerlendirme, • Öngörü			
Fonksiyonun sektörü: Sağlık Bakanlığı			
sıra no:	Soru	E/H	Gerekçelendirme/Açıklama
1	Bu fonksiyon kamu güvenliği ve savunma için gerekli midir? * Devletin bağımsızlığını korumak için gerekli mi? * Kamu güvenliği için gerekli mi? * Kamu varlıklarını (taşınır taşınmaz) korumak için gerekli mi? * Ekonomiyi canlandırmak veya korumak için gerekli mi? * Yaşam kalitesini artırmak veya muhafaza etmek için gerekli mi? * Sosyal Güvenlik, hizmet ve yardım sağlamak için gerekli mi?	E E E E E E	KKTC halkının sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması yönünde çabaları destekleyici ve geliştirici bir fonksiyondur. Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde planlanması, geleceğe yönelik stratejilerin belirlenmesi, hedef belirleme ve bu hedeflerin elde edilebilmesi için gerekenlerin uygulanması açısından gerekli yönetsel karar alma ve politika oluşturma faaliyetlerini kapsamaktadır.
2	Bu fonksiyon Bakanlığın kuruluş amaçlarına hizmet ediyor mu?	E	Sağlık Bakanlığının misyonu ve vizyonu gereği bu fonksiyonun yerine getirilmesi kaçınılmazdır.

	* Hangi amaçlarına hizmet ediyor * Doğrudan mı dolaylı olarak mı hizmet ediyor * Katkısını ölçmek mümkün mü-mümkünse ne kadar		Bu açıdan, fonksiyon Sağlık Bakanlığının kuruluş amaçlarına doğrudan hizmet etmektedir.
3	Sizce bu fonksiyon için halktan veya özel sektörden bir talep var mı? *Evet ise kim(ler)den belirleyiniz * Evet ise nasıl anlaşılıyor?	E	Toplumun sağlık sorunlarını çözmek ve sağlık statüsünü yükseltmek amacıyla vatandaşların sağlık hizmeti talebinin karşılanması gerekmektedir.
4	Bu fonksiyonun arzında tekel durumu söz konusu mu? *Sektörde başka hizmet sunan var mı? *Oluşturulabilir mi? Kamu bu fonksiyonu sağlamak zorunda mı? *Özel sektör bu fonksiyonu yerine getirebilir mi? * Regülasyon'a gerek var mı?	H E H E	Bu fonksiyon kamu otoritesi tarafından yerine getirilmekte olan bir fonksiyondur. Sağlık Bakanlığı üst düzey karar alma organlarınca alınan ve hayata geçirilen politikaları içerir.
5	Bu fonksiyon kamu yararına hanel gelmeden ortadan kaldırılabilir mi?	H	Sağlık hizmetlerinin sunumu ve vatandaşın talebinin karşılanması için vazgeçilemeyecek bir fonksiyondur.
6	Bu fonksiyonun yerine getirilmesi için başka kamu kuruluşları katkı	E	Sosyal sektörde faaliyet gösteren diğer kamu

	yapıyor mu? *Bu fonksiyonlar tek bir kurum altında birleştirilebilir mi? *Diğer katkı yapan kuruluşlara devredilebilir mi?	E H	kurumların sağlık hizmetlerinin yönetimine ilişkin karar alma süreçlerine etkisi bulunmaktadır. Kamu finansmanın sağlayan kurumlar, sosyal güvenlik kurumları, planlama ve denetleme kurumları, vs.
7	Bu fonksiyon Anayasa, yasalar veya uluslar arası anlaşmalarca zorunlu kılınmış mı?	E	KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.
8	Bu hizmet veya fonksiyon fiyatlanabilir mi ? * Kamu Malı niteliği var mı? * Siyaseten yapılabilir mi? * Fiyatlama gelir dağılımını çok olumsuz etkiler mi?	E E E	Sağlık hizmetleri tüm toplumun ihtiyacı olan ertelenemez ve vazgeçilemez ihtiyaçlardır. Objektif kriterlerden hareket ederek ve sosyal dengeler göz önünde tutularak yapılacak bir fiyatlama politikası gerçekleştirilebilir. Ancak gelir düzeyi düşük ve sosyal desteğe muhtaç nüfus gruplarının özelliklerine dikkat edilmelidir.

9	Bu fonksiyon niceliksel olarak azaltılabilir mi? * Üretimin/sunumunu azaltmada ciddi riskler var mı? Ne? *Fonksiyonun belli bölümleri kaldırılabilir mi? *Fonksiyon daha etkin sağlanabilir mi? Nasıl?	E H E	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde tek elden planlanması ve yönetilmesi için bu fonksiyonun güçsüzleştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir.
10	Bu fonksiyon yerel yönetimlere veya ilgili kuruluşlara devredilebilir mi? * Bu hizmete veya fonksiyona erişimi iyileştirir mi? * Hizmetle ilgili memnuniyet bu durumda artar mı? * Hizmet veya fonksiyon kamuya daha az maliyetli olur mu?	H	Ülke genelinde ortak bir politikanın oluşturulması, ortak hedeflerin yine ortak faaliyetlerle başarılmasını teminen bu fonksiyonun kamunun üst düzey organlarınca yerine getirilmesi gereklidir. Ancak uygulama esnasında yetli devri ile faaliyetlerin daha koordineli bir halde yürütülmesini sağlamak amacıyla yerel yönetimlerle ortaklaşa çalışmalar yürütülebilir.
11	Bu Fonksiyon (veya hizmet) başka bir fonksiyonla birleştirilebilir mi? * Bu tasarrufu artırır mı? Ne şekilde? *Kaliteyi artırır mı? Ne şekilde?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde tek elden planlanması ve yönetilmesi için bu fonksiyonun Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi gereklidir.

12	Bu fonksiyon KİT'lere devredilebilir mi? * Kar amaçlı bir fonksiyon mu? * Kamu tarafından fiyat desteğine gerek var mı? *Fiyatı Maliyetini karşılar mı?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde tek elden planlanması ve yönetilmesi için bu fonksiyonun Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi gereklidir.
	ÖNERİLER		
	Fonksiyonu başka bir kamu idaresine transfer et	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde tek elden planlanması ve yönetilmesi için bu fonksiyonun Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi gereklidir.
	Fonksiyonu rasyonalize et Başka bir fonksiyonla birleştir Aynı kuruluş içinde başka bir birime / düzeye transfer et	H	Fonksiyon mevcut yapı (Sağlık Bakanlığı) tarafından yerine getirilmelidir.
	Fonksiyonun ölçeğini daralt	H	Fonksiyonun tam olarak ifası için tüm bileşenleri ile birlikte yürütülmelidir.
	Fonksiyonu yerelleştir		Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde tek elden planlanması ve yönetilmesi için bu fonksiyonun Sağlık Bakanlığı tarafından yerine

		H	getirilmesi gereklidir.
	Fonksiyonu ortadan kaldır	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle ortadan kaldırılamaz niteliktedir.
	Fonksiyonu kamu sektörü dışında şirketlere / STK'lara transfer et	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu eli ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu KİT'e devret	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu eli ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu olduğu gibi bırak	E	Fonksiyon mevcut yapının liderlik ve yönetim yetenekleri açısından daha da güçlendirilerek aynı kurum tarafından yürütülmelidir.

Tablo 16. KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 2

Fonksiyonun kategorisi: F.2. Hizmet sunumuna ilişkin fonksiyonlar:			
• F.2.1. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ile, Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve sunumu • F.2.2. Afet ve diğer özel haller • F.2.3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve sunumu • F.2.4. Tıbbi malzeme ve ilaçların temini • F.2.5. Biyolojik, mikrobiyolojik, kimyasal ve diğer analizlerin yapılması • F.2.6. Diğer sağlık hizmetlerinin sunumu			
Fonksiyonun sektörü: Sağlık Bakanlığı			
Sıra no:	Soru	E/H	Gerekçelendirme/Açıklama
1	Bu fonksiyon kamu güvenliği ve savunma için gerekli midir? * Devletin bağımsızlığını korumak için gerekli mi? * Kamu güvenliği için gerekli mi? * Kamu varlıklarını (taşınır taşınmaz) korumak için gerekli mi? * Ekonomiyi canlandırmak veya korumak için gerekli mi? * Yaşam kalitesini artırmak veya muhafaza etmek için gerekli mi? * Sosyal Güvenlik, hizmet ve yardım sağlamak için gerekli mi?	E E E E E E	KKTC halkının sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin planlanmasını, organize edilmesini, desteklenmesini, sunumunu ve kontrol edilmesini kapsamaktadır.

2	Bu fonksiyon Bakanlığın kuruluş amaçlarına hizmet ediyor mu? * Hangi amaçlarına hizmet ediyor * Doğrudan mı dolaylı olarak mı hizmet ediyor * Katkısını ölçmek mümkün mü-mümkünse ne kadar	E	Sağlık Bakanlığının misyonu ve vizyonu gereği bu fonksiyonun yerine getirilmesi kaçınılmazdır. Bu açıdan, fonksiyon Sağlık Bakanlığının kuruluş amaçlarına doğrudan hizmet etmektedir.
3	Sizce bu fonksiyon için halktan veya özel sektörden bir talep var mı? *Evet ise kim(ler)den belirleyiniz * Evet ise nasıl anlaşılıyor?	E	Toplumun sağlık sorunlarını çözmek ve sağlık statüsünü yükseltmek amacıyla vatandaşların sağlık hizmeti talebinin karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle tüm basamaklardaki hizmetlerin ve bu hizmetlerin gereklerinin uygun şekilde gerçekleşmesini sağlayacak tedbirlerin alınması gerekmektedir.
4	Bu fonksiyonun arzında tekel durumu söz konusu mu? *Sektörde başka hizmet sunan var mı? *Oluşturulabilir mi? Kamu bu fonksiyonu sağlamak	H E	Bu fonksiyon hem kamu hem de özel hizmet sunucuları tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık hizmetleri sunum sisteminin gerekli yasal mevzuat ile norm ve standart birliği açısından düzenlemesi gereklidir.

	zorunda mı? *Özel sektör bu fonksiyonu yerine getirebilir mi? * Regülasyon’a gerek var mı?	H E	
5	Bu fonksiyon kamu yararına hanel gelmeden ortadan kaldırılabilir mi?	H	Sağlık hizmetlerinin sunumu ve vatandaşın talebinin karşılanması için vazgeçilemeyecek bir fonksiyondur.
6	Bu fonksiyonun yerine getirilmesi için başka kamu kuruluşları katkı yapıyor mu? *Bu fonksiyonlar tek bir kurum altında birleştirilebilir mi? *Diğer katkı yapan kuruluşlara devredilebilir mi?	E E H	Sosyal sektörde faaliyet gösteren diğer kamu kurumlarının sağlık hizmetlerinin sunum süreçlerine etkisi bulunmaktadır. Kamu finansmanın sağlayan kurumlar, sosyal güvenlik kurumları, planlama ve denetleme kurumları, vs.
7	Bu fonksiyon Anayasa, yasalar veya uluslar arası anlaşmalarca zorunlu kılınmış mı?	E	KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.
8	Bu hizmet veya fonksiyon fiyatlanabilir mi ?		Sağlık hizmetleri tüm toplumun ihtiyacı olan ertelenemez ve vazgeçilemez ihtiyaçlardır. Objektif kriterlerden hareket ederek ve sosyal dengeler göz önünde tutularak yapılacak bir

	* Kamu Malı niteliği var mı? * Siyaseten yapılabilir mi? * Fiyatlama gelir dağılımını çok olumsuz etkiler mi?	E E E	fiyatlama politikası gerçekleştirilebilir. Ancak gelir düzeyi düşük ve sosyal desteğe muhtaç nüfus gruplarının özelliklerine dikkat edilmelidir.
9	Bu fonksiyon niceliksel olarak azaltılabilir mi? * Üretim/sunumunu azaltmada ciddi riskler var mı? Ne? *Fonksiyonun belli bölümleri kaldırılabilir mi? *Fonksiyon daha etkin sağlanabilir mi? Nasıl?	E H E	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun güçsüzleştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir. Daha etkin bir hizmet sunumu sağlanması amacıyla bilimsel kurullar ve uluslar arası deneyimlerden faydalanılabilir.
10	Bu fonksiyon yerel yönetimlere veya ilgili kuruluşlara devredilebilir mi? * Bu hizmete veya fonksiyona erişimi iyileştirir mi? * Hizmete ilgili memnuniyet bu durumda artar mı?	H	Sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında yerel otoritelerden faydalanmak, yerel kaynakların harekete geçirilebilmesi ve toplum katılımının sağlanması açısından başvurulabilecek bir yöntemdir.

	* Hizmet veya fonksiyon kamuya daha az maliyetli olur mu?		
11	Bu Fonksiyon (veya hizmet) başka bir fonksiyonla birleştirilebilir mi? * Bu tasarrufu artırır mı? Ne şekilde? *Kaliteyi artırır mı? Ne şekilde?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka bir fonksiyonla birleştirilmesi mümkün değildir.
12	Bu fonksiyon KİT'lere devredilebilir mi? * Kar amaçlı bir fonksiyon mu? * Kamu tarafından fiyat desteğine gerek var mı? *Fiyatı Maliyetini karşılar mı?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun ülkede mevcut kamu ve özel sektör kaynakları bir arada kullanılarak gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	ÖNERİLER		
	Fonksiyonu başka bir kamu idaresine transfer et		Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun ülkede mevcut kamu ve özel sektör

		H	kaynakları bir arada kullanılarak gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu rasyonalize et Başka bir fonksiyonla birleştir Aynı kuruluş içinde başka bir birime / düzeye transfer et	H	Fonksiyon mevcut yapı tarafından yerine getirilmelidir.
	Fonksiyonun ölçeğini daralt	H	Fonksiyonun tam olarak ifası için tüm bileşenleri ile birlikte yürütülmelidir.
	Fonksiyonu yerelleştir		Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun ülkede mevcut kamu ve özel sektör kaynakları bir arada kullanılarak gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Aynı zamanda yerel yönetimlerle işbirliği de hizmet sunumda etkinliği artırmak için işbirliği yapılabilecek alanlardan biridir.
	Fonksiyonu ortadan kaldır	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibarıyla ortadan kaldırılamaz niteliktedir.

	Fonksiyonu kamu sektörü dışında şirketlere / STK'lara transfer et	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu sektörü dışındaki şirketlere ya da STK lara tamamen devredilemez.
	Fonksiyonu KİT'e devret	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu-özel ortaklığı ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu olduğu gibi bırak	E	Fonksiyon mevcut yapı hizmet sunum kalitesi ve sistemin performans göstergeleri açısından daha da güçlendirilerek aynı yapılanma tarafından yürütülmelidir.

Tablo 17 KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 3

Fonksiyonun kategorisi: F.3. Düzenleyici-denetleyici fonksiyonlar:			
- F.3.1. lisanslama, ruhsatlama, sertifikalama - F.3.2. teftiş, - F.3.3.denetim, mali denetim			
Fonksiyonun sektörü: Sağlık Bakanlığı			
sıra no:	Soru	E/H	Gerekçelendirme/Açıklama
1	Bu fonksiyon kamu güvenliği ve savunma için gerekli midir?		KKTC'de sağlık hizmeti sunan ve buna destek mahiyetinde mal ve hizmet üretiminde rol alan kurumların izlenmesi ve

	* Devletin bağımsızlığını korumak için gerekli mi? * Kamu güvenliği için gerekli mi? * Kamu varlıklarını (taşınır taşınmaz) korumak için gerekli mi? * Ekonomiye canlandırmak veya korumak için gerekli mi? * Yaşam kalitesini artırmak veya muhafaza etmek için gerekli mi? * Sosyal Güvenlik, hizmet ve yardım sağlamak için gerekli mi?	E E E E E E	değerlendirilmesi faaliyetlerini kapsamaktadır.
2	Bu fonksiyon Bakanlığın kuruluş amaçlarına hizmet ediyor mu? * Hangi amaçlarına hizmet ediyor * Doğrudan mı dolaylı olarak mı hizmet ediyor * Katkısını ölçmek mümkün mü-mümkünse ne kadar	E	Sağlık Bakanlığının misyonu ve vizyonu gereği bu fonksiyonun yerine getirilmesi kaçınılmazdır. Bu açıdan, fonksiyon Sağlık Bakanlığının kuruluş amaçlarına doğrudan hizmet etmektedir.
3	Sizce bu fonksiyon için halktan veya özel sektörden bir talep var mı?		Toplumun sağlık sorunlarını çözmek ve sağlık statüsünü yükseltmek amacıyla vatandaşların sağlık hizmeti talebinin karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle tüm basamaklardaki hizmetlerin ve bu hizmetlerin gereklerinin uygun şekilde gerçekleşmesini sağlayacak tedbirlerin alınması gerekmektedir.

	*Evet ise kim(ler)den belirleyiniz * Evet ise nasıl anlaşılıyor?	E	
4	Bu fonksiyonun arzında tekel durumu söz konusu mu? *Sektörde başka hizmet sunan var mı? *Oluşturulabilir mi? Kamu bu fonksiyonu sağlamak zorunda mı? *Özel sektör bu fonksiyonu yerine getirebilir mi? * Regülasyon’a gerek var mı?	H E H E	Bu fonksiyon kamu otoritesi tarafından yerine getirilmekte olan bir fonksiyondur. Sağlık Bakanlığına ait kuruluşlarca ulusal ve uluslar arası norm ve standartla uyarınca hem kamu hem de özel sektör kuruluşlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini içerir.
5	Bu fonksiyon kamu yararına hanel gelmeden ortadan kaldırılabilir mi?	H	Sağlık hizmetlerinin sunumu ve vatandaşın talebinin karşılanması için vazgeçilemeyecek bir fonksiyondur.
6	Bu fonksiyonun yerine getirilmesi için başka kamu kuruluşları katkı yapıyor mu? *Bu fonksiyonlar tek bir kurum altında birleştirilebilir mi? *Diğer katkı yapan kuruluşlara devredilebilir mi?	E E H	Özellikle finansal izleme, finansal denetim ve teftiş aşamalarında diğer kamu kurumları ile işbirliğine gidilebilir. Kamu finansmanın sağlayan kurumlar, sosyal güvenlik kurumları, planlama ve denetleme kurumları, vs.
7	Bu fonksiyon Anayasa, yasalar veya uluslar arası		KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin

	anlaşmalarca zorunlu kılınmış mı?	E	beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.
8	Bu hizmet veya fonksiyon fiyatlanabilir mi ? * Kamu Malı niteliği var mı? * Siyaseten yapılabilir mi? * Fiyatlama gelir dağılımını çok olumsuz etkiler mi?	E E E	Bu fonksiyon daha çok kurumsal işleyişin düzenlenmesi, faaliyetlerin belirlenen standartlar çerçevesinde yürütülmesi amacıyla gerçekleştirilen bir iç denetim mekanizmasıdır. Özel sektörden gelecek lisanslama, ruhsatlama vb. gibi talepler için bir fiyatlandırma yapmak mümkündür.
9	Bu fonksiyon niceliksel olarak azaltılabilir mi? * Üretimin/sunumunu azaltmada ciddi riskler var mı? Ne?	E	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması ve bu hizmetlerin izlenmesinin sağlanması için bu fonksiyonun güçsüzleştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir. Daha etkin bir hizmet sunumu sağlanması amacıyla bilimsel kurullar ve uluslar arası deneyimlerden faydalanılabilir.

	*Fonksiyonun belli bölümleri kaldırılabilir mi?	H	
	*Fonksiyon daha etkin sağlanabilir mi? Nasıl?	E	
10	Bu fonksiyon yerel yönetimlere veya ilgili kuruluşlara devredilebilir mi? * Bu hizmete veya fonksiyona erişimi iyileştirir mi? * Hizmete ilgili memnuniyet bu durumda artar mı? * Hizmet veya fonksiyon kamuya daha az maliyetli olur mu?	H	Bu fonksiyonun kamu otoritesi eliyle tek elden planlanması ve yürütülmesi önemlidir.
11	Bu Fonksiyon (veya hizmet) başka bir fonksiyonla birleştirilebilir mi? * Bu tasarrufu artırır mı? Ne şekilde? *Kaliteyi artırır mı? Ne şekilde?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka bir fonksiyonla birleştirilmesi mümkün değildir.
12	Bu fonksiyon KİT'lere devredilebilir mi? * Kar amaçlı bir fonksiyon mu? * Kamu tarafından fiyat desteğine gerek var mı? *Fiyatı Maliyetini karşılar mı?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka kurumlara devredilmesi mümkün değildir..
	ÖNERİLER		

	Fonksiyonu başka bir kamu idaresine transfer et	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu rasyonalize et Başka bir fonksiyonla birleştir Aynı kuruluş içinde başka bir birime / düzeye transfer et	H	Fonksiyon mevcut yapı tarafından yerine getirilmelidir.
	Fonksiyonun ölçeğini daralt	H	Fonksiyonun tam olarak ifası için tüm bileşenleri ile birlikte yürütülmelidir.
	Fonksiyonu yerelleştir		Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu ortadan kaldır	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle ortadan kaldırılamaz niteliktedir.

	Fonksiyonu kamu sektörü dışında şirketlere / STK'lara transfer et	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu sektörü dışındaki şirketlere ya da STK lara tamamen devredilemez.
	Fonksiyonu KİT'e devret	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu-özel ortaklığı ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu olduğu gibi bırak	E	Fonksiyon mevcut yapı hizmet sunum kalitesi ve sistemin performans göstergeleri, uluslar arası kabul görmüş standartlara uyum açısından daha da güçlendirilerek aynı yapılanma tarafından yürütülmelidir.

Tablo 18. KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 4

Fonksiyonun kategorisi: F.4. Koordinasyon: - F.4.1. süpervizyon - F.4.2. performans izlemeye ilişkin fonksiyonlar.			
Fonksiyonun sektörü: Sağlık Bakanlığı			
sıra no:	Soru	E/H	Gerekçelendirme/Açıklama
1	Bu fonksiyon kamu güvenliği ve savunma için gerekli midir? * Devletin bağımsızlığını korumak için gerekli mi? * Kamu güvenliği için gerekli mi? * Kamu varlıklarını (taşınır taşınmaz) korumak için gerekli mi? * Ekonomiyi canlandırmak veya korumak için gerekli mi? * Yaşam kalitesini artırmak veya muhafaza etmek için gerekli mi? * Sosyal Güvenlik, hizmet ve yardım sağlamak için gerekli mi?	E E E E E E	KKTC’de sağlık hizmeti sunan ve buna destek mahiyetinde mal ve hizmet üretiminde rol alan kurumların eşgüdümünün sağlanması ve belirlenen hedeflere yönelik faaliyetler gösterebilmeleri için yapılacak olan koordinasyon ve performans izleme faaliyetlerini kapsamaktadır.
2	Bu fonksiyon Bakanlığın kuruluş amaçlarına hizmet ediyor mu?	E	Sağlık Bakanlığının misyonu ve vizyonu gereği bu fonksiyonun yerine getirilmesi kaçınılmazdır. Bu açıdan, fonksiyon Sağlık Bakanlığının kuruluş

	* Hangi amaçlarına hizmet ediyor * Doğrudan mı dolaylı olarak mı hizmet ediyor * Katkısını ölçmek mümkün mü-mümkünse ne kadar		amaçlarına doğrudan hizmet etmektedir.
3	Sizce bu fonksiyon için halktan veya özel sektörden bir talep var mı? *Evet ise kim(ler)den belirleyiniz * Evet ise nasıl anlaşılıyor?	E	Sağlık sektöründe faaliyet gösteren tüm kurumların aynı hedef etrafında çalışmalarını ve üst otorite tarafından belirlenen performans göstergelerine erişebilmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilmesi gereken bir fonksiyondur.
4	Bu fonksiyonun arzında tekel durumu söz konusu mu? *Sektörde başka hizmet sunan var mı? *Oluşturulabilir mi? Kamu bu fonksiyonu sağlamak zorunda mı? *Özel sektör bu fonksiyonu yerine getirebilir mi? * Regülasyon'a gerek var mı?	H E H E	Bu fonksiyon kamu otoritesi tarafından yerine getirilmekte olan bir fonksiyondur. Sağlık Bakanlığına ait kuruluşlarca ulusal ve uluslar arası norm ve standartlar uyarınca hem kamu hem de özel sektör kuruluşlarının performanslarının izlenmesi ve değerlendirilmesini içerir.
5	Bu fonksiyon kamu yararına halel gelmeden ortadan kaldırılabilir mi?	H	Sağlık hizmeti sunan kurumlarının performanslarının izlenmesi

			ve değerlendirilmesi ihtiyacının karşılanması için vazgeçilemeyecek bir fonksiyondur.
6	Bu fonksiyonun yerine getirilmesi için başka kamu kuruluşları katkı yapıyor mu? *Bu fonksiyonlar tek bir kurum altında birleştirilebilir mi? *Diğer katkı yapan kuruluşlara devredilebilir mi?	E E H	İzleme, değerlendirme ve denetleme konularında faaliyet gösteren kuruluşlarla işbirliği yapılabilir.
7	Bu fonksiyon Anayasa, yasalar veya uluslar arası anlaşmalarca zorunlu kılınmış mı?	E	KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.
8	Bu hizmet veya fonksiyon fiyatlanabilir mi ? * Kamu Malı niteliği var mı? * Siyaseten yapılabilir mi? * Fiyatlama gelir dağılımını çok olumsuz etkiler mi?	E E E	Bu fonksiyon daha çok kurumsal işleyişin düzenlenmesi, faaliyetlerin belirlenen standartlar çerçevesinde yürütülmesi amacıyla gerçekleştirilen bir iç denetim mekanizmasıdır.
9	Bu fonksiyon niceliksel olarak azaltılabilir mi?		Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması ve bu hizmetlerin izlenmesinin

			sağlanması için bu fonksiyonun güçsüzleştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir. Daha etkin bir hizmet sunumu sağlanması amacıyla bilimsel kurullar ve uluslar arası deneyimlerden faydalanılabilir.
	* Üretimin/sunumunu azaltmada ciddi riskler var mı? Ne?	E	
	*Fonksiyonun belli bölümleri kaldırılabilir mi?	H	
	*Fonksiyon daha etkin sağlanabilir mi? Nasıl?	E	
10	Bu fonksiyon yerel yönetimlere veya ilgili kuruluşlara devredilebilir mi? * Bu hizmete veya fonksiyona erişimi iyileştirir mi? * Hizmete ilgili memnuniyet bu durumda artar mı? * Hizmet veya fonksiyon kamuya daha az maliyetli olur mu?	H	Bu fonksiyonun kamu otoritesi eliyle tek elden planlanması ve yürütülmesi önemlidir.
11	Bu Fonksiyon (veya hizmet) başka bir fonksiyonla birleştirilebilir mi? * Bu tasarrufu artırır mı? Ne şekilde? *Kaliteyi artırır mı? Ne şekilde?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka bir fonksiyonla birleştirilmesi mümkün değildir.
12	Bu fonksiyon KİT'lere devredilebilir mi?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka

	* Kar amaçlı bir fonksiyon mu? * Kamu tarafından fiyat desteğine gerek var mı? *Fiyatı Maliyetini karşılar mı?		kurumlara devredilmesi mümkün değildir..
	ÖNERİLER		
	Fonksiyonu başka bir kamu idaresine transfer et	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu rasyonalize et Başka bir fonksiyonla birleştir Aynı kuruluş içinde başka bir birime / düzeye transfer et	H	Fonksiyon mevcut yapı tarafından yerine getirilmelidir.
	Fonksiyonun ölçeğini daralt	H	Fonksiyonun tam olarak ifası için tüm bileşenleri ile birlikte yürütülmelidir.
	Fonksiyonu yerelleştir	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde

			gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu ortadan kaldır	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle ortadan kaldırılamaz niteliktedir.
	Fonksiyonu kamu sektörü dışında şirketlere / STK'lara transfer et	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu sektörü dışındaki şirketlere ya da STK lara tamamen devredilemez.
	Fonksiyonu KİT'e devret	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu-özel ortaklığı ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu olduğu gibi bırak	E	Fonksiyon mevcut yapı hizmet sunum kalitesi ve sistemin performans göstergeleri, uluslar arası kabul görmüş standartlara uyum açısından daha da güçlendirilerek aynı yapılanma tarafından yürütülmelidir.

Tablo 19. KKTC Sağlık Bakanlığı Fonksiyon Testi: Fonksiyon 5

Fonksiyonun kategorisi: F.5. Destek Fonksiyonları:			
• F.5.1. finansal yönetim, • F.5.2. insan kaynakları yönetimi, • F.5.3. Sağlık bilgi sistemi ve veri toplama-değerlendirme • F.5.4. Hizmet içi eğitim, • F.5.5. iç denetim, • F.5.6. sekreterlik, • F.5.7. Araştırma-geliştirme • F.5.8.diğer idari işler.			
Fonksiyonun sektörü: Sağlık Bakanlığı			
Sıra no:	Soru	E/H	Gerekçelendirme/Açıklama
1	Bu fonksiyon kamu güvenliği ve savunma için gerekli midir? * Devletin bağımsızlığını korumak için gerekli mi? * Kamu güvenliği için gerekli mi? * Kamu varlıklarını (taşınır taşınmaz) korumak için gerekli mi? * Ekonomiyi canlandırmak veya korumak için gerekli mi? * Yaşam kalitesini artırmak veya muhafaza etmek için gerekli mi?	 E E E E E	KKTC’de sağlık hizmeti sunan ve buna destek mahiyetinde mal ve hizmet üretiminde rol alan kurumların faaliyetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için finansal, insan kaynakları kapasitesi, bilgi sistemleri, veri toplama, araştırma geliştirme vb. konularda desteklenmeleri faaliyetlerini kapsamaktadır.

	* Sosyal Güvenlik, hizmet ve yardım sağlamak için gerekli mi?	E	
2	Bu fonksiyon Bakanlığın kuruluş amaçlarına hizmet ediyor mu? * Hangi amaçlarına hizmet ediyor * Doğrudan mı dolaylı olarak mı hizmet ediyor * Katkısını ölçmek mümkün mü-mümkünse ne kadar	E	Sağlık Bakanlığının misyonu ve vizyonu gereği bu fonksiyonun yerine getirilmesi kaçınılmazdır. Bu açıdan, fonksiyon Sağlık Bakanlığının kuruluş amaçlarına doğrudan hizmet etmektedir.
3	Sizce bu fonksiyon için halktan veya özel sektörden bir talep var mı? *Evet ise kim(ler)den belirleyiniz * Evet ise nasıl anlaşılıyor?	E	Etkili ve verimli hizmet sunumunun sağlanması, sunulan hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi ve toplumun sağlık ihtiyacın karşılanabilmesi amacıyla üretim aşamasında görev alan kurumların bu fonksiyon dahilinde desteklenmesi şarttır.
4	Bu fonksiyonun arzında tekel durumu söz konusu mu? *Sektörde başka hizmet sunan var mı? *Oluşturulabilir mi? Kamu bu fonksiyonu sağlamak zorunda mı? *Özel sektör bu fonksiyonu yerine getirebilir mi? * Regülasyon'a gerek var mı?	H E H E	Kamu sektöründe faaliyet gösteren hizmet sunucuları için bu fonksiyon kamu üst otoritesince yerine getirilmektedir.

5	Bu fonksiyon kamu yararına hanel gelmeden ortadan kaldırılabılır mı?	H	Sağlık hizmeti sunan kurumların faaliyetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için finansal, insan kaynakları kapasitesi, bilgi sistemleri, veri toplama, araştırma geliştirme vb. konularda desteklenmeleri vazgeçilemeyecek bir fonksiyondur.
6	Bu fonksiyonun yerine getirilmesi için başka kamu kuruluşları katkı yapıyor mu? *Bu fonksiyonlar tek bir kurum altında birleştirilebilir mi? *Diğer katkı yapan kuruluşlara devredilebilir mi?	E E H	Kamu finansmanı sağlayan diğer kamu kuruluşları (Maliye Bakanlığı gibi) bu fonksiyonun gerçekleşmesinde katkı sağlamaktadır.
7	Bu fonksiyon Anayasa, yasalar veya uluslar arası anlaşmalarca zorunlu kılınmış mı?	E	KKTC anayasasının 45. maddesi , “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü ile her KKTC vatandaşının sağlık hakkını garanti altına almıştır.
8	Bu hizmet veya fonksiyon fiyatlanabilir mi ? * Kamu Malı niteliği var mı?	H	Bu fonksiyon daha çok kurumsal işleyişin düzenlenmesi, faaliyetlerin belirlenen standartlar çerçevesinde yürütülmesi amacıyla gerçekleştirilen bir i faaliyetidir.

	* Siyaseten yapılabilir mi? * Fiyatlama gelir dağılımını çok olumsuz etkiler mi?		
9	Bu fonksiyon niceliksel olarak azaltılabilir mi? * Üretimin/sunumunu azaltmada ciddi riskler var mı? Ne? *Fonksiyonun belli bölümleri kaldırılabilir mi? *Fonksiyon daha etkin sağlanabilir mi? Nasıl?	E H E	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması ve bu hizmetlerin desteklenmesinin sağlanması için bu fonksiyonun güçsüzleştirilmesi veya ortadan kaldırılması mümkün değildir.
10	Bu fonksiyon yerel yönetimlere veya ilgili kuruluşlara devredilebilir mi? * Bu hizmete veya fonksiyona erişimi iyileştirir mi? * Hizmete ilgili memnuniyet bu durumda artar mı? * Hizmet veya fonksiyon kamuya daha az maliyetli olur mu?	H	Bu fonksiyonun kamu otoritesi eliyle tek elden planlanması ve yürütülmesi önemlidir.
11	Bu Fonksiyon (veya hizmet) başka bir fonksiyonla birleştirilebilir mi? * Bu tasarrufu artırır mı? Ne şekilde? *Kaliteyi artırır mı? Ne şekilde?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka bir fonksiyonla birleştirilmesi mümkün değildir.

12	Bu fonksiyon KİT'lere devredilebilir mi? * Kar amaçlı bir fonksiyon mu? * Kamu tarafından fiyat desteğine gerek var mı? *Fiyatı Maliyetini karşılar mı?	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu fonksiyonun başka kurumlara devredilmesi mümkün değildir.
	ÖNERİLER		
	Fonksiyonu başka bir kamu idaresine transfer et	H	Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için bu Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu rasyonalize et Başka bir fonksiyonla birleştir Aynı kuruluş içinde başka bir birime / düzeye transfer et	H	Fonksiyon mevcut yapı tarafından yerine getirilmelidir.
	Fonksiyonun ölçeğini daralt	H	Fonksiyonun tam olarak ifası için tüm bileşenleri ile birlikte yürütülmelidir.
	Fonksiyonu yerelleştir	H	Sağlık hizmetlerinin ülke

			genelinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunumunun sağlanması için Sağlık Bakanlığı eliyle ve Bakanlığın kontrolünde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.
	Fonksiyonu ortadan kaldır	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle ortadan kaldırılamaz niteliktedir.
	Fonksiyonu kamu sektörü dışında şirketlere / STK'lara transfer et	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu sektörü dışındaki şirketlere ya da STK lara tamamen devredilemez.
	Fonksiyonu KİT'e devret	H	Fonksiyon, bir kamu görevi olması ve sonuçları itibariyle kamu-özel ortaklığı ile yürütülmesi gereken niteliktedir.
	Fonksiyonu olduğu gibi bırak	E	Fonksiyon mevcut yapı hizmet sunumunun kesintisiz ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak nitelik ve nicelikte üretilmesini garanti altına almak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmelidir.

III. KAMU VE SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU İÇİN YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Öncelikle, bir reform sürecinin başlangıcında, mevcut sistemin çok iyi analiz edilerek, derinlemesine bilimsel araştırmalarla da desteklenen bir mevcut durum analizi, başarılı bir reform çabasının temel başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Bu nedenle KKTC bünyesinde kurulacak olan bir Reform Çalışmaları Grubu vasıtasıyla, hem KKTC sağlık sisteminin temel bileşenlerini içeren derinlemesine analiz çalışması, hem de KKTC halkının sağlık sistemine bakış açısı, sağlıkla ilgili davranış şekilleri gibi temel karakteristik özellikleri inceleyen çalışmaların yapılması elzem olarak görülmektedir.

Bu kapsamda, desteklenmesi ya da kurulması gereken yeni fonksiyonların neler olduğunun ve harekete nereden başlanacağını tespiti gibi konuların netleştirilmesini sağlamak amacıyla; paydaş analizi, sağlık sistemi performans değerlendirmesi, hem çalışanlar hem de vatandaşlarla odak grup görüşmeleri, sistemin kuvvetli ve zayıf yönleri hakkındaki görüşlerini belirleyecek SWOT analizi veya anketler gibi ilave ve süreç devam ederken çalışmalar yapılabilir.

Reform öncesinde yapılacak bir sağlık sistemi performansı değerlendirmesi, ülke sağlık sisteminde reform yapılması gereken alanların tespiti açısından gerekli veriyi sağlar ve reform sürecindeki ilk aşamayı oluşturur. İkinci aşamada ise reformları gerçekleştirmek amacıyla devlet tarafından ortaya konan politik destek ve liderlik, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve diğer paydaşlarla iletişim önem kazanmaktadır. Politika amaçları doğrultusunda sistemde yer alan aktörlerin uygun yöntemlerle teşviki ve motive edilmesi ile sürecin sürdürülebilirliğini sağlayacak kaynakların hazır bulundurulması ve kullanılabilmesi ise reform sürecinin başarı ile tamamlanabilmesi için üzerinde önemle durulması gereken konulardır.³⁴

Aynı zamanda reform çalışmalarının yöneleceği ana bileşenlerin tespiti de bu çalışmalar ile mümkün olacaktır. Malta kamu reformu çalışmaları ve Türkiye sosyal güvenlik reformu öncesinde “Beyaz Kitap” olarak adlandırılan belgeler, reform sürecini temel olarak özetlemekte, aksayan yönleri ortaya koyarak bu yönlerin kuvvetlendirilmesi için yapılacak olanları sistematik olarak sıralamaktadır. Bu nedenle KKTC’de de bunun benzeri bir resmi belgenin ortaya konması reform sürecinin şekillenmesi açısından önemlidir. Kıbrıs Devlet Planlama Örgütü (DPÖ) tarafından 2008 yılı planında ortaya konan hususların hayata

³⁴ OECD, Making Reform Happen Lessons From OECD Countries, 2010

geçirilmesi belki de bu sayede daha mümkün hale gelecektir.

i. KKTB VATANDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ MEMNUNİYET ARAŞTIRMASI

2011 yılında yapılan Vatandaş Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması, özel hastane ve özel kliniklerde verilen hizmetlerin hemen bütün kriterlerde devlet hastane ve polikliniklerinde verilen hizmetlerden daha tatmin edici bulunduğunu göstermektedir.³⁵

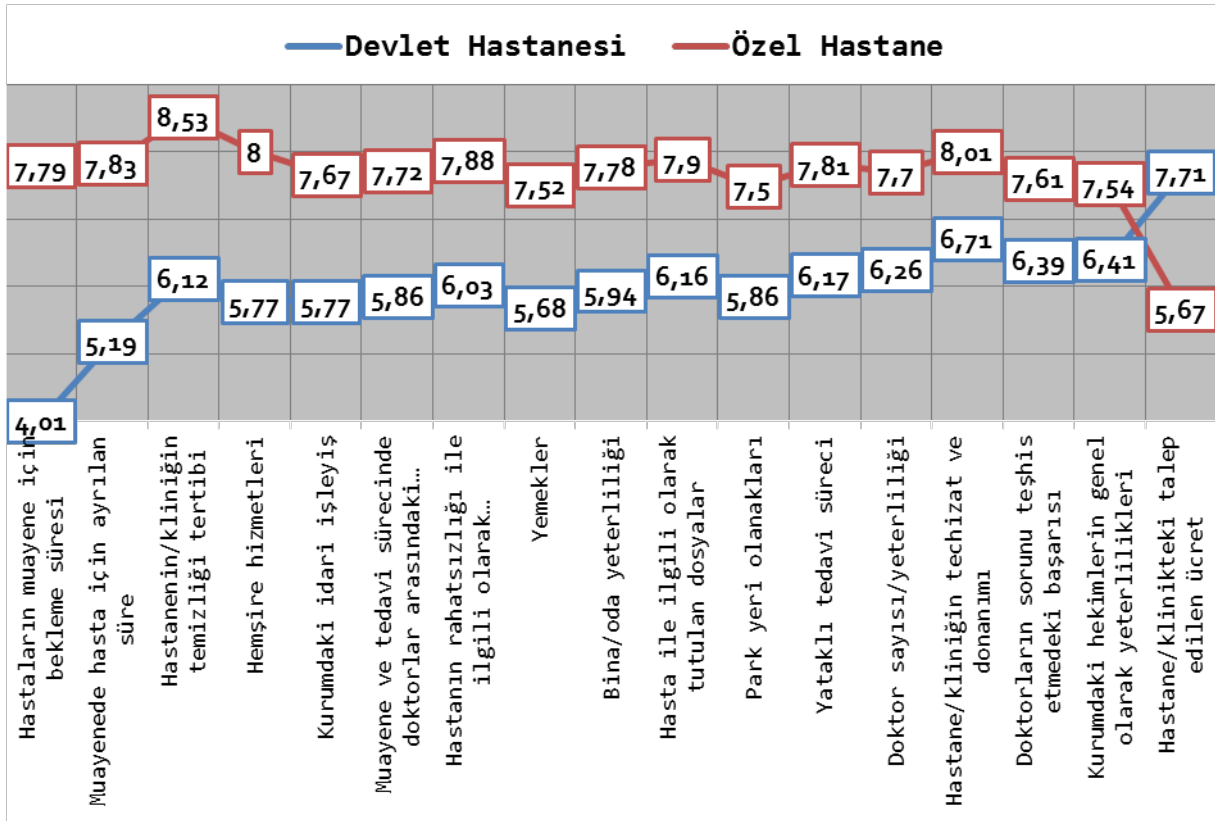
Araştırmanın genel amacı Kuzey Kıbrıs de jure nüfusunun (hanelerin) almış olduğu sağlık hizmetlerinin niteliğini, sıklığını ortaya koymak, bu hizmetlerle ilgili deneyimlerini öğrenmektir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki spesifik konular araştırılmıştır:

- Sağlık hizmetinin nereden alındığı ve bunun nedenleri
- Hangi sağlık sorunu için hizmet talebinde bulunulduğu
- Acile sağlık sorunları için nereye başvurulduğu ve bunun nedenleri
- Sağlık hizmeti için başvuru yerinin seçiminde önemli olan faktörler
- Sağlık hizmeti alma sürecinde bilgi alma/danışma
- Sağlık sorunları konusunda bilgi kaynakları
- Sağlık hizmetlerini güvenilir bulma düzeyi
- Sağlık kurumlarını çeşitli kriterler temelinde değerlendirilmesi
- Sağlık sisteminde bir reform ihtiyacı konusundaki düşünceler
- Sağlık hizmeti alırken karşılaşılan sorunlar ve şikâyet konuları
- Hasta hakları konusundaki görüşler

Bu çalışmada KKTC’de vatandaşların ikamet ettiği tüm haneler hedef nüfus olarak alınmıştır. Araştırmanın örneklemini sözü edilen hedef nüfusu temsil edecek biçimde belirlenmiş 1003 hanelik bir grup oluşturmuştur,

³⁵Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği, Vatandaş Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması, 2011

Şekil 9 KKTC’de Devlet ve Özel Hastanelerin Tatmin Edici Bulunma Dereceleri



Tatmin düzeyi açısından Devlet ve özel hastaneler arasındaki fark özellikle “hastaların muayene için bekleme süreleri”, “her hasta için ayrılan muayene süresi”, “hastane temizliği”, “hemşire hizmetleri” ve “kurumdaki idari işleyiş” konularında açılmaktadır. “Kurumdaki hekimlerin genel olarak yeterliliği”, “hekimin sorunu teşhis etmedeki başarısı” ve “hastane teçhizat/donanımı” konularında ise özel hastaneler lehine olan fark azalmaktadır.

Hâlihazırda net olarak tanımlanmamış olan hastane ve sağlık kuruluşlarına ödeme yöntemlerinin, kurumların ihtiyaçları da göz önüne alınarak düzenlenmemesi, hizmette aksamalara yol açabilmektedir. Bunun çözümü için hastanelere ödeme yöntemlerinin net olarak tanımlanması ve ödemelerin bu kurallar dâhilinde gerçekleştirilmesi hizmet sunumunun kesintisiz devam edebilmesi için önem taşımaktadır.

Sağlık kurumlarında en sık yaşanan ve şikâyet konusu olan sorunlar olarak “muayene için makul olmayan bir süre beklemek zorunda kalmak”, “gerekli ilaçları bulamamak”, “gerekli tahlilleri yaptıramamak” ve “vizite saatleri dışında hastaya baktıramamak” gelmektedir. Bunları “vizite/tedavi ücretini ödemekte güçlük çekmek”, “tedaviyle ilgili yeterli bilgi alamamak” ve “yardımcı personelin olumsuz davranışlarına maruz kalmak” takip etmektedir.

ii. KKTB HEKİM ÇALIŞMA KOŞULLARI SORUNLAR VE BEKLENTİLER ARAŞTIRMASI

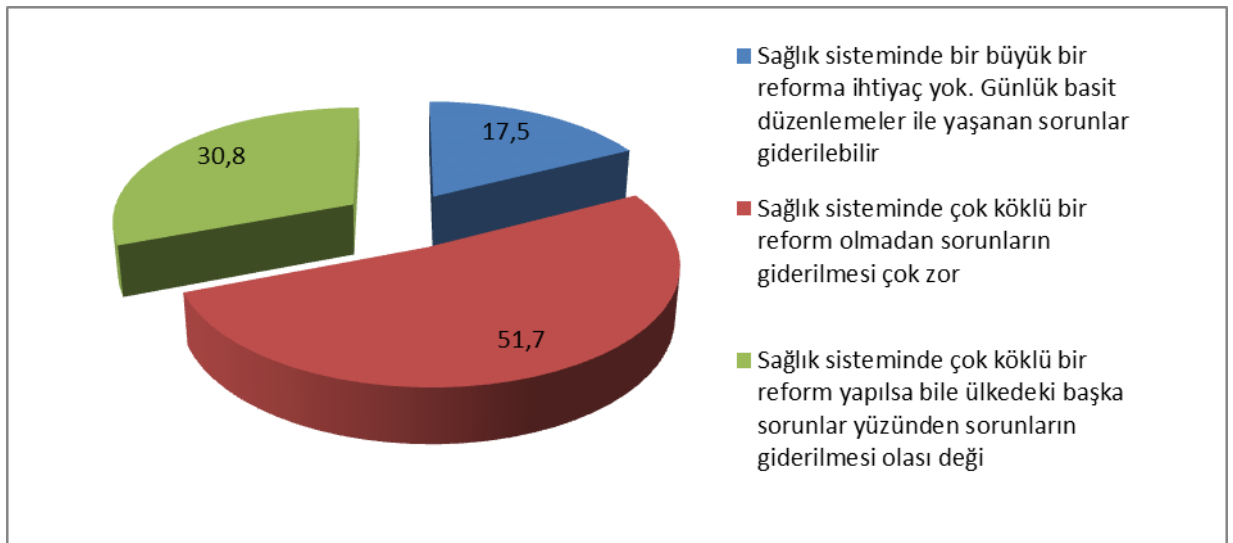
Araştırmanın genel amacı Kuzey Kıbrıs'ta gerek kamuda gerekse özelde çalışmakta olan hekimlerin çalışma koşulları, sorunları ve beklentileriyle ilgili veriler elde etmektir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki spesifik konular araştırılmıştır:

- Hekimlerin Sağlık Sistemi Konusundaki Görüşleri ve Reform
- Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Sorunları
- Hekimlerin Gelir ve Ücretler Konusundaki Görüşleri
- Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Sağlık Sistemi konusundaki Önerileri
- Reklam ve Tanıtım Konusundaki Görüşler
- Hekim Profili ve İlişkileri

Bu çalışmanın hedef kitlesini Kıbrıs Türk Tabipler Birliği üyesi 765 hekim oluşturmuştur. Araştırma sırasında 607 kişinin temas bilgilerine ulaşılmış ve toplam 307 hekimle (bunların 66 tanesi -21%-diş hekimidir) görüşme gerçekleştirilmiştir.

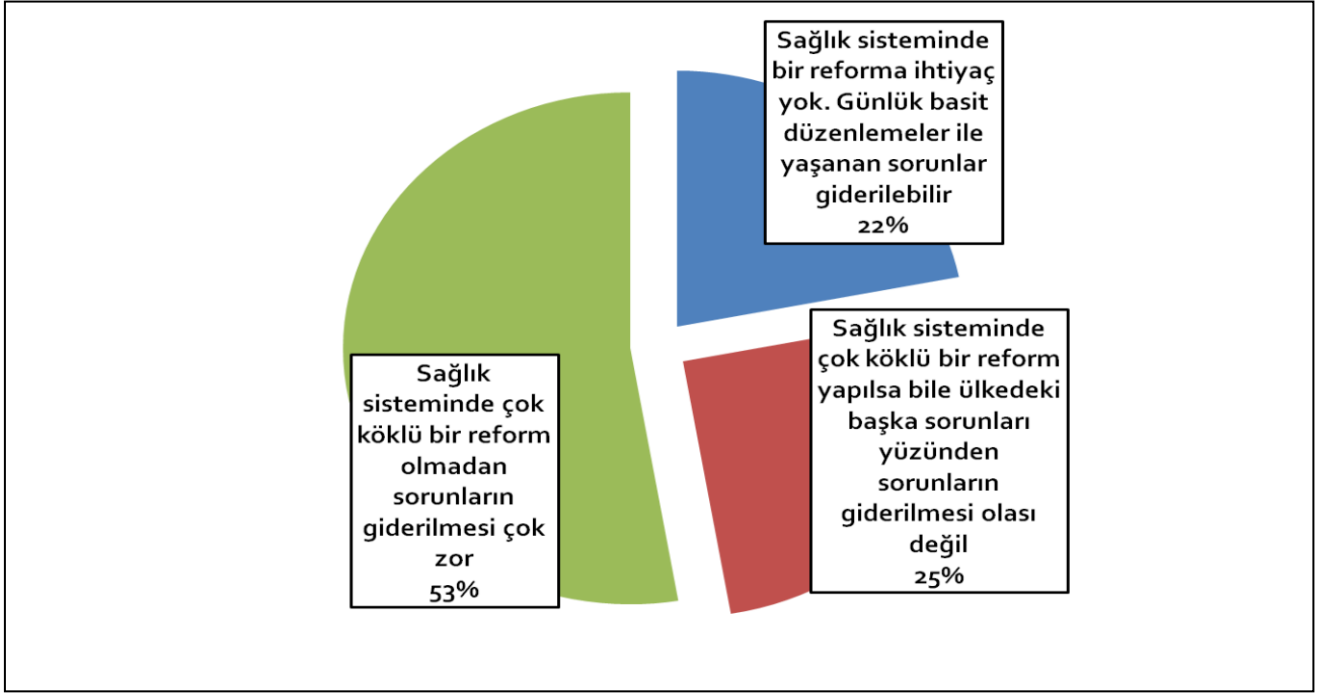
Hekimler üzerinde yapılan bu araştırma, hekimlerin de reform konusunda istekli olduklarını ortaya koymaktadır. Daha de ileri bir adım mahiyetinde, sağlık sektörü sorunlarının sadece bu alanda yapılacak düzenlemelerle değil, ülkedeki başka sorunlardan da etkileneceği hekimlerce ve hastalarca ifade edilmektedir³⁶. Bununla ilgili bulgular Şekil 10 ve 11'de verilmiştir:

Şekil 10 Sağlık Sisteminde Reform İsteği (Hekimlerin Görüşleri)



³⁶ Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği; Hekim Çalışma Koşulları, Sorunlar ve Beklentiler Araştırması, 2011

Şekil 11 Sağlık Sisteminde Reform İsteği (Hastaların Görüşleri)



iii.KUZEY KIBRIS KAMU ÇALIŞANLARI ARAŞTIRMASI

Araştırmanın genel amacı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde kamuda çalışanlarının kamu yönetimi, çalışma koşulları ve kamu reformu konusundaki tutumlarını ortaya koymaktır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki spesifik konular araştırılacaktır.³⁷

- Hane halkı sosyo-ekonomik statüsü
- Çalışan mevcut statüsü ve statüdeki değişim
- Çalışan nitelikleri (katılımcılık, dil, bilgisayar program becerileri,
- Algılanan toplumsal sorunlar ve öncelikleri
- Yaşam koşullarından memnuniyet (kişisel ve ülke)
- Gelecekte beklenenler
- İyi yönetim göstergeleri konusundaki tutumlar (çalışılan kurum ve genel olarak kamu kurumları)
- İşyeri koşulları konusundaki düşünceler
- İş sürecini etkileyen faktörler
- Ayrımcılık, adam kayırmacılık konusundaki tutumlar
- Kamu reformu konusundaki tutumlar

³⁷ KKTC Focus Grup Kuzet Kıbrıs Kamu Çalışanları Araştırması

- Çeşitli reform konularına verilen öncelik
- Başarılı bir kamu reformu için önemli görülen faktörler
- Yeni Kamu Görevlileri Yasası ile ilgili farkındalık ve düşünceler

16,180 kişilik hedef nüfusu temsil edecek biçimde oluşturulmuş 941 kişilik örneklemle gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçların %95 güvenlik sınırı içinde maksimum ortalama $\pm$ %3,04 hata payı verebileceği hesaplanmıştır.

Şu anda toplumunuzun karşı karşıya olduğu en önemli üç konunun neler olduğunu düşünüyorsunuz? lütfen sırasıyla söyler misiniz? 1. önemdeki sorun genel ekonomik durum olarak %37,6 iken sağlık sorunu 15. Sırada ve % 0,8 olarak değerlendirilmiş, 2. önemdeki sorun Kıbrıs sorunundaki çözümsüzlük olarak %23,1 iken sağlık sistemi 13. sırada % 2 olarak yer almış, 3. Önemdeki sorun içe göç/ demografik değişim/ dağıtılan vatandaşlıklar % 19,4 iken sağlık sistemi. %3 ile 11. sırada yer almıştır. Genel olarak her üç sorun için verilen cevaplarda sağlık sorunu % 4,9 ile 12. sırada yer almıştır.

Kurumlara göre 13 kurum içerisinde yapılan değerlendirmelerde Sağlık Bakanlığı:

... vatandaşların daha iyi yaşamasını sağlamak için yeni çözümler, fikirler geliştirilebiliyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 4. sırada yer almıştır.

... yöneticilerden yaptıkları tüm işlemlerden dolayı gerektiği yerde hesap sorulabiliyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 4. sırada yer almıştır.

... işler makul bir süre içinde sonuçlanıyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 2. Sırada yer almıştır.

... hangi konuda hangi kuralın uygulanacağı bellidir... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 7. Sırada yer almıştır.

... vatandaş ilgilendiren her konuda doğru ve yeterli bilgi veriliyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 8. Sırada yer almıştır.

... kurum(lar) dan kaynaklanan bir hak ihlali veya mağduriyet durumu olursa vatandaş haklarını aradığında adil sonuç alabiliyor...ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 8. Sırada yer almıştır.

... kurum(lar)a işi düşenler, ilgili personeli yerinde bulabiliyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 1. Sırada yer almıştır.

... alınan kararlarda vatandaşlar/sivil toplum kuruluşları söz sahibidir... ifadesinin

değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 7. Sırada yer almıştır.

... siyasi baskıdan bağımsız çalışılıyor... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 2. Sırada yer almıştır

... yasalar ve kurallara uygun davranmaya özen gösterilir.... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 5. Sırada yer almıştır

... kaynak israf etmeden verimli çalışılır... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 2. Sırada yer almıştır

... yasa ve kurallar herkese eşit uygulanır; kayırmacılık yoktur... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 4. Sırada yer almıştır

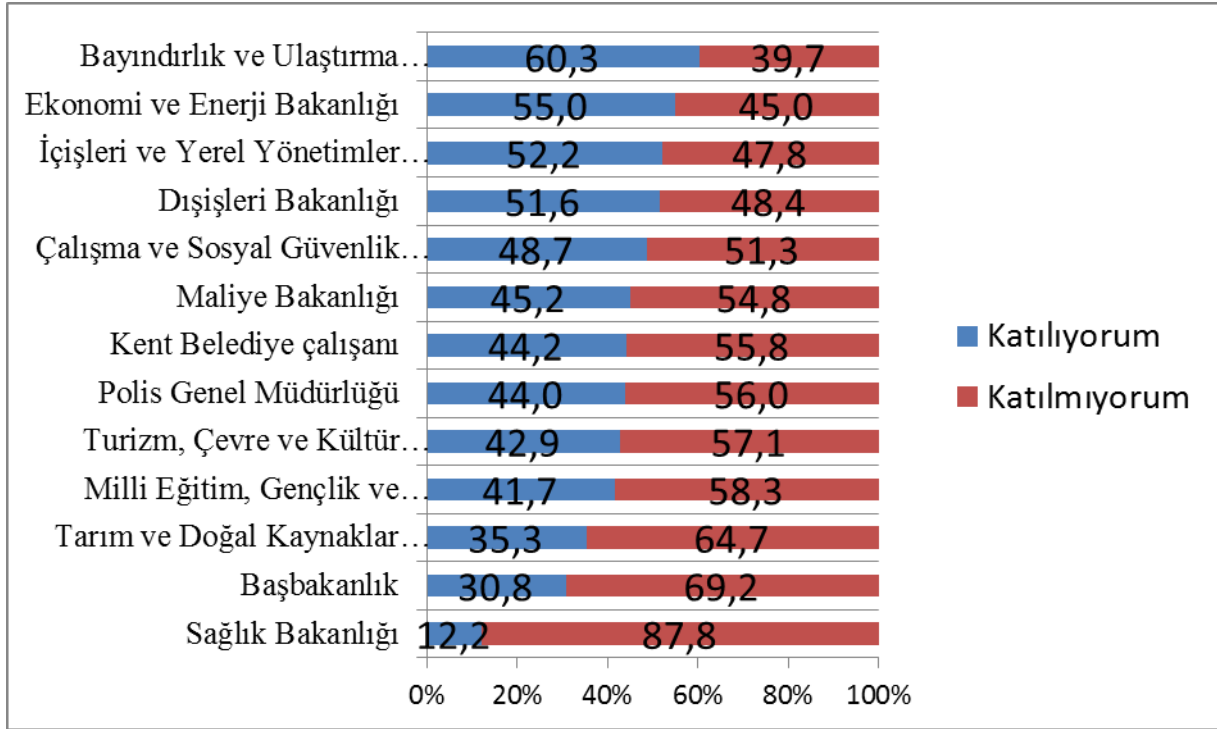
... yolsuzluk yaygındır... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 4. Sırada yer almıştır

... cinsiyet, ırk, din, milliyet, siyasi görüş, vb. unsurlara dayalı ayrımcılık yaygındır... ifadesinin değerlendirmesinde Sağlık Bakanlığı 12. Sırada yer almıştır

Aşağıda yer alan ifadelere değerlendirmeye katılan kişiler kendi kurumlarını değerlendirirken:(13kamu kurumu)

Kurumumun/birimimin görevleri arasında tanımlanmış olup yürütülmeyen veya nadiren yapılan geçerliliğini yitirmiş işler var. ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 13.sırada yer almıştır.

Şekil 12 Kurumumun birimimin görevleri arasında tanımlanmış olup yürütülmeyen veya nadiren yapılan geçerliliğini yitirmiş işler var



Kurumunun/birimimin temel amaçlarıyla ilgisi olmayan başka bir kurum/birim tarafından yürütülmesi gerektiğini düşündüğüm işler var...ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 12.sırada yer almıştır.

Kurumumda/birimimde diğer kurum/birimler tarafından da yürütüldüğü için mükerrerlik, çatışma, çakışma oluşturan, tek elde toplanması gereken işler var... ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 12.sırada yer almıştır.

Kurumumda/birimde bilgisayar otomasyonu ile çok daha verimli hale getirilebileceğini düşündüğüm işler var...ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 10.sırada yer almıştır.

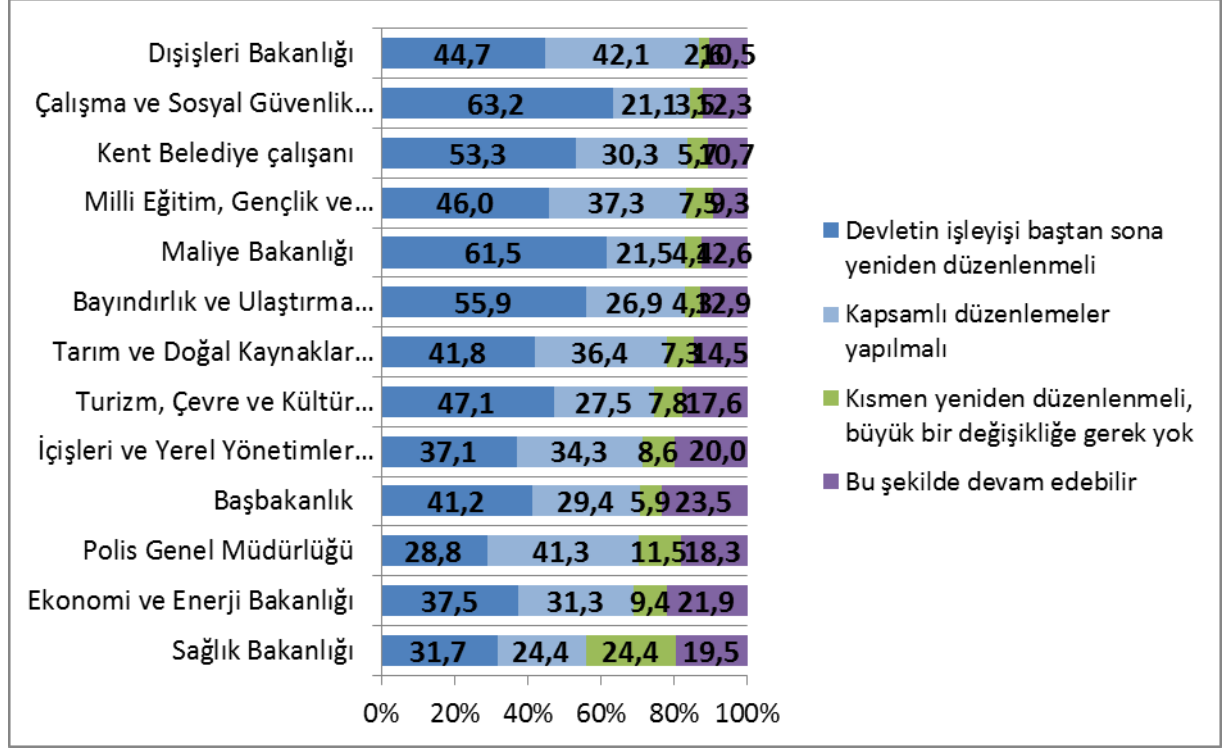
Kurumumun ağırlık verdiği konular, yani öncelikleri sürekli olarak değişiyor... ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 13.sırada yer almıştır.

Çalıştığım kurumun yapısı ve kuralları sürekli değişiyor...ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 13.sırada yer almıştır.

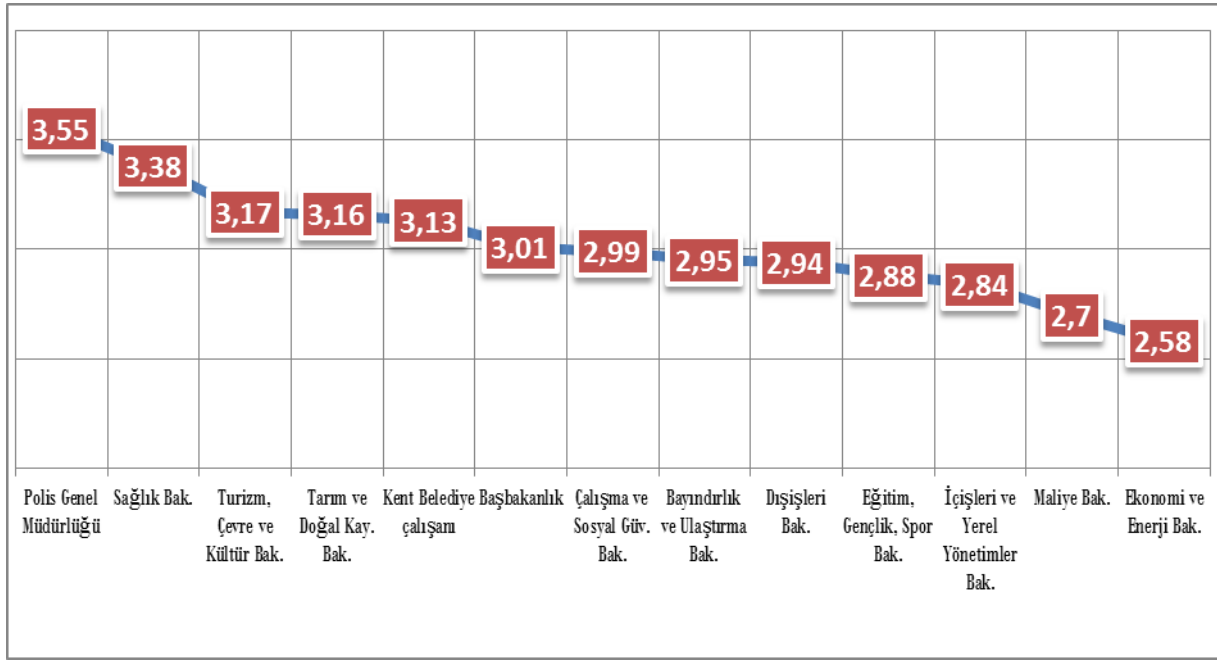
Kurumumda yöneticiler sık sık değişiyor...ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 13.sırada yer almıştır.

KKTC’de devletin yeniden düzenleme ihtiyacının olup olmadığına ilişkin aşağıdaki görüşlerin hangisine katılırsınız?.. ifadesi Sağlık Bakanlığı çalışanlarının değerlendirmeleri 13.sırada yer almıştır.

Şekil 13 KKTC'de devletin yeniden düzenleme ihtiyacının olup olmadığına ilişkin aşağıdaki görüşlerin hangisine katılırsınız



Şekil 14 İyi Yönetişim Göstergeleri Ortalamaları



İyi yönetim göstergeleri temelinde kurumların kendilerine yönelik algıları:

- Yeni çözümler fikirler geliştirebiliyor
- Hesap sorulabiliyor
- İşler makul bir süre içinde sonuçlandırılıyor
- Hangi kuralın uygulanacağı bellidir.
- Doğru ve yeterli bilgi veriliyor
- Vatandaş haklarını aradığında adil sonuç alabiliyor
- Personeli yerinde bulabiliyor
- Kararlarda vatandaş/sivil toplum kuruluşları söz sahibi
- Siyasi baskıdan bağımsız çalışıyor
- Kuralara uygun davranmaya özen gösteriliyor
- Kaynakları israf etmeden verimli çalışıyor
- Yasa ve kurallar herkese eşit uygulanıyor, kayırmacılık yoktur

iv. HANE HALKI KAMU YÖNETİMİ ALGI ARAŞTIRMASI

Araştırmanın genel amacı Kuzey Kıbrıs de jure nüfusun Kuzey Kıbrıs'taki kamu yönetimi konusundaki tutumlarını ve deneyimlerini belirlemektir. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki spesifik konular araştırılmıştır:³⁸

- Kuzey Kıbrıs Toplumunun En Önemli Sorunları

³⁸ KKTC Focus Grup Hane Halkı Kamu Yönetimi Algı Araştırması

- Yaşam memnuniyeti
- Kuzey Kıbrıs'ta sosyo- ekonomik koşullardan memnuniyet ve beklentiler
- Yönetim Kalitesine İlişkin Görüşler
- İyi yönetim Göstergelerine Yönelik Algılar
- Kurumların itibarı
- İstihdamda niteliğin ve kayırmacılığın rolü
- Kamu hizmetleri tecrübesi ve memnuniyet
- Altyapı hizmetleri fiyatlarına göre memnuniyet
- Devletin işleyişinde yeniden yapılanma ihtiyacı ve önceliği
- Demografi
- Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Meslek
- Vatandaşlık
- Hanehalkı Geliri
- Hanenin çeşitli altyapı hizmetlerine ilişkin harcamaları

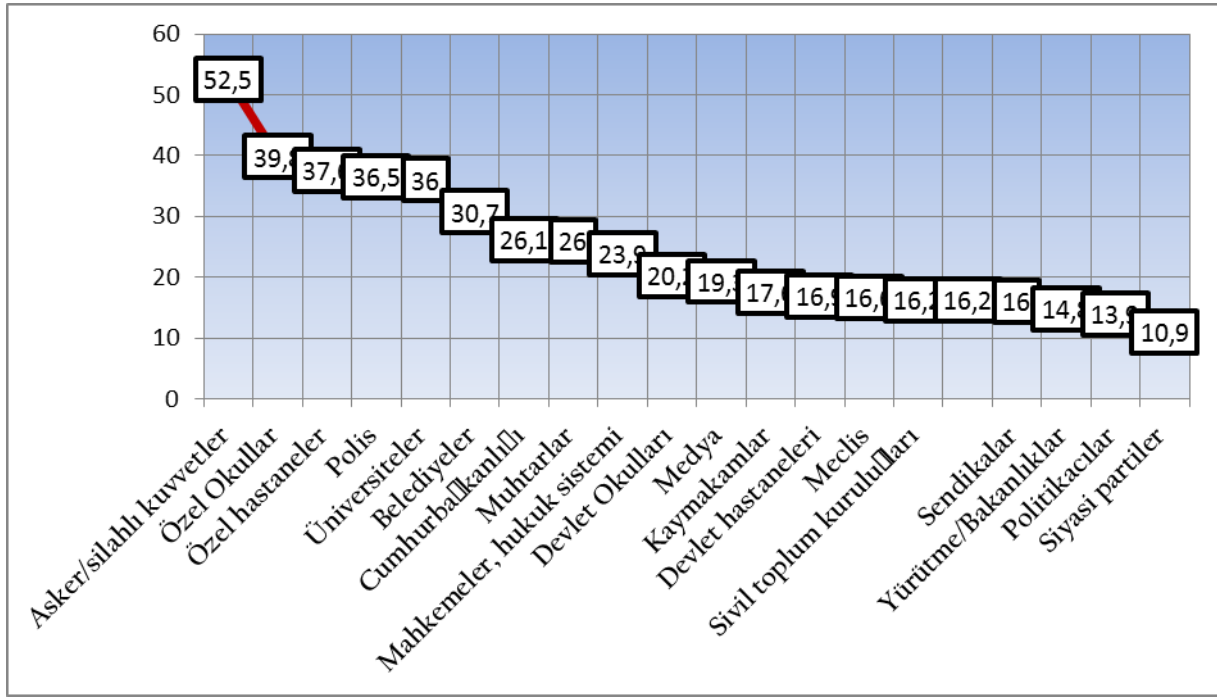
Bu çalışmada KKTC'de 18 yaş ve üzeri vatandaşların ikamet ettiği tüm haneler hedef nüfus olarak alınmıştır. Araştırmanın örneklemini sözü edilen hedef nüfusu temsil edecek biçimde belirlenmiş 1300 kişilik bir grup oluşturmuştur,

Yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilen çalışmada, örneklemin belirlenmesinde “çok aşamalı rastgele örneklem” yöntemi kullanılmıştır.

Şu anda toplumunuzun karşı karşıya olduğu en önemli üç konunun neler olduğunu düşünüyorsunuz sorusuna verilen cevaplardan ilk sırada işsizlik % 59,1 ile yer alırken sağlık sorunları % 4,9 ile 16 sorun arasından 12. Sırada yer almıştır.

Kurumları itibarı değerlendirmesinde 20 kurum arasında özel hastaneler ilk 3 de yer alırken devlet hastaneleri 13. Sırada yer almaktadır.

Şekil 15 Kurumların İtibarı

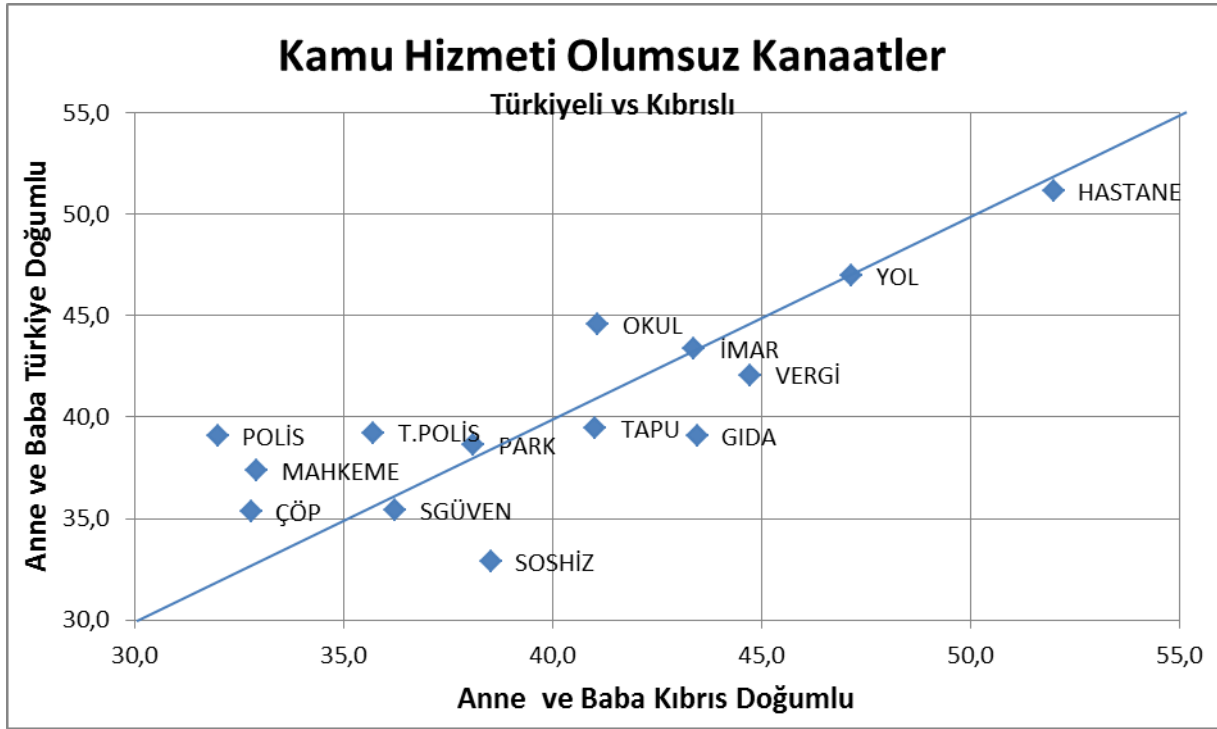


Son bir yıl içinde haneden birinin devlet hastanelerini kullanma oranı %77 ile ilk sırada yer almaktadır.

Sayılan 14 hizmet arasında memnuniyet oranı en düşük olarak devlet hastaneleri cevabı verilmiştir. Aynı şekilde ilçelere göre verilen hizmet puanı değerlendirmesinde ve kamu hizmeti memnuniyetinde de devlet hastanelerine en düşük puan verilmiştir.

Devlet hizmetlerinde yolsuzluk algısı ile ilgili 14 kurum arasında devlet hastaneleri 8. sırada yer almıştır.

Şekil 16 Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet



IV. ÜLKE ÖRNEKLERİ

i. GÜNEY KIBRIS RUM YÖNETİMİ

Güney Kıbrıs Rum Yönetimi (GKRY), 879.723 kişilik nüfusu³⁹ ve 5.896 kilometre karelik yüzölçümüyle⁴⁰, Kıbrıs adasını Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) ile paylaşan bağımsız, Avrupa Birliği (AB) üyesi bir devlettir. GKRY, AB üyeliğini 2004 yılında, adanın kuzeyi ile güneyindeki yönetimlerin Birleşik Kıbrıs Cumhuriyeti adlı yeni bir düzen altında birleşmesini Kıbrıslı Rumların halkoylamasında reddetmesinin ardından kazanmıştır. GKRY aynı zamanda Birleşmiş Milletler ve İngiliz Milletler Topluluğu üyesidir. Türkiye Cumhuriyeti adanın güneyini Kıbrıs Cumhuriyeti olarak tanımamakta, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi olarak adlandırmaktadır. GKRY, İngiliz sömürge deneyiminin de etkisiyle, hem Kara Avrupası sistemine hem de İngiliz ortak hukuku geleneğine dayalı karma bir hukuk sistemine sahiptir. Freedom House siyasal haklar ve sivil özgürlükler endeksinde üst sıralarda yer almaktadır. Birleşmiş Milletler İnsani Gelişim Endeksi'nde 169 ülke arasında 35. sıradadır.

Dünya Bankası yönetim göstergelerinde GKRY, hesap verebilirlik, yönetim etkinliği, kural hâkimiyeti, yolsuzluğun kontrolü ve düzenlemelerin kalitesi göstergelerinde

³⁹ Dünya Bankası, 2010 tahmini

⁴⁰ CIA World Factbook verisi

75-90 diliminde, siyasi istikrar göstergesinde ise 50-75 diliminde yer almaktadır.⁴¹

GKRY Sağlık Bakanlığı, Kıbrıs halkına yüksek düzeyde tıbbi bakım ve hasta haklarına saygılı sağlık politikaları geliştirmektedir. Bunun için, tüm Kıbrıs halkına eşit düzeyde sağlık hizmeti sunulmasını amaçlanmaktadır. Tıp ve Halk Sağlığı Hizmetleri, Ruh Sağlığı Hizmetleri, Diş Hizmetleri, Eczacılık Hizmetleri ve Devlet Genel Laboratuvarları bölümlerini altında bulundurmaktadır.

Avrupa Birliği Konseyi tarafından 2010 tarihinde kabul edilen Entegrasyon Rehberine uygun bir biçimde hazırlanan Kıbrıs Ulusal Reform Programı EU2020 raporunda GKRY'nin önceliklerine yer verilmiştir. Ulusal Reform Programının (URP) akıllı, yeşil (çevreye duyarlı) ve kapsayıcı bir büyüme gerçekleştirmek amacıyla oluşturulduğu belirtilmektedir. URP'de büyümeyi destekleyici, istihdam ve sosyal içermeyi sağlayıcı yapısal reformlara yer verilmiştir.

Bu çerçevede GKRY hükümetinin gündeminde orta vadede büyümeyi desteklemek, mali yapıyı güçlendirmek, sosyal içermeyi sağlamak, işgücüne katılımı artırmak, istihdam olanaklarını, özellikle kalifiye işgücü için, artırmak yer almaktadır. Euro bölgesinde yaşanan ekonomik kriz hedeflere, özellikle büyümeye ilişkin, ulaşmak noktasında engel olarak görülmektedir.

ii. İZLANDA

İzlanda Cumhuriyeti 103.000 km²'lik yüzölçümü ve 311.000 kişilik nüfusa sahip bir ada ülkesidir. Başkent Reykjavik ve etrafındaki yerleşimlerden oluşan güneybatı bölgesi nüfusun üçte ikisine ev sahipliği yapmaktadır.⁴² 2006'da kişi başına düşen GSYİH bakımından dünyanın en zengin yedinci ülkesiyken (\$65.566) yaşanan krizle birlikte 2010'a gelindiğinde yaklaşık %40 daralarak 16. sıraya gerilemiştir (\$39.548). 2000'li yılların ilk döneminde cari fazla veren ülkede 2010 yılında cari açık GSYİH'nin %8,9'una ulaşmıştır. Kamu harcamaları 2007 yılında GSYİH'nin %29,7'si iken 2009'da %38'ini oluşturmaktadır.⁴³

Dünya Bankası yönetim göstergelerinde İzlanda hesap verebilirlik, siyasi istikrar, yönetim etkinliği, kural hâkimiyeti ve yolsuzluğun kontrolü göstergelerinde diğer ülkeler arasında 90-100 diliminde en üst sırada yer alırken düzenlemelerin kalitesi göstergesinde 75-90 diliminde yer almaktadır.⁴⁴

⁴¹ http://info.worldbank.org/governance/wgi/sc_chart.asp (erişim: 28.09.2011).

⁴² CIA World Factbook – Iceland <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ic.html>

⁴³ World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>

⁴⁴ Worldwide Governance Indicators <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

İzlanda'da Refah Bakanlığı toplumsal refah, aile işleri, belediyelerin sosyal hizmetleri, sığınmacılar ve göçmenler, cinsiyet eşitliği, engellilerin istihdamı ve diğer işleri, sağlık ve sağlık sigortası işlerinin politikasından ve idaresinden sorumludur. Buna halk sağlığı, hasta hakları, hastanelerin, sağlık merkezlerinin ve diğer sağlık hizmet sağlayıcılarının yönetilmesi, eczacılık işleri ve sağlık sigortaları da dâhildir. 2011 yılından önce Sağlık Bakanlığı ve Sosyal İşler ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı olarak ayrı ayrı örgütlenmekteydi. Bakanlık teşkilatında daimi sekreter ve siyasi danışman, sosyal ve işgücü piyasası dairesi, ekonomik analiz dairesi, refah hizmetleri dairesi, kalite dairesi, hakların korunması dairesi, bütçe ve finansal işler dairesi ve idari işler dairesi bulunmaktadır. Bakanlık Teşkilatından halen 96 kişi çalışmaktadır.

İzlanda ülkenin ekonomik göstergelerini radikal bir biçimde etkileyen 2008 bankacılık krizinin ve yeni anayasanın oluşturulmasının ardından kapsamlı bir yeniden yapılanma sürecinin içine girmiştir. 2009 yılında erken seçimle iş başına gelen hükümet AB üyeliği için başvuruda bulunmuş ve İzlanda 2020 başlığıyla ileriye yönelik olarak refah devletini geliştirmeyi hedefleyen bir yeniden yapılanma vizyonu beyanında bulunmuştur. İzlanda 2020 belgesi, 2020 için çizilen vizyonun ekonomi ve toplumun geliştirilmesi için stratejiler, mali plan ve ekonomik eylem planlarıyla ayrıntılandırılmasını öngörürken, mevcut planlama ve politika geliştirme çerçevesini sorgulamakta ve ulusal ve bölgesel planlar, sektörel planlar, yatırım planlarının ve diğer politika geliştirme pratiklerinin uyumunun sağlanması ve basitleştirilmesi için önlemler alınması gerektiğine işaret etmektedir. Bütün bunları gerçekleştirebilmek için kamu yönetiminde bir reform planının geliştirilmesi, hizmetlerin kalitesinin artırılması, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi, kanun icrasının geliştirilmesi, elektronik hizmetlerin geliştirilmesi, tek-durak hizmetlerin geliştirilmesi ve fonksiyonel bir kamu yönetimi yapısının oluşturulması amaçlanmaktadır.

iii. MALTA

Malta Cumhuriyeti 300 km²'lik yüzölçümüne sahip bir ada ülkesidir. 2008 yılı verilerine göre ülkede 413.000 kişi yaşamaktadır. Üç adadan (Malta, Gozo ve Comino) oluşan ülkede başkent Valetta'nın bulunduğu ana adada nüfusun %92'si yaşamaktadır.⁴⁵

Malta sağlık, eğitim ve gelir göstergelerini kullanarak oluşturulan Birleşmiş Milletler İnsani Gelişmişlik Endeksi'nde 2010 yılında 33. sırada ve AB ortalamalarının üzerinde yer

⁴⁵ Ulusal İstatistik Ofisi <http://www.nso.gov.mt>

almaktadır.⁴⁶ Ülke 2004 yılından bu yana Avrupa Birliği üyesi ve 2008 yılından bu yana da Euro bölgesindedir. Ülkenin kişi başına düşen milli geliri, satın alma gücü paritesine göre 21.000 USD'dir ve ülkeler sıralamasında 45. sırada yer almaktadır.⁴⁷ Hizmetler GSYİH'ın %65'ini oluştururken, sanayi sektörü %33'ünü oluşturmaktadır.⁴⁸ Kamu harcamaları 2009 yılında GSYİH'ın %43,9'unu oluşturmaktadır.⁴⁹ Dünya Bankası yönetim göstergelerinde⁵⁰ Malta hesap verebilirlik, siyasi istikrar, yönetim etkinliği, düzenlemelerin kalitesi ve yolsuzluğun kontrolü göstergelerinde 75-90 diliminde yer alırken, kural hâkimiyeti göstergesinde diğer ülkeler arasında 90-100 diliminde en üst grupta yer almaktadır.⁵¹ 1998 yılından bu yana yolsuzluğun kontrolü alanında düzenli bir gelişme sağlanırken siyasi istikrar göstergesi azalma göstermiştir.

Malta'da Sağlık, Yaşlı Bakımı ve Halk Sağlığı Bakanlığı sağlık alanında faaliyet göstermektedir. Faaliyet organları ve alanları aşağıdaki gibidir:

Yaşlılar Dairesi: Görevi, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla evlerinde ya da konutlar, bakım evleri veya hastaneler gibi alternatif bakım merkezlerinde bir dizi hizmet sunarak yaşlıların saygınlığını artırmaktır.

Temel Sağlık Hizmetleri: Görevi, tüm yurttaşların kapsamlı temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, herkese kesintisiz bakım hizmeti sunmak ve tedaviye gerek duymaksızın kişilerin en iyi sağlık koşullarında yaşaması için yurttaşlara hizmet etmektir.

Hükümet Sağlık Satın Alma Hizmetleri: Görevi, güvenli ve etkili yüksek kalite ilaçların, farmasötik müstahzarların ve tıbbi araçların zamanında ve minimum maliyetle teminini sağlamaktır.

Sağlık Bilgisi ve Araştırmaları Dairesi:

Politika Geliştirme ve AB İşleri: Temel görevi, AB tarafından önerilen politikalara yönelik Bakanlığın pozisyonunu belirlenmesini koordine etmek ve AB üyeliğinden ve ikili/uluslararası ilişkilerden kaynaklanan fırsatları ortaya çıkaran ve değerlendiren yerel ve uluslararası bağ olarak faaliyet göstermektir.

Program Uygulama İzleme Başkanlığı: Görevi, diğer stratejik girişimlerle birlikte ulusal programların ve AB programlarının uygulanmasını izlemektir.

⁴⁶ International Human Development Indicators <http://hdrstats.undp.org/>

⁴⁷ International Human Development Indicators <http://hdrstats.undp.org/>

⁴⁸ World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>

⁴⁹ World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>

⁵⁰ <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

⁵¹ Worldwide Governance Indicators <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

Sağlık Hizmetleri İzni - İzin Dairesi (Yurtdışı Tedavi): Amacı, Malta yurttaşlarının diğer üye ülkelerde seyahat ederken tıbbi bakıma erişimlerini sağlamak ve yaptıkları harcamaların geri ödenmesi sürecini hızlandırmaktır.

Eczacılık Politikası ve İzleme Başkanlığı: Görevi, eczacılık politikalarının oluşturmak, izlenmek ve değerlendirmek ve Hükümet Formüler Liste Tavsiye Komitesi (Government Formulary List Advisory Committee) tarafından belirlenen reçeteleme politikalarını denetlemektir.

Eczacılık Dairesi: Lisanssız tıbbi ürünlerin kullanımına yönelik taleplerin işleme konmasından ve narkotik ve psikotrop ilaçların ithalatı, ihracatı ve kullanımıyla ilgili ruhsatlandırma ve düzenleme meselelerinden sorumludur.

Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi Dairesi: Kişilerin sağlıklarını korumalarına ve daha sağlıklı hayat tarzlarına sahip olmalarına yardımcı olmayı amaçlar.

Sağlık Hizmetleri Standartları Dairesi: Görevi, Malta adalarında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürekli olarak geliştirilmesi için bu hizmetleri düzenlemektir.

Çevre Sağlığı Dairesi: Halkın refahını ve sağlığını ters çevresel etkilerden korumak ve geliştirmektir.

Bakım Hizmetleri Standartları Dairesi

Malta’da kamu hizmetlerine yönelik reform süreci 1988 yılında Hükümet tarafından bir Kamu Hizmetleri Reform Komisyonu’nun kurulmasıyla başlamıştır. Komisyonun görevi, kamu hizmetlerini incelemek ve hizmetlerin, etkili yönetimin farklılaşan gereksinimlerine etkin bir şekilde nasıl yanıt vereceği konusunda öneriler sunmaktır. Reform sürecinin bu aşamasında hükümet, uzun dönemli bir çalışma sisteminin uygulamaya konması, terfi süreçlerinin performansa göre şekillendirilmesi, bilgi teknolojilerine yönelik yoğun bir yatırım programının oluşturulması ve üst düzey çalışanlar için orta vadeli yenilebilir sözleşme sistemine geçilmesi konularına odaklandı. 2009 yılında yapılan yeni bir reform ile yerel yönetimlere sağlanan kamu fonlarının kullanımında maksimum şeffaflık sağlamak ve denetlemek için bir dizi düzenleme yapılmıştır. Bürokrasiyi azaltması beklenen yetki devirlerinin beklenen etkiyi göstermemesi, yolsuzluklar, belediye başkanlarının otokratik tavırları güncel yerelleşme ve yerel yönetim tartışmalarını oluşturmaktadır.

iv. MAN ADASI

85.000 dolaylarındaki nüfusu ve 572 kilometre karelik yüzölçümüyle bir “mikro-ülke”

görünümü veren Man Adası'nın uluslararası hukuki statüsü "British Crown Dependency," yani "Britanya Kraliyet Toprağı" adı verilen ve Man Adası'nın yanı sıra diğer Manş Adaları Jersey ve Guernsey'i kapsayan bir statüdür. Ada, 1765 yılında Britanya Kraliyeti'nin mülkü olmuştur.

Man Adası'nın nüfusunun %51'ini kentsel nüfus teşkil etmektedir. Kilometre kare başına düşen kişi sayısı 141'dir. Başkent Douglas'ın nüfusu yaklaşık olarak 26.000'dir. Nüfusun ortalama yaşam süresi 80 civarındadır. Bu bakımdan 221 ülke arasında 22. en yüksek ortalama yaşam süresine sahip ülke konumundadır. Man Adası ekonomisinin ana sektörleri, offshore bankacılık, imalat ve turizmdir. Hükümet düşük vergiler ve teşvik yoluyla yüksek-teknoloji ve finans şirketlerini adaya çekme politikası gütmektedir, ki bu da yüksek gelirli istihdam olanağı yaratmıştır. Bu doğrultuda, tarım ve balıkçılığın gayri safi yurtiçi hasıladaki (GSYİH) payları da zaman içerisinde azalmıştır. Dikkat çekici diğer sektörler, e-kumar ve film endüstrisidir.

2009-2010 bütçesinde, en yüksek kamu harcaması, %41'lik bir payla, açık arayla Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nda yapılmıştır. (İkinci en yüksek kamu harcaması payı %18'le Eğitim Bakanlığı'na aittir.) Bu durum, Man Adası'nın reform gündeminde emeklilik sisteminin yeniden yapılandırılmasının yer almasını açıklar niteliktedir.

Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2010'da dönüştürülmesiyle oluşan Sağlık Bakanlığı teşkilatının genel görünümü aşağıdaki gibidir.⁵²

- BAKAN
- BAKANLIK MECLİS ÜYESİ
 - o GENEL MÜDÜR
 - KAMU SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ: Sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek, sağlık standartlarını yükseltecek mevzuatı hazırlamak, çeşitli sektörlerin sağlık üzerindeki etkisini tespit etmek; sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin bir şekilde sunulduğunu güvence altına almakla görevlidir.
 - FİNANS MÜDÜRLÜĞÜ: Muhasebe, bütçelendirme, mali raporlama, risk yönetimi, proje yönetimi, finansal farkındalık ve uyum eğitiminden sorumludur.

⁵² <http://www.gov.im/lib/docs/dhss//dh servicedeliveryplan20112012.pdf> (erişim: 27.09.2011).

o GENEL MÜDÜR YARDIMCISI

- SAĞLIK STRATEJİSİ VE PERFORMANS MÜDÜRLÜĞÜ: Genel tıbbi hizmetleri, diş hekimliği hizmetlerini, ezcacılık hizmetlerini, ve göz sağlığı hizmetlerini içeren aile hekimliği hizmetlerini yönetir. Bu hizmetlerin sunumu genellikle Bakanlığın onayladığı serbest çalışan hekimler ile Bakanlık arasında gerçekleştirilen hizmet sözleşmeleri üzerinden yapılır. Hastane ve uzmanlık hizmetleri Noble's Hastanesi üzerinden yürütülür.

- TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİCİSİ
- NOBLE'S HASTANESİ YÖNETİCİSİ
 - o BAŞHEMŞİRE, DANIŞMAN
 - o TIBBİ DİREKTÖR

- YÖNETİM VE BİLİŞİM MÜDÜRLÜĞÜ: Ekonomik Kalkınma Bakanlığı'nın Bilişim Sistemleri Bölümü'nün çizdiği çerçeve kapsamında çalışır. Proje yönetme, sistem geliştirme, veri koruma, diğer sağlık ajanslarıyla iletişim kurma gibi konularda Bakanlığa destek sağlar.
- MÜLK VE ARAZİ MÜDÜRLÜĞÜ: Sağlık Bakanlığı'na ait bütün mülkiyetin yönetiminden ve bakımından sorumludur. Diğer işlevleri arasında enerji tasarrufu, yangın önleme, mühendislik ve ekipman bakımı, mülkiyet konularında danışmanlık vardır.
- MESLEKİ SAĞLIK VE GÜVENLİK MÜDÜRLÜĞÜ: Bu birimin klinik ve danışmanlık hizmetleri, diğer bakanlıklara, yerel otoritelere ve özel sektöre sunulur. İşe alımdan önce sağlık kontrolü ve çalışma koşullarının tıbbi denetimi de bu müdürlüğün işlevlerindendir.
- İŞ GELİŞTİRME DİREKTÖRÜ

DİPNOTLAR

1. Hurst J. Performance Measurement and Improvement in OECD Health System: Overwiev of Issues and Challenges
2. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye
3. Bayrak Radyo ve Televizyon Kurumu
http://www.brtk.net/index.php?option=com_content&view=article&id=37367:genel-nuefus-ve-konut-sayiminin-gecc-sonuclari-aciklandi&catid=1:kktc&Itemid=3
4. Kıyaslama Çalışması, Dünya genelindeki küçük ülkeler ışığında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Tepav, 2011
5. KKTC Anayasası
6. KKTC Sağlık Bakanlığı web sitesi, <http://www.saglikbakanligi.com/>
7. 5.2008 Yılı Programı, KKTC Devlet Planlama Örgütü, Aralık 2007
8. KKTC Sağlık Sistemi Değerlendirmesi, T.C.Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Heyeti
9. KKTC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Mart 2012
10. KKTC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2008-2009-2010
11. KKTC Sağlık Sistemi Değerlendirmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Heyeti
12. KKTC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2010
13. KKTB Başkanı Dr. Suphi Hudaoğlu ile 22 Eylül 2011 de yapılan görüşme
14. http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/Benchmarking_Ireland's_Health_System.pdf
15. KKTC Kamu Sağlık Çalışanları Yasası
16. TC Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı
17. KKTC Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Faaliyetleri
18. KKTC Sağlık Kurumları Ücretler Tarifesi Tüzüğü
19. www.saglikbakanligi.com, Sağlık Hizmetleri Döner Sermaye Yasa Tasarısı
20. Kıbrıs Türk Sosyal Sigortalar Yasası
21. Emeklilik Müessesesi Yasası
22. Sosyal Güvenlik Yasası
23. Sosyal Sigortalar yasası
24. KKTC Sağlık Sistemi Değerlendirmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Heyeti
25. Prof. Dr. Recep Akdağ Sağlıkta Performans Yönetimi
26. KKTC Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Faaliyetleri
27. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Görev Raporu
28. KKTC Ankara Büyükelçiliği <http://kktcbe.org.tr/www/tr/Icerik.ASP?ID=762>
29. Prof.Dr.Sabahattin Aydın, Sağlıkta Performans:Ne için Nereye Kadar, SD 6.Sayı
30. Hospital Manager Nisan 2010 sayı:10
31. Koontz and Weihrich, Management (1988), s.4
32. Prof.Dr.İsmet Mucuk, Modern İşletmecilik (2003), s.35-36

33. KKTC Sağlık Bakanlığı web sitesi, <http://www.saglikbakanligi.com/>
34. OECD, Making Reform Happen Lessons From OECD Countries, 2010
35. Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği, Vatandaş Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması, 2011
36. Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği; Hekim Çalışma Koşulları, Sorunlar ve Beklentiler Araştırması, 2011
37. KKTC Focus Grup Kuzey Kıbrıs Kamu Çalışanları Araştırması
38. KKTC Focus Grup Hane Halkı Kamu Yönetimi Algı Araştırması
39. Dünya Bankası, 2010 tahmini
40. CIA World Factbook verisi
41. http://info.worldbank.org/governance/wgi/sc_chart.asp (erişim: 28.09.2011).
42. CIA World Factbook – Iceland <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ic.html>
43. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>
44. Worldwide Governance Indicators <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>
45. Ulusal İstatistik Ofisi <http://www.nso.gov.mt>
46. International Human Development Indicators <http://hdrstats.undp.org/>
47. International Human Development Indicators <http://hdrstats.undp.org/>
48. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>
49. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>
50. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>
51. Worldwide Governance Indicators <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>
52. <http://www.gov.im/lib/docs/dhss//dh servicedeliveryplan20112012.pdf> (erişim: 27.09.2011).

Bu rapor KKTC Devleti hde Fonksiyonel ve Kurumsal Gözden Geçirme Projesi" (KKTC-FOKUS) kapsamında hazırlanmıştır.

Proje 2010 yılında KKTC ve TC tarafından imzalanan protokol kapsamında hazırlanan "2010-2012 Kamunun Etkinliğinin ve Özel Sektörün Rekabet Gücünün Artırılması Programı"nda yer alan araştırma çalışmalarından biridir. Çalışmayı Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Nisan 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında yürüterek tamamlamıştır.



978-9944-927-58-1