

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİLEN İLLERDE
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BUNDAN
ETKİLENME DURUMU**

Nurullah EYLER

Ankara–2011

**T.C
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

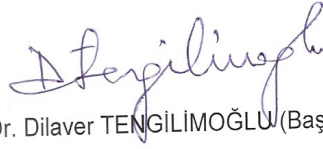
**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİLEN İLLERDE
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BUNDAN
ETKİLENME DURUMU**

Nurullah EYLER

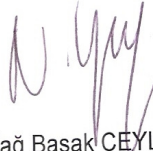
**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

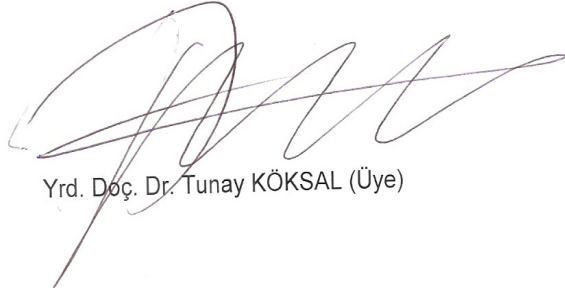
Nurullah EYLER tarafından hazırlanan "Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu" başlıklı bu çalışma, 26.01.2011 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan-Danışman)



Doç. Dr. Nildağ Başak CEYLAN (Üye)



Yrd. Doç. Dr. Tunay KÖKSAL (Üye)

ÖNSÖZ

Araştırma süresince danışmanlığımı yürüten ve hiçbir yardımı benden esirgemeyen tez danışman Hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na, çalışmalarımı her aşamasında destekleyen ve yol gösteren Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çevre Sağlığı Daire Başkanı Sn. Dr. Tacettin KAKİLLİOĞLU'na, çalışmalarım sırasında bana her türlü kolaylığı sağlayan mesai arkadaşlarıma, tüm eğitim ve araştırma sürem boyunca hep yanımda olan ve beni destekleyen başta oğlum Seyfullah olmak üzere tüm aileme çok teşekkür ediyorum.

Nurullah EYLER

HAZİRAN 2010

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR, TÜRKİYE VE AB'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1 KAVRAMLAR	3
1.1.1 Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık	3
1.1.2 Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık Hizmetleri	3
1.1.3 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	3
1.1.4 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.4.1 İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.1.4.2 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
1.2 BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	
SUNUMU	10
1.2.1 İngiltere	10
1.2.2 Almanya	11
1.2.3 İtalya	12
1.2.4 Norveç	13
1.2.5 Portekiz	14
1.3 AVRUPA BİRLİĞİNDE ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ	15
1.3.1 AB'de Koruyucu Sağlık ve Çevre Sağlığı Hizmetleri	17
1.3.2 AB Çevre Politikası'nın Yasal Dayanakları	18
1.3.3 AB Çevre Politikası'nın Hedefleri ve Temel İlkeleri	21
1.3.4 Altıncı Çevre Eylem Programı (Çevre 2010)	21
1.3.5 AB Çevre Politikası'nın Temel Uygulama Alanları	22

1.3.6 AB Çevre Politikası'nın Finansmanı	24
1.3.7 Avrupa Çevre Ajansı'nın Görevleri	25
1.3.8 AB Mevzuatı.....	26
1.3.8.1 Roma Anlaşması.....	26
1.3.8.2 Tek Senet.....	27
1.3.8.3 Beyaz Kitap (White Paper)	27
1.3.8.4 Beyaz Kitap'tan Sonra Yapılan Çalışmalar Dört Başlık Altında Toplanmaktadır	29
1.4. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU.....	31
1.4.1 Dönemler	31
1.4.1.1 Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları.....	31
1.4.1.2 1920–1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
1.4.1.3 1923–1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
1.4.1.4 1946–1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	33
1.4.1.5 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	36
1.4.1.6 1980–2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	37
1.4.2 Çevre Sağlığına Yönelik Hizmetler	40
1.4.3 Türkiye de Çevre Sağlığına Yönelik Hizmetlerin sunumu	41

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ VE SONRASI KORUYUCU
SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI

2.1 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	42
2.2 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI.....	45
2.3 SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATINDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI	51
2.3.1 Çevre Sağlığı Daire Başkanlığının Görevleri	51
2.3.2 Çevre Sağlığı Daire Başkanlığına Bağlı Şube Müdürlükleri ve Görevleri... ..	52
2.4 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU.....	55
2.4.1 Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması	55
2.4.1.1 Sağlık Ocağı	55
2.4.1.2 Sağlık Evi	56
2.4.1.3 Halk Sağlığı Laboratuvarı	56
2.5 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI SONRASI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU.....	57
2.5.1 Toplum Sağlığı Merkezi	57
2.5.2 Aile Sağlığı Merkezi	58

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİLEN İLLERDE ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BUNDAN ETKİLENME DURUMUNA İLİŞKİN ADANA VE KAYSERİ İLLERİNDE YAPILAN ALAN ARAŞTIRMASI

3.1 ALAN ARAŞTIRMASININ METODOLOJİSİ.....	60
3.1.1 Çalışmanın Konusu.....	60
3.1.2 Çalışmanın Amacı ve Önemi	60
3.1.3 Çalışmanın Yöntemi ve Uygulaması	61
3.1.3.1 Kuramsal Çerçeve	61
3.1.3.2 Araştırma Probleminin Belirlenmesi	61
3.1.3.3 Araştırma Modeli	61
3.1.3.4 Varsayımlar	61
3.1.3.5 Sınırlılıklar	62
3.1.3.6 Veri Toplama Yöntemi.....	62
3.1.3.7 Veri Analizi	62
3.1.3.8 Hipotezler	63
3.2 BULGULAR.....	64
SONUÇ	95
ÖNERİLER.....	98
KAYNAKÇA	101
EKLER	106
ÖZET	127
ABSTRACT.....	129

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1-1	İllerin Aile Hekimliğine Geçiş Tarihleri.....	47
Tablo 3-1	Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	64
Tablo 3-2	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerine İlişkin AHU Öncesi ve AHU Sonrası Durum Hakkında Görüşleri.....	66
Tablo 3-3	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetleri Hakkında Verdikleri Cevapların %'de değişimleri, Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)ve Soruların Anlamlılık Değeri Tablosu	68
Tablo 3-4.1	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmeti Verilen Mekanın Fiziki Yapısına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi.....	69
Tablo 3-4.2	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi.....	70
Tablo 3-4.3	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerini Sunan Personele İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi.....	71
Tablo 3-4.4	Katılımcıların Topluma Sunulan Çevre Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi.....	72
Tablo 3-4.5	Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda İdari Yapılanmaya İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi.....	74
Tablo 3-5	Araştırma Kapsamında sorulan sorulara verilen cevapların yüzde Değişimleri, Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)ve Soruların Anlamlılık Değeri Tablosu.....	76
Tablo 3-6	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu.....	78
Tablo 3-7	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Aldıkları Ek Ödeme (Döner Sermaye) Miktarından Memnuniyetleri	79
Tablo 3-8	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Mesleklerinin Dışındaki Başka Alanlarda Görevlendirilme Durumları	80

Tablo 3-9	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Yaptığı Çevre Sağlığı Çalışmalarının verimliliği Hakkındaki Düşünceleri.....	81
Tablo 3-10	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Aldıkları Eğitimin Yaptıkları Çevre Sağlığı Hizmetlerini Yürütmek İçin Yeterli Olup Olmadığı İle İlgili Düşünceleri.....	82
Tablo 3-11	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Merkezden Gelen Talimatların Uç Noktalara Kadar Ulaştırılıp Uygulanabilmesi Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	83
Tablo 3-12	Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Uç Noktalara Kadar Verilip Verilemediği Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılım	84
Tablo 3-13	Şikayetlerin Zamanında Değerlendirilebilmesi İle İlgili Dağılım	85
Tablo 3-14	Topluma Yapılan Eğitim Çalışmalarının Yeterliliği İle İlgili Dağılım	85
Tablo 3-15	Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Merkezden Beklenen Desteğin Bulunup Bulunamaması İle İlgili Dağılım	86
Tablo 3-16	İdarecilerin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Ne Kadar Önem Verdiği İle İlgili Dağılım	87
Tablo 3-17	Kurumda Çevre Sağlığı Birimi Dışındaki Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Bakışı İle İlgili Dağılım.....	88
Tablo 3-18	Kurumda Çevre Sağlığı Birimi Dışındaki Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Katkısı İle İlgili Dağılım.....	89
Tablo 3-19	Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Bürokrasinin Hızı İle İlgili Dağılım	90
Tablo 3-20	Görev Yapılan Beldedeki İdari ve Personel Yapılanmasının Hizmet Verilen Nüfusa Göre Yeterliliği İle İlgili Dağılım	91
Tablo 3-21	Hizmet Yılına Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnun Olma Durumu.....	91
Tablo 3-22	Sahaya Çıkılması Gerektiğinde Araç İhtiyacının Karşılanması İle İlgili Dağılım	92

Tablo 3-23	Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi İçin Mekan Ayrılması İle İlgili Dağılım	93
Tablo 3-24	Erkek ve Bayanların Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu İle İlgili Dağılım	93
Tablo 3-25	Çevre Sağlığı Biriminde Çalışan Personelin Çalıştığı Kurum İle İlgili Dağılım	94

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1-1	İnsan Faaliyetleri ile Çevrenin biyolojik, Fiziksel ve Kimyasal Öğeleri Arasındaki Etkileşimin Şematik Gösterimi.	8
Şekil 2-1	Ekim 2010 itibari ile Aile Hekimliğine Geçen İller	46

KISALTMALAR

WHO	World Health Organization
DST	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet planlama Teşkilatı
PGD	Piyasa Gözetimi Denetimi
ÇSD	Çevre Sağlığı Dairesi
SO	Sağlık Ocağı
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
SB	Sağlık Bakanlığı
AB	Avrupa Birliği
AHU	Aile Hekimliği Uygulaması

GİRİŞ

Koruyucu sađlık hizmetleri temel felsefe olarak hastalıđı tedavi etmeyi deđil insanların tedaviye ihtiyaç duymayacak řekilde korunmasını amaçlar. 1800'lü yıllardan sonra bařlayan sanayi devrimiyle batılı űlkelerden bařlamak űzere bűtűn dűnyada kontrolsűz bir sanayileřme ve bunun beraberinde getirdiđi kirlilik insanlıđı tehdit eder hale gelmiřtir. Bugűn çok bűyűk masraflar ederek tedavisi için uđrařtıđımız birçok hastalık ne yazık ki kirlettiđimiz bu çevrenin verdiđi zararlardan kaynaklanmaktadır. Koruyucu sađlık hizmetleri űlke ekonomisi için de çok önemlidir. İlave bir hayat kurtarmanın maliyeti koruyucu sađlık hizmetlerinde ortalama olarak 250 USD iken, bu rakam tedavi edici hekimlikte 5000 USD ye kadar çıkabilmektedir (Bulun, Demirbař, Kapıcıođlu, 2007:1). Kaba bir bakıřla hastanın ve hastalıđın tedavisi için yatırım yapma verimli bir uygulama gibi grűnse de tedavi esnasında kullanılan ilaç, yöntem ve uygulamaların maliyeti, bűnyeye verdiđi zararlar, tedavi sonrası ortaya çıkan tıbbi atıkların imhası için harcanan maddi kaynaklar vb. göz nűne alındıđında tedavi endeksli bir sađlık politikası izlemenin aslında çok da mantıklı olmadıđı karřımıza çıkmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri insana ve çevreye yönelik olmak űzere 2 ana başlıkta ele alınır. evre sağlığı hizmetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak ele alınmaktadır.

Tűrkiye'de koruyucu sađlık hizmetleri Sađlık Bakanlıđı bűnyesinde Temel Sađlık Hizmetleri Genel Műdűrlűđű tarafından yűrűtűlmektedir. 181 sayılı Sađlık Bakanlıđı kuruluř kanununda yer alan Temel sađlık hizmetleri genel műdűrlűđűnűn görev tanımında evre sađlıđı hizmetleri ne çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde, önem sırası, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetler olarak sıralanmaktadır. Ne yazık ki űlkemizde koruyucu sağlık hizmetleri daha çok kişisel hekimlik uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Kiřisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği kiři odaklı olmasıdır. Yani

sağlık hizmeti alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Halbuki çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin artması kişiye yönelik sağlık hizmetlerine ve iyileştirici sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltacaktır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölümde, sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kavramlar, Türkiye’de ve AB’de sağlık hizmetleri yer almaktadır.

İkinci bölümde, aile hekimliği uygulaması ve bunun Türkiye’deki sağlık hizmetlerine ve çevre sağlığı hizmetlerine etkisinin nasıl olduğu konusundaki bilgilere yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise, aile hekimliği uygulamasının 2008 yılında uygulanmaya başlandığı Kayseri ve Adana illerinde çevre sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği uygulamasından etkilenme derecesini belirlemeye yönelik yapılan alan çalışmasına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR, TÜRKİYE VE AB'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1 KAVRAMLAR

1.1.1 Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık

Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık, sadece hasta veya sakat olmamak değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmaktır. (<http://www.who>)

1.1.2 Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Teşkilatına Göre Sağlık Hizmetleri, hastalıkların tanı ve tedavisini, sağlığın geliştirilmesini ve sürdürülmesini içerir (<http://www.who>)

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000:5). Sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla; 1) koruyucu sağlık hizmetleri, 2) tedavi edici sağlık hizmetleri, 3) rehabilitasyon hizmetleri 4) sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana bölümde incelenebilir.

1.1.3 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusundan itibaren durumunun düzeltilmesi ve hasta sıfatıyla kişiye verilen her türlü hizmettir. Bu hizmetlerin kapsamına muayene, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat, personel giderleri vb. her türlü uygulamalar girer.

1.1.4 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir.

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak aşı hariç kişilerin fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da genişleyerek sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığını koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır.

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. İşte bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri çoğu zaman kişisel fayda hedeflemediği ve tüm

toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı bir rol de oynamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ölkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve verem savaş dispanserleri yoluyla verilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak da iki grupta incelenebilir (Akdur, 2000: 5-6).

1.1.4.1 İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri, kişileri dolayısı ile toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütölmektedir. Bunlar;

- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Kişisel sağlık düzeyini yükseltme (Kişisel hijyeni sağlama)
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aile planlaması
- Bağışıklama
- Sağlık Eğitimi
- İlaçla koruma
- Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler üç düzeyde ele alınır (Hayran ve Sur,1997: 17).
- **Primer Koruma:** Asılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

- **Sekonder Koruma:** Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.
- **Tersiyer Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir. Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılarak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem vermeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998:83).

1.1.4.2 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri, WHO çevre sağlığını “Sağlığı olumsuz olarak etkileyebilecek olan ve bir bireyin dışında yer alıp onu ve davranışlarını etkileyen bütün fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenleri saptamak ve kontrol altına almaktır. Temel hedef sağlığı korumak ve destekleyici çevreler oluşturmaktır. Bu tanım, çevre ile ilişkisi olmayan davranışsal faktörleri ve davranışları etkileyen sosyal kültürel faktörleri ve genetik faktörleri kapsamaz.” diye tanımlar. (<http://www.who>)

Yaşadığımız çevrede kirlilik oluşan alanlar, hava, su, toprak ve gürültü kirliliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çevre Sağlığı Hizmetleri, hastalığın oluşmadan önlenmesi amacını taşıyan hizmetler bütünüdür. Geniş bir yelpazesi vardır. Sağlık alanındaki harcamaları azaltacak uygulamaların temelini oluşturur. Geri dönüşümsüz sağlık problemlerini önleme ve kalıcı sakatlık, özürlü ve ölümlerin önlenmesi,

toplumun sağlık göstergelerini düzeltmeye yarayan, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturması gereken hizmetler bütünüdür.

İnsanın çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü olarak ele alınır.  evre sağlığının temel konuları:

- İçme ve kullanma sularının sanitasyonu,
- Katı ve sıvı atıkların zararsızlandırılması,
- Hava kirliliği ve sağlık etkilerinin  nlenmesi,
- Sağlıklı barınma koşullarının temini,
- Besin Sanitasyonu,
- Vektör ve kemirici kontrolü,
- Toksik Kimyasallar ve sağlık etkilerinin  nlenmesi,
- Gürültü sağlık etkileri ve  nlenmesi,
- Radyasyon sağlık etkileri ve  nlenmesi,
- Aydınlatma, ışık ve sağlık etkileri,
- Havalandırma, kapalı ortam kirliliği ve sağlık,
- Sağlığa zararlı olabilecek kuruluşlar,
- Seyahat Sağlığı Sağlıklı  alışma koşullarının temini,
- Kazaların  nlenmesi,
- Ergonomi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,

Şekil 1-1 İnsan Faaliyetleri ile Çevrenin biyolojik, Fiziksel ve Kimyasal Öğeleri Arasındaki Etkileşimin Şematik Gösterimi.



Kaynak: Tekbaş, Ömer Faruk, (2010) **Çevre Sağlığı** GATA Basımevi

Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu konuda ki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir. Türkiye’de gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının %63-66’lık kısmı ayakta tedavi giderleri, %25-29’luk kısmı ise yatarak tedavi giderleri olarak gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplam sağlık harcamalarının sadece %1’ini oluşturmaktadır (SB, S.P.G.K, 993:17).

Çevreyi Kirleten Temel Sektörler, Çevre kirlenmesine, çevrenin bozulmasına ve doğal kaynakların aşırı tüketilmesine neden olan tek etken sanayi sektörü değildir. Ancak büyük önemi vardır. Bu sebeple, çevre politikalarının oluşturulması başta sanayi olmak üzere diğer temel sektör faaliyetlerini kapsayacak bir bütünlük içinde de alınmalıdır.

Çevre kirlenmesine sebep olan başlıca sektörler şunlardır:

- Sanayi Sektörü,
- Enerji Sektörü,
- Madencilik Sektörü,

- Tarım Sektörü,
- Yerleşim Alanları,
- Altyapı ve Ulaşım Sektörü,
- Turizm Sektörü olarak sayılabilir.

Çevrede kirliliğe yol açarak sağlığımızı olumsuz etkileyen etmenlere bakacak olursak;

— **Hava kirlenmesi:** Genel anlamda, sanayi kuruluşlarında meydana gelen emisyonların yeterli önlemler alınmadan atmosfere bırakılması, ulaşım araçlarından kaynaklanan egzoz gazlarının atmosfere verilmesi, çeşitli tesislerde ve evlerde yakılan fosil yakıtlarından ortaya çıkan partikül, kükürt, azot oksitler ve hidrokarbonlardan oluşmaktadır.

— **Su kirlenmesi:** Aynı şekilde sanayi atıklarının ve evsel sıvı atıkların herhangi bir arıtmaya tabi tutulmadan doğrudan su kaynaklarına boşaltılması ile toprakta biriken pestisit ve kullanılan kimyasal gübre kalıntılarının zamanla taşınarak, yüzey veya yeraltı su kaynaklarına ulaşması sonucu ortaya çıkmaktadır.

—**Toprak kirlenmesi:** Arazinin yanlış kullanılması, fazla gübre kullanımı, tarım koruma ilaç kalıntıları ile sanayi ve evsel katı atık ve artıkların doğrudan araziye dökülmesi, ayrıca hava kirlenmesine sebep olan kirleticilerin yağışlarla toprağa ulaşması sonucu meydana gelmektedir.

—**Gürültü kirliliği:** Sebep olan kaynaklar; plansız kentleşmeye bağlı yerleşim alanları, ulaşım araçları, hava taşımacılığı ve endüstriyel kuruluşlardır.

Özellikle gece saatlerinde trafik ve havaalanı gürültüsüne uzun süre maruz kalanların hipertansiyon açısından artmış risk oluşturduğu saptanmıştır. Gürültüden kronik etkilenimin MI (Kalp Krizi) riskinin artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

—**Çevre kirlenmesi:** Yöre, bölge veya ülke genelinde olabileceği gibi uluslar arası boyutlarda da olmaktadır. Çünkü coğrafi sınır tanımayan

meteorolojik olaylar, uluslar arası akarsu ve denizlerde de ortak sorunlar meydana getirmektedir.

İnsan sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çevresel faktörleri saptamak ve gereken tedbirleri almak suretiyle etkeni yok etmek çevre sağlığı uygulamalarının esasıdır (Tekbaş,2010: 53).

1.2 BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

Bazı AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri sunumu aşağıda kısa kısa verilmiştir.

1.2.1 İngiltere

İngiltere'de sağlık işleri 1942 yılında kurulan NHS (National Health Service) ulusal sağlık hizmeti tarafından yürütülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetini Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler vermektedir. Aile Hekimi / Genel Pratisyenler muayenahanelerde ya da 4-5 hekimden oluşan grup muayenahanelerinde (Sağlık Merkezi) hizmet verirler. Sağlık Merkezleri 10-15 bin nüfusa koruyucu, tedavi edici, geliştirici ve rehabilite edici hizmetten sorumludur. Tedavi hizmetleri 2500 kişiden sorumlu Aile Hekimi / Genel Pratisyenlerce verilir. Hastalar acil olmadıkça ya da kendi Aile Hekimleri tarafından sevk edilmedikçe hiçbir şekilde hastaneye kabul edilmezler. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlık Öğrenciliği Tıp Fakültesi sonrası 3 yıllık bir süreçtir. (Highlights on Health in Ireland, 1998:1-43.)

Hekim dışındaki diğer elemanlar Sağlık Ocağının bakmakla yükümlü olduğu nüfusun indeksli “sabit” elemanlarıdır. Hekimin sorumlu olduğu nüfus Sağlık Ocağınıninki ile çakışmaz. Başka bir deyişle, Sağlık Ocağından ebelik ya da konuşma terapisi hizmeti alan bir birey, hastalandığında başka bir Sağlık Ocağı ya da grupta çalışan bir hekime başvurur. Sağlık Ocağı hemşire

yönünden zengindir. Hemşireler genellikle evde hizmet verirler, hizmetlerine göre farklı eğitimlerden geçmişlerdir ve farklı isimler taşırlar. Hekim Sağlık Ocağında hasta görüyorsa randevuyla çalışır. İki saatlik öğle arasında ev ziyaretleri yapar. Geceleri ve hafta sonunda kendilerine kayıtlı kişilerin telefonlarını beklemekte ve gerektiğinde eve gitmektedir. Hekimin ücretlendirilmesinde kayıtlı kişi sayısı, çalıştığı bölgenin özellikleri, kıdemi, gece ziyareti sayısı gibi etmenler rol oynamaktadır.

Sağlık Ocağında yönetici eleman olmadığı gibi, sağlık meslek sahiplerinden biri diğerinin amiri de değildir. Sonuç olarak Sağlık Ocağının patronu yoktur. Her meslek grubu, kendi meslek örgütü tarafından denetlenir, eğitilir ve kollanır. Her eleman kendi ilgi alanındaki istatistiksel veriyi bölge düzeyine bildirmekle yükümlüdür. Sağlık elemanlarının temel ilgi alanı ev içi sosyal sorunlardır. Konut sağlıksızlığı, yalnız yaşlılar çocuk dövme sendromu, evli olmayan (çocuk) anneler, ilaç bağımlılıkları, temel sorunları oluşturur. Baş biti gibi enfestasyonlar da evde saptanıp tedavi edilir.

Bağışıklama Sağlık Ocağının görevlerindendir. Anne getirdikçe, çocuklara 12 aya değin Difteri, Tetanoz ve Polio şeması başlanır. Kızamık 12 aydan sonra uygulanır. BCG rutin olarak 12 yaştan sonra, Tuberkülin'le yapılır, kuşku temasta yaşamın ilk on gününe kadar çekilebilir. (Toplum Ve Hekim, 1994-5;)

1.2.2 Almanya

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren Aile Hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Toplam 7,5 yıl süren tıp eğitimi içinde 1 yıl intörnlük, 1,5 yıllık zorunlu klinik eğitim görmek ve bitirme sınavında başarılı olmak gerekmektedir. İlk Aile Hekimliği Kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır. Bugün 24 Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Kürsüleri bulunmaktadır. Tıp Fakültelerindeki Aile

Hekimliği Kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır. Aile Hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45 dir. Almanya, sağlık hizmetleri konusunda dünyanın en yüksek standartlara sahip ülkesidir. Ancak yaşlanan nüfus ve doğum oranlarındaki düşüş nedeniyle, sağlık sistemi aşırı borçlanma altındadır. (Highlights on Health in Ireland,1998:1-43.)

1.2.3 İtalya

İtalya'nın nüfusu 60 milyondur. Ulusal sağlık sistemi ile sözleşme yapan 47.000 aile hekimi görev yapmaktadır. Ücretlendirme kapitasyon esasına dayanır.

Aile hekimliği eğitimi bazı üniversitelerde (Modena, Genova, Pavia, Udine, Bologna, Rome ve Milan) mezuniyet öncesi dönemleri de kapsamaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi henüz gerçek anlamda bir uzmanlık eğitimi değildir. Üç yıl süren ve 1 yılı ofiste geçirilen bir kurstur. Bu program sadece İtalya'nın bazı bölgelerinde uygulanır. Başka yerlerde bu 2 yıldır ve bazılarında hiç yoktur.

Sürekli tıp eğitimi, ulusal sağlık sistemi ile sözleşme imzalayan aile hekimleri için zorunludur. Ulusal sağlık sistemi İtalya'da zor dönemlerini yaşamaktadır. Birçok hizmet ve ödemede kesintiye gidilmektedir

EURACT İtalya'da en yaygın ve basında en görülebilir network organizasyonudur. Giderek genişleyen bu network aracılığıyla İtalya'da mezuniyet öncesi eğitimi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimine ilişkin ulusal düzeydeki sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin giderilmesi beklenilmektedir.

Çalışma koşullarının zorluğu ve kalite ve ödemelerinin kısıtlanması; medyanın hekimlere saldırısı ve hekimlerin sağlık hizmetlerinin kötü gidişatından sorumlu tutulmaları aile hekimlerinin çalışma şevkini kırmaktadır. Birçok hekim emekli olmayı yeğlemektedir ve genç hekimler aile hekimliğini ilk seçenek olarak görmemektedirler. (Carelli, Francesco, 2006:1)

İller; çevre koruma ve değerlendirme, afetlerden korunma, toprak, su ve enerji kaynaklarının korunması, kültürel varlıkların değerlendirilmesi, kara ve iç sularda avcılık, çöp organizasyonu, su akışlarının düzenlenmesi, hijyen ve koruyucu sağlık görevleri, sanat ve mesleki eğitimde lise seviyesinde eğitim, okul tesisleri yapma, yerel yönetimlere teknik ve idari yardım yapılması, bilgi toplanması ve hazırlanması, belediyelerle işbirliğini ve programları göz önüne alarak bölge düzeyindeki, ekonomik, ticari, turistik, sosyal, kültürel ve sportif sektörlerde işleri ve faaliyetleri koordine ve teşvik etmek konularında idari görevler yaparlar (Türker, 1998:497).

İller kendi alanları içinde şu görevlerin yürütülmesinden sorumludurlar: Toprağın ve çevrenin korunması, su ve enerji kaynaklarının korunması, kültürel varlıkların değerlendirilmesi, kara ve iç sularda avcılık, çöp organizasyonu, okul tesisleri yapmak, yerel yönetimlere idari ve teknik yardım yapılması, bölge ölçeğinde ekonomik ve ticari hayata katkıda bulunmaktır.

1.2.4 Norveç

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan Aile Hekimleri, Hemşire, Ebe, Diş Hekimi gibi personelle çalışır. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır.

Altı yıllık mezuniyet öncesi eğitimin ardından aile hekimi yanında ve hastanede toplam bir yıllık “hekim adaylığı” eğitimi mevcuttur. Birinci basamakta çalışabilmek için bu eğitim yeterlidir. Ancak ücretlerdeki farklılık nedeniyle uzmanlık yapmak daha cazip hale gelmiştir. Norveç’te AH uzmanlık eğitiminin süresi 5 yıldır. Bu eğitimin bir yılı hastanede, dört yılı ise birinci basamakta geçmektedir. AH’nin 1985 yılında bir uzmanlık olarak tanınmasının ardından yeniden sertifikalandırma kuralları getirilmiştir. Yeniden sertifikalandırma her 5 yılda bir tekrarlanır ve bazı şartları mevcuttur. Bu 5 yıl süresince en az 1 yıl seçilmemiş hasta grubu ile klinik uygulama

yapma ve minimum 200 kurs saatini karşılayan tanımlanmış eğitim veya bilimsel etkinlikte bulunma koşulu sağlanmalıdır.

Norveç'te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar. 1984 yılında "Yerel Yönetimler Sağlık Planı" uygulamaya konulduğundan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır. Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1500-2500 kişi bir aile hekimine kayıt olur.

Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına Yerel Sağlık Yönetimi karar verir. Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler, ancak hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır. Sağlık hizmetlerinde devlet fonu, Genel Sağlık Sigortası ve hizmet karşılığı ödemelerden oluşan karma finansman sistemi vardır. Aile hekimleri belediyelerle sözleşmeli çalışabilmek için belediye sağlık planına uymak durumundadırlar.

Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile olur. (Council Of Europe, Sayı:12.)

1.2.5 Portekiz

Ulusal Sağlık Sistemi 1979 da kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Buralardaki çalışma ekip çalışması olup Aile Hekimleri de bu ekibin içinde yer almaktadırlar. Her kişi bir Aile Hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi üç yıldır. 1987 yılından itibaren bu eğitim birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu hale getirilmiştir. 1982 de Aile Hekimliği koleji kurulmuştur. Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte Aile Hekimliği eğitiminden sorumludur. Eğitim sonrasında sınav zorunluluğu vardır.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, İspanya'da 1979, Yunanistan'da 1986, İtalya'da 1985'de 3 yıl olarak belli bir sisteme oturmuştur.

1.3 AVRUPA BİRLİĞİNDE ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

1Temmuz. 1987 de yürürlüğe giren Tek Avrupa Senedinde, sağlığın korunması, çevre ve tüketicilerin sağlığı konuları ele alınmış ve halk sağlığını yükseltmek için bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerine yer verilmiştir.

1Kasım 1993 Maastricht Anlaşması ile bugünkü Avrupa Birliği kurulmuştur. Birliğin kuruluşunda, AB vatandaşlarının sağlığını koruma ve iyileştirme politikalarına yer verilmiştir. Anlaşmanın 129. maddesi AB ve sağlık açısından son derece dikkat çekicidir. Bu madde ile Topluluk, Üye Devletlerarasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir denilerek, sağlık konusunun AB politikalarındaki yeri ifade edilmiştir. Avrupa Birliği Ülkeleri, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, insan gücü ve fiziksel kapasite sorunlarını genel olarak çözmüşlerdir. Bu konuların çözümünde ortak bir nokta yoktur. Her ülke kendisine özgü yollarla sağlık hizmetlerinin bu temel sorunlarını çözmüştür. Genişleme sürecinde de bu tutum devam etmiş ve Birliğe girecek olan her üye devletin bu sorunları kendi içinde çözmesi istenmiştir.

İlk Basamak Sağlık Hizmeti; Almanya, Belçika, Lüksemburg, Hollanda ve İsveç'te çağrılınca eve de gelen hekimlerle, Aile Hekimleri ile verilirken, Danimarka ve Finlandiya da Sağlık Ocakları örgütlenmesi ile verilir (Kocabaş, 2010). AB Ülkelerinde, ikinci basamak sağlık hizmetleri olan hastanelerin büyük çoğunluğu ise yerel otoritelere bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bir kısmı, İngiltere, İrlanda, Danimarka, İsveç, Finlandiya ve Portekiz'de, devletin vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Almanya, Belçika, Lüksemburg ve Avusturya ise, ağırlıklı olarak sosyal sigorta kaynaklarıyla finanse etmektedir. Yunanistan, İtalya ve Fransa vergi gelirleri ve sosyal sigorta kaynakları ile Polonya, Hollanda ve

Macaristan ise tamamına yakını sosyal sigorta kaynakları ile karşılamaktadır (İstanbul Tabip Odası Yayınları, 2003:25).

Sağlık hizmetleri temel sorunlarını genel olarak çözen AB Ülkeleri, daha çok, bulaşıcı hastalıklar, AIDS, alkol, sigara ve ilaç bağımlılığı, kanser gibi konulara yönelmişlerdir. (TC SB AB Koordinasyon Daire Başkanlığı Yayınları Yayın No: 642)

Avrupa Birliğine üye devletlerin Ulusal sağlık politikaları farklılıklar göstermektedir. Birliğin de bu farklılıkların ortadan kaldırılması konusunda bir çabası bulunmamaktadır. Tam tersine, üye ülkelerin kendi Ulusal Sağlık Politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir. Ancak, İç Pazarın tamamlanması çerçevesinde alınan önlemler arasında sağlıkla ilgili bazı önlemler de yer almaktadır. Örneğin; sınırlarda “fiziki engel” oluşturan sağlık kontrollerinin kaldırılabilmesi için üye devletlerin kendi içlerinde sağlıkla ilgili bir dizi önlem almaları gerekmiştir. Yine halk sağlığı ile dolaylı ilgisi olan bir konu da ürünlerin standardizasyonudur. Avrupa Birliği, sağlıkla ilgili yasaklama önlemlerinin ticarete engel oluşturmaması için piyasada tüketime sunulan tüm ürünlerde asgari ortak şartlar aranmasına karar vermiş ve üye devletleri bu kararı uygulamaya çağırmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi her ne kadar bağlayıcı olmayan çalışmalar mevzuatta yer almakta ise de, sağlık konusunda tüm üye ülkelerin belirli bir standardı yakalamış olması Birliğin temel felsefesi olmasından dolayı, üye devletlerce bu hükümler ciddiye alınarak uygulanmakta ve Birliğin birtakım fonları ve programları ile üye ülkelerin belirlenen standartlara ulaşması desteklenmektedir. Ayrıca, üye devletlerden birinin ortaya koyacağı standarda diğer ülkelerin uyma zorunluluğu olmamakla birlikte, kişilerin ve malların serbest dolaşabilmesi için tüm üye devletlerin, Birliğin koyduğu asgari koşullara uyma zorunluluğu kendiliğinden doğmaktadır.

1.3.1 AB’de Koruyucu Sağlık ve Çevre Sağlığı Hizmetleri

Avrupa bütünleşmesinin temel unsurlarından biri olarak kabul edilen serbest rekabetin ve serbest dolaşımın sağlanması, çevre alanında da ortak girişimleri ve ortak bir politikayı zorunlu kılmıştır.

Ortak politikalar belirlenmesinde aşağıda belirtilen sebepler etkili olmuştur;

- Üye ülkelerde farklı çevre politikaları uygulanması, özellikle farklı çevresel ölçütlerin belirlenmesi, ürünlerin maliyetlerinin değişik olmasına sebep olabilmektedir.

- Üye ülkelerin bazılarında hava ve su kirliliğini önlemek amacıyla gerekli görülen yatırımlar, ürünlerin maliyetini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu ve benzeri hususlar nedeniyle de üye ülkeler arasında malların serbest dolaşımının ve serbest rekabetin tam olarak sağlanamaması gibi bir sorun ortaya çıkabilmektedir.

- Üye ülkelerde erişilmiş bulunan yaşam kalitesinin daha da yükseltilebilmesi için doğal yaşam koşullarının sağlıklı bir biçimde devam ettirilmesinin ve geliştirilmesinin gerekli olduğunun anlaşılması.

- Aynı ekonomik düzenin parçası olan ülkelerde çevre politikalarındaki farklılıklar nedeniyle, yaşam koşullarının farklı şekillerde ve düzeylerde olması üye ülkelerce, siyasi bakımdan da, arzu edilmeyen bir durum olarak değerlendirilmiştir.

- En temel sebeplerden biri ise çevre kirlenmesinin siyasal sınırları tanımaması olgusudur. Çevre kirliliğinin bir ülkeden diğerine kolaylıkla yayılması, Avrupa Birliği’ne üye ülkeleri, ellerindeki imkânları bu konuda da ortaklaşa ve dayanışma içinde kullanmaya itmiştir.

- Çevre kirlenmesi ile mücadelenin kapsamlı araştırmalar, kirlenmenin önlenmesi ve ortadan kaldırılmasının da kapsamlı çabalar gerektirmesi, bu alanda gerekli harcamaları paylaşma, işbirliğine ve işbölümüne gitme ihtiyacını artırmıştır.

➤ Avrupa bütünleşmesini çevre sorunları ile ilgilenmeye yönlendiren bir başka etken ise, Birlik dışından kaynaklanmıştır. 1972 yılında İsveç'in başkenti Stockholm'de yapılan Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı bu alanda Birliğin de harekete geçmesine zemin hazırlayıcı nitelikte olmuştur (Avrupa Çevre Ajansı,2003:4-7).

1.3.2 AB Çevre Politikası'nın Yasal Dayanakları

Konsey'in çağrısı üzerine Komisyon'un hazırladığı Çevre Eylem Programı, 22 Kasım 1973 tarihinde Konsey ve üye ülke temsilcileri tarafından kabul edilerek Topluluk bildirisi haline getirilmiştir. Bu eylem programını;

- 1977 yılında 2. Çevre Eylem Programı,
- 1983 yılında 3. Çevre Eylem Programı,
- 1987 yılında 4. Çevre Eylem Programı,
- 1993 yılında 5. Çevre Eylem Programı
- 2002 yılında 6. Çevre Eylem Programı izlemiştir.

Topluluk kurumlarına çevre sorunları ile ilgili girişimde bulunmak konusunda açık biçimde yetki tanınması ile ilgili hükümlerin Kurucu Antlaşmalara dahil edilmesi ise 1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi ile gerçekleşmiştir.

1972 yılında, Avrupa Topluluğu, Birleşmiş Milletler'in ilk Çevre Konferansı'nın ardından 1973-1977 yıllarını kapsayan 1. Çevre Eylem Programı'nı kabul etmiştir. Beş yıllık bir süreyi kapsayan bu program ile Topluluk, gelecekteki politikalarını biçimlendirecek ve bu politikalara yol gösterecek ilke ve önceliklerini belirlemiştir.

1978-1982 yıllarını kapsamak üzere 2. Çevre Eylem Programı hazırlanmıştır. Bu ilk iki eylem programı, kirlenme ile ilgili geniş kapsamlı sorunları kontrol altına almaya yönelik ayrıntılı bir faaliyetler listesi içermektedir. Sonraki programlarda da göz önüne alınacak bazı temel ilkeler, bu ilk iki program ile ortaya koyulmuştur.

1982-1986 yıllarını kapsayan 3. ve 1987-1992 yıllarını kapsayan 4. Eylem Programları, çevrenin ve Topluluk doğal kaynaklarının korunmasında küresel ve bütünlüklü bir strateji oluşturulmasını öngörmüştür. Burada amaç, genel olarak, çevre politikasının Topluluğun diğer politikaları ile uyumlaştırılmasıdır. Bu eylem programlarında vurgu, kirlenmenin kontrolünden önlenmesine kaydırılmış ve çevrenin korunması kavramı, toprak kullanımı politikalarını, diğer Topluluk politikaları ile çevresel konuların ve sorunların bütünleştirilmesini ve bir arada ele alınmasını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 1987 yılında yürürlüğe giren ve Avrupa Toplulukları'nın Kurucu Antlaşmalarına ilk köklü değişiklikleri getiren Avrupa Tek Senedi, temel olarak ortak pazarın önündeki fiziki, teknik ve mali engellerin 1993 yılına kadar kaldırılmasını ve tek pazarın tamamlanmasını hedeflemiştir. Bu çerçevede Tek Senet ile bir yandan Avrupa Topluluklarının kurumsal yapısı ile ilgili değişiklikler getirilirken, diğer yandan da Toplulukların yetki alanları genişletilmiştir. Tek Senet ile Topluluğun yetki alanı içine açıkça dahil edilen alanlardan biri de, çevre ve çevrenin korunmasıdır. Avrupa Tek Senedi'nin 25. maddesi, Roma Antlaşması'na Çevre başlığını taşıyan bir VII. Baslık eklenmesini öngörmektedir. Böylece Avrupa Topluluğu'nun kuruluşundan bu yana ilk kez, çevre sorunları, doğrudan Kurucu Antlaşmalar içine dahil edilmiş olmaktadır.

1993 yılında yürürlüğe giren ve Avrupa bütünleşmesi açısından önemli bir dönüm noktasını ifade eden Maastricht Antlaşması ile mevcut bazı politika alanları da güçlendirilmiştir. Çevre politikası da Maastricht Antlaşması ile güçlendirilen bu politika alanlarından biridir. Bu çerçevede, Maastricht Antlaşması ile çevrenin korunması ilkesi ilk kez açık olarak, Birlik hedefleri kapsamına alınmıştır. Ekonomik büyümenin çevreyle uyum içinde gerçekleşmesi gerektiği belirtilmiş, bu amaçla Birliğe bir çevre politikası geliştirilmesi görevi verilmiştir.

Avrupa Birliği'nin 5. Çevre Eylem Programı, 1 Ocak 1993'te yürürlüğe girmiştir. Bu program ile Avrupa Birliği'nin gelecek 10 yıllık dönemdeki gündemi ve programı ortaya koyulmuştur. Bu eylem programının temelinde

sürdürülebilir kalkınma ve sorumluluğun paylaşılması genel kavramları yer almaktadır. Avrupa bütünleşmesini 21. yüzyıla ve büyük bir genişleme dalgasına hazırlama amacını güden 1997 Amsterdam Antlaşması ve Avrupa Birliği'nin kurumsal yapısını, özellikle genişleme sonrası verimli bir işleyişe kavuşturmayı hedefleyen 2000 Nice Antlaşması da çevre korumasının bütünlenen yeni Avrupa düzeninde alacağı yeri vurgulamıştır.

6. Çevre Eylem Programı, Ocak 2001 tarihinde açıklanmıştır ve 2001-2010 dönemini kapsayan çevre alanında AB 'nin önümüzdeki on yıl içindeki hedeflerini ortaya koymuştur. "Çevre 2010: Geleceğimiz, Tercihimiz" başlıklı Program'da dört ana konu öncelikli hedefler olarak belirlenmiştir. Bunlar;

- İklim değişikliği,
- Doğa ve biyolojik çeşitlilik,
- Çevre ve sağlık,
- Doğal kaynaklar ve atıklar olarak sıralanmıştır. (Avrupa Komisyonu, 2003:5)

2001 yılında gerçekleşen Göteborg Zirvesi, Komisyon'un sunduğu Sürdürülebilir Kalkınma Stratejisi'ni kabul ederek, 2000 Lizbon Zirvesi'nde kabul edilen Lizbon Stratejisi'nin ekonomik ve sosyal boyutuna çevre boyutunu da eklemiştir. Strateji, kaynakların tüketimiyle ekonomik ve sosyal kalkınmayı ayırıştırarak, uzun vadeli çevreci teknolojilere yönelik yatırım olanaklarının önünü açmayı öngörmektedir. Sürdürülebilir kalkınma, Ekim 2004'te imzalanan Anayasal Antlaşma'ya da dahil edilerek AB'nin, dengeli ekonomik büyümeyi ve sosyal boyutu dikkate alan rekabetçi piyasa ekonomisi ile çevre kalitesini iyileştirmeye yönelik çaba sarf etmesi gerektiği ifade edilmiştir. (European Commission, 2002:12)

1.3.3 AB Çevre Politikası'nın Hedefleri ve Temel İlkeleri

Hedefler;

- Çevrenin korunması, kollanması ve çevre kalitesinin yükseltilmesi
- Doğanın ve doğal kaynakların, ekolojik dengeye zarar verecek seklide isletilmelerinden sakınılması ve bunların akılcı bir şekilde yönetilmelerinin temin edilmesi
- İnsan sağlığının korunması
- Kalkınmaya, kalite gereksinimleriyle uyum içinde, özellikle de çalışma şartlarının ve yaşam çevresinin geliştirilmesine yön verilmesi
- Kent planlaması ve toprak kullanımında çevresel etkilerin daha fazla dikkate alınmasının sağlanması
- Topluluğun dışındaki devletler, özellikle de uluslararası örgütlerle küresel çevre problemlerine ortak çözümler aranması.

İlkeler:

- Bütünleyicilik ilkesi,
- Yüksek seviyede koruma ilkesi,
- İhtiyat ilkesi,
- Kaynakta önleme ilkesi,
- Kirleten öder ilkesi, (Budak, 2000: 38)

1.3.4 Altıncı Çevre Eylem Programı (Çevre 2010)

Avrupa Birliği Ortak Çevre Politikası'nın kavramlaşması için 1973 yılından bu yana çıkarılan altı Çevre Eylem Programı, Topluluk çevre politikası bakımından, yönlendirici çerçeve olarak hizmet etmiştir. Topluluk çevre eylem programları, Topluluk organlarının hukuki bakımdan bağlayıcı olmayan, ancak politik bakımdan belirli niyetlerini ortaya koyan çalışmalar olarak değerlendirilmiştir. Altıncı Çevre Eylem Programı (2001-2010): Avrupa

Birliği'nin, 'Çevre 2010: Geleceğimiz, Tercihimiz' başlıklı Altıncı Çevre Eylem Programı 10 Eylül 2002 tarihli Avrupa Birliği Resmi Gazetesi'nde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Program, 1 Ocak 2001-31 Aralık 2010 tarihlerini kapsamaktadır. Program'ın amacı 2010 yılına kadar Topluluk çevre politikasının hedef ve önceliklerini, Avrupa Birliği'nin sürdürülebilir gelişme stratejisinin uygulanması için alınması gereken önlemleri ortaya koymaktır.

1.3.5 AB Çevre Politikası'nın Temel Uygulama Alanları

Havanın Korunması: Hava kalitesinin korunması, katı kirliliklerin havayla temasının engellenmesi yanında enerji, ulaşım, turizm ve arazi imarı gibi birçok alanda önlemlerin alınması ile mümkün olabilmektedir. Bunun için de hem Birlik düzeyinde hem de ulusal ve yerel düzeyde uygulanan politikalarda önemli değışiklikler gerekmektedir. Ozon tabakasının aşınması sorunu, asitleşmenin ve yer düzeyindeki ozon ile diğer kirleticilerin kontrolü ve iklim değışiklikleri ile küresel ısınma, birliğin, havanın korunmasına dair baslıca uğraş alanlarını oluşturmaktadır. (<http://www.ostim.org.tr>)

Yaşamanın Korunması: Şehirleşme ve endüstriyel gelişme, Birlik içinde biyo-çeşitliliği tehdit etmekte ve Avrupa ekosistemlerinin tüm türleri baskıya maruz kalmaktadır. 1992 yılında oluşturulan Biyo-çeşitlilik Hakkında Sözleşme, Avrupa Birliği'nin sınırları içinde ve ötesinde habitatların ve türlerin programlarının çerçevesini çizmektedir. Bu konudaki Topluluk Stratejisi, Avrupa habitatları ve aralarındaki koridorların ağını oluşturarak habitatların korunması ve önemli habitatların içinde ve çevresinde sürdürülebilir toprak yönetim uygulamalarının teşvikinin birleştirilmesidir.

Suyun Korunması: Birlik, 2010 yılının sonuna kadar tüm yerüstü ve kıyı sularının organik kirlilikten arındırılmasını hedeflemektedir. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan kentsel atık su arıtma direktifi çerçevesinde yerel yönetimler ve sanayiler tarafından atık su arıtma alanında önemli yatırımlar yapılması gerekmektedir. Su kalitesinin korunmasının, temiz su kaynaklarının ve arzının yönetimi ile bütünleştirilmesi amaçlanmakta, su kalitesi standartları ve deşarj limitlerinin ise ancak doğaı nehir havzaları üzerine kurulu ve iyi

oluşturulmuş bir su yönetimi sistemi çerçevesinde uygulanabileceğine vurgu yapılmaktadır. (<http://www.ostim.org.tr>)

Ormanların Korunması: Orman politikasının çevrenin korunmasındaki önemi, bu alanın diğer yönleriyle doğrudan bağlantılı olmasından kaynaklanmaktadır.

Atık Yönetimi: Topluluk sınırlarında her yıl 2 milyar ton dolayında atık ortaya çıkmaktadır. Bunların 40 milyondan fazlasını zararlı olarak sınıflandırılan atıklar oluşturmaktadır. Atıklar çevreye verdikleri zararın yanında, insan sağlığını ve yaşamını da tehdit etmektedir. Yetersiz atık dolum tesisleri hızla dolmakta, ağır metaller ve toksinler yer altı sularına ve toprağa karışmaktadır. AB, atık sorunuyla ilgili olarak teknik araştırma, dönüşüm endüstrilerinin geliştirilmesi, eğitim, bilinçlendirmeye yönelik eylem programları ve iyi uygulamaların değişimi gibi konulardaki tedbirleri desteklemekte ve finanse etmektedir. Atık yönetimi alanında belli başlı katılımcıları merkezi hükümet, çevre ajansları, yerel ve bölgesel yönetimler, atık yönetim firmaları, endüstriyel ya da ticari amaçlı atık üreticileri, kamusal ya da hükümete bağlı olmayan sivil toplum organizasyonları oluşturmaktadır. Burada amaçlanan farklı toplumsal tarafların çözüm arama eylemine katılımını sağlamaktır. (Karacan, Ali Rıza, 2002:5-6)

Endüstriyel Kirlilik Kontrolü ve Risk Yönetimi: Endüstriyel üretim süreçleri Avrupa'daki toplam kirlilik içinde önemli bir yere sahiptir ve bunların sürdürülebilir çevre koşulları önünde bir engel teşkil etmesinin önüne geçilmelidir. Bu başlık altındaki Direktif ve Tüzüklerin kapsadığı başlıca alanlar; endüstriyel emisyonların kontrolü, önemli kazaların sebep olduğu zararların kontrolü ve çevresel muhasebe ile eko-etiketlenmesidir. (Budak, 2000; 71-73).

Kimyasallar: Bu konudaki Topluluk eylemlerinin başlıca iki hedefi Topluluk içinde kimyasal ürünlerin serbest dolaşımını kolaylaştırmak ve insanlarla hayvanların sağlığını ve güvenliğini korumanın yanı sıra, çevrenin korunmasına da katkıda bulunmaktır. Bu konudaki Topluluk uygulamalarını

düzenleyen temel ilke, Avrupa kimya sanayinin rekabet edebilirliği ile çevrenin ve tüketici sağlığının korunması arasındaki makul dengenin tutturulmasıdır. Topluluğun bu alandaki iki temel önceliğinden ilki, tehlikeli maddelerin ve karışımların piyasaya sürülüşü ve kullanımında, asbest ve kansere yol açan maddeler gibi belirli ürünlerin yasaklanması ve nikel ve benzen gibi baska maddelerin de kullanımına kısıtlama getirilmesidir.

Radyasyondan Korunma: Topluluk Radyasyondan Korunma Politikası, radyasyon veya radyoaktif maddelerin kullanıldığı işlemlerden, örneğin nükleer yakıt çeviriminin yanı sıra tıbbi ve endüstriyel uygulamalardan kaynaklanan iyonize edici radyasyonun doğurduğu tehlikelere maruz kalmış çalışanların ve halkın korunmasını amaçlamaktadır.

Gürültü Sektörü: Gürültü problemi, daha çok büyük yerleşim merkezlerinde görülen bir çevre problemi olup özellikle kasaba ve şehirlerde yasayan insanları etkilemektedir. Gelecekteki gürültü politikası konusundaki niyet mektubu Avrupa Komisyonu tarafından 1996 yılında yayınlanmıştır. Dışarıdaki gürültünün çoğu ulaşım araçlarından kaynaklanırken, gürültü emisyonlarının hacmi, dışarıda kullanılan araçların artması sonucunda sürekli olarak artış göstermektedir. Araçların sebep olduğu gürültünün azaltılması hakkındaki Topluluk politikası, izin verilebilir emisyon seviyeleri, garanti edilen gürültü emisyon düzeyleri hakkında araç üzerine işaret koyulmasını veya gürültü testi kodlarını ortaya koyan direktiflerin kabulünü içermektedir (<http://min.avrupa.info.tr>).

1.3.6 AB Çevre Politikası'nın Finansmanı

Avrupa Birliği'nin genel bütçesi içinde çevre alanında yapılması öngörülen harcamalar iç politikalar başlığı altında sınıflandırılmıştır. Çevre politikası için 2005 bütçesinden 235.5 milyon Euro ayrılmıştır. Bu rakam genel AB bütçesinin %2.6'sını oluşturmaktadır. AB bünyesinde çevreyle ilgili ekonomik araçların kullanılmasını hedefleyen kesin politikalar, Çevre Eylem Programı ile birlikte oluşturulmaya başlanmıştır(European Commission, 2005: 20).

Çevrenin korunmasının ekonomik boyutu ilk kez bu programda vurgulanarak, uygulamada kullanılacak somut araçlar (vergi, harç, devlet yardımı, kirletme/atık hakkı ticareti vb.) sıralanmıştır. Kirletme / Atık Hakkı Ticareti: Kirletme / atık hakkı ticareti çevreyi kirletenlerin yasal olarak kendilerine verilen kirlilik sınırından daha az çevre kirliliğine sebep olmaları durumunda, bu hakkın kalan kısmını başka kirleticilere devretme hakkına sahip olmaları anlamına gelmektedir. Örneğin herhangi bir işletme kendisine tanınan 'kirletme hakkından daha az çevre kirliliğine yol açarsa, hakkın kalan kısmını başka işletmelere ya da aynı işletme bünyesindeki daha az kirleten birimlere para karşılığı verilen emisyon lisanslarının satılması yoluyla) devredebilmektedir. Sonuçta sistem işletmeler arasında kirletme hakkının alınıp satıldığı yapay bir pazarın oluşmasına sebep olmakta, izin verilen orandan daha az çevre kirliliğine yol açanlar ya da çevre kirliliğini azaltmaya yönelik giderleri diğer işletmelere oranla daha düşük düzeyde olanlar, bu sistemden kazanç sağlamaktadır. Sistemin amacı, işletmelerin elde edecekleri mali çıkarı göz önünde bulundurarak, uzun vadede emisyon oranlarını düşürmek için girişimde bulunmalarını teşvik etmektir (OECD, 1997:33).

1.3.7 Avrupa Çevre Ajansı'nın Görevleri

Merkezi Danimarka'nın başkenti Kopenhag'da bulunan Avrupa Çevre Ajansı, 1990 yılında, üye ülke hükümetleri ve Topluluk organları yanında, kamuoyunun da çevre ile ilgili konularda doğru bilgiye düzenli olarak ulaşabilmesi amacıyla kurulmuştur. Ajans, çevrenin durumu hakkındaki bilgileri bir araya getirmekte, değerlendirmekte ve hazırladığı raporlarla aktarmakta, uygun ve etkili çevre politikaları oluşturmaları için üye ve aday ülkelere gerekli temel bilgiyi sağlamaktadır. Ajans'ın işlevleri şu şekilde özetlenebilir;

- Üye ülkelerle birlikte Avrupa çapında çevre konulu bir bilgi ve gözlem ağı oluşturulması
- Çevre ile ilgili verilerin kaydedilmesi, değerlendirilmesi ve dağıtımı

- Çevreye ilişkin istatistikî verilerin Avrupa düzeyinde birbirleriyle karşılaştırılabilir kılınmasının sağlanması
- Çevre ile ilgili gelişmelerin önceden tahmin edilmesine yönelik tekniklerin geliştirilmesi ve uygulanması alanındaki faaliyetlere ivme kazandırılması (Avrupa Çevre Ajansı, 2003:4-7)

1.3.8 AB Mevzuatı

Avrupa Birliğinin sağlık konusuna bakışı kuruluşundan bu yana çok ağır olarak değişime uğramıştır. Bu değişimi Toplulukları kuran ve geliştiren mevzuatı inceleyerek izlemek mümkündür. Bu mevzuat;

1.3.8.1 Roma Anlaşması

Anlaşmanın giriş bölümünde, üye devletlerin, Avrupa'yı bölen engelleri azaltarak ekonomik ve sosyal gelişmeyi garanti altına almayı ve Birlik yurttaşlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin değişmez hedefleri olacağını garanti ettikleri belirtilmektedir. Ekonomik konuların ağırlıklı olarak yer aldığı kurucu anlaşmanın girişinde Avrupa ülkelerinin sosyal gelişmelerinin garanti altına alınması ve "yaşam koşullarının iyileştirilmesi" konularına değinilmiş olmasına karşın sağlık ve sağlık politikaları ile ilgili ayrı bir madde bulunmamaktadır. Ancak, sosyal hükümlerle ilgili bölümde yer alan 118. maddede, Komisyonun üye devletler ile sosyal alanda yakın işbirliğini geliştirmek görevini üstleneceği hükme bağlanırken, üstünde özellikle durulacak konular arasında "mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi" ve mesleki hijyen" den söz edilerek sağlığa dolaylı olarak değinilmiştir. Avrupa Birliğinde "yaşam kalitesinin yükseltilmesi" hedef olarak benimsendiği halde, mevzuatında bu hedefe ulaşmada önemli unsur sayılabilecek insan sağlığına ilişkin politika ve hizmetlerin iyileştirilmesine doğrudan amir madde ve hükümler bulunmaması, Birliğin sosyal gelişmesi açısından bir engel olarak görülmüş ve bu eksikliğin, Birlik üyesi bazı ülkelerin (Danimarka ve Lüksemburg) Roma Anlaşmasına sağlık ile ilgili bir madde konulması önerisiyle giderilmesi girişimleri başlatılmıştır.

1.3.8.2 Tek Senet

Avrupa Tek Senedi, Çevre ve Sosyal Politikalar ile ilgili hükümleri ile “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedefini vurgulamakta ve Avrupa Birliğini salt ekonomik bir birleşme kimliğinden kurtarmaktadır. Senet’in çevreyle ilgili alt bölümünde, bu konuda girişilecek eylemlerin “insan sağlığını korumaya katkıda bulunmak amacını güden” maddesi ile insan sağlığı konusuna değinilmiştir.

1.3.8.3 Beyaz Kitap (White Paper)

Avrupa Birliği mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler başlatılmıştır. Bu girişimler daha sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak yer alacaktır. Bunların yanı sıra Avrupa Birliğinin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda Avrupa Birliği Komisyonunca bir dizi karar, direktif, yönerge, tavsiye kararı, ilke kararı gibi üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları bulunmaktadır.

Beyaz Kitap’ta Sağlık Konusu

Avrupa Sosyal Politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında çıkarılan bu kitap, sosyal politikalar alanında bir kilometre taşıdır. AB’ne üye ülkelerde sosyal politikaların, ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak ve eş anlı gerçekleştirilmesine ilişkindir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest dolaşım, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal korunma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat (aile yaşamı; ailelerin, yaşlıların, özürülülerin ve marjinal grupların sağlığı da dahil olmak üzere) ve demografik yapı yer almaktadır. Sosyal politikaların uygulanmasına ilişkin üye ülkeler, sosyal partnerler (konuyla ilgili işbirliği yapanlar), gönüllü ve yerel örgütler, Avrupa yurttaşları ve uluslararası organlar arasında yeni bir ortaklık kurmayı teşvik etme yollarının araştırılması

gerektiğini ortaya koymaktadır. Amacı, 21. yüzyıla girerken üye ülkelerde yaşayan insanlar için ekonomik refahın eşsiz uyumunu, sosyal birlikteliği ve yaşamın her evresinde yüksek kaliteyi sağlayarak, bir Avrupa sosyal modeli geliştirmek ve korumaktır. Buradaki temel felsefe şudur : “Herkes eşit yararların sağlandığı bir toplum değerlidir.” White Paper, bu yüzyılın sonlarında (1995-1999 döneminde) sosyal politika alanında bir adım daha ileride uyumlaştırma yollarını araştırmaktadır ve Birliğe yeni üye olacak ülkeleri de kapsamaktadır. Eğer bu başarlılırsa, Birlik katma değeri artacak ve maksimum maliyet/etkinlik oranına ulaşılacaktır.

Halk Sağlığı Alanında Eylem (White Paper)

White Paperda özellikle halk sağlığı ile sosyal ve çevresel politikalar arasında önemli bağlantılar bulunduğu belirtilmektedir. Yoksulluk, işsizlik ve bunların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz sosyal sonuçlarını; nüfusun dikkate değer bir şekilde yaşlanması ve demografik değişimlerle sağlık ve sosyal koruma sistemleri üzerinde oluşan baskıları; yürütülen sosyal entegrasyon çerçevesinde koruyucu ve rehabilite edici sağlık programlarının rolünü; çevresel koşulların sağlık üzerindeki etkilerini ve AB içerisindeki artan nüfus hareketliliğinden ve AB’ne göçlerden kaynaklanan spesifik sağlık sorunları ve artan gereksinimleri içermektedir. Komisyonun yayımlamış olduğu halk sağlığı alanında eylem çerçevesine ilişkin bülten’de Komisyon, mevcut sağlık durumu ve üye devletlerin karşı karşıya bulunduğu ve mevzuatın uygulanmasından kaynaklanan bir yaklaşım olarak belirtilen sağlık sorunlarını tanımlamaktadır. Bu Bülten, AB düzeyinde eylem alanının değerlendirmesine ilişkin birçok alanda çok yıllık program yapma kolaylığı sağlar. Bu programlardan üç tanesi için verilen karar teklifleri Komisyon tarafından kabul edilmiş ve 1995 yılında uygulanması amacıyla Avrupa Konseyi ve Parlamentosunun ortak kararı olarak dikkate alınmıştır. Bu programlar; kanser, sağlıklı olmayı teşvik, bilgilendirme, eğitim ve hizmet içi eğitim, uyuşturucu bağımlılığını önleme, konularındadır.

Bunlardan başka, AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile öncelikli bir konu olarak hastalıkların araştırılması ve izlenmesini de kapsayan sağlık

verileri ve göstergeleri üzerine daha fazla programlar geliştirilmesi yer almaktadır. Ayrıca, kaza ve yaralanmalar, kirlilikle ilgili hastalıklar ve az görülen hastalıklar gibi alanlarda da programlara yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Komisyonun başlatmış olduğu bir diğer konu da, sağlığın korunmasından kaynaklanan gereksinimlerin tümü göz önünde bulundurularak, diğer sektörler içindeki sağlık politikalarının geliştirilmesini sağlamaya yönelik bölümler arası sağlık grubunun kurulmasıdır. AB eylemlerinin formülasyonunda ve geliştirilmesinde diğer alanlardaki ilişkiler göz önüne alınacaktır ve iki alan arasında yapılaşma, organizasyon ve uygulamadaki farklılıklar hususlarında dikkatli olunurken, sosyal ve sağlık önlemleri arasında maksimum sinerji sağlanması amaçlanacaktır. AB içindeki sağlığın korunmasıyla ilgili kararların uygulanmasında üye ülkelerin deneyimlerinden yararlanılarak, daha çok gereksinim duyulabilecek eylemlere öncelik verilecektir. Komisyon, özellikle üye ülkelerin temel sağlık seçimleri, hizmetlerin dağıtılması ve sağlıkla ilgili yeni teknolojiler gibi alanlarda işbirliğini sağlayacak ve üye devletlerden gelen talepleri karşılayacaktır. Dikkate alınması gereken bir diğer özel alan ise, Birlik içinde gelişen mobilite sonucu artan hizmetlere ve olanaklara ulaşma gereksinimini üye devletlerin karşılayabilmesi için destek verilmesidir.

1.3.8.4 Beyaz Kitap'tan Sonra Yapılan Çalışmalar Dört Başlık Altında Toplanmaktadır

AB'nin yukarıda sözü edilen Tıp ve Sağlık Araştırmaları kapsamında yer alan Dördüncü Çerçeve Programında (1994-1998) 2600 yeni proje finanse edilmiştir. Çerçeve Programın katkıda bulunduğu bilimsel ve teknolojik atılımlardan bir kaçısı şu şekilde özetlenebilir:

- Buğday genomu diziliminin çıkarılması (gıda sanayii ve sanayi enzimlerinin üretiminin yanı sıra kalın bağırsak kanseri, sistik fibroz gibi insan hastalıkları ile ilgili olarak halk sağlığını ilgilendirmekte),

- Çevre üzerinde olumsuz etkileri olan klor esaslı bir bileşik olan PVC'nin yerine kullanılabilecek kağıt esaslı bir üstleç geliştirilmesi,

-Ozon tabakasını tehdit eden CFC'lerin imhası için bir sürecin geliştirilmesi,

-Çevre-Su, Aşılar ve Viral Hastalıklar.

1994-1995 döneminde AB eylem planı çerçevesinde HIV/AIDS'in önlenmesiyle ilgili aşağıdaki alanlarda toplam 134 uluslararası işbirliği projesine finansal destek sağlanmıştır:

-HIV/AIDS hakkında epidemiyolojik veri toplanması,

-Davranış ve tutumlar hakkında bilgi edinilmesi, bilgilendirme ve bilinç artırma kampanyaları,

-Çocukların ve gençlerin eğitilmesi,

-Yüksek riskli gruplar arasında HIV bulaşımının önlenmesi,

-Etkilenen kişilere sosyal ve psikolojik destek ve ayrımcılığa karşı mücadele.

Creutzfeldt-Jakob hastalığı dahil BSE (Bovine spongiform encephalopathy) ve diğer prion hastalıklarını içeren tüm "bulaşıcı spongiform encephalopathy" (deli dana hastalığı) hastalıklarına yönelik bir araştırma programı. Bu program beş alanı kapsamaktadır:

-İnsan "spongiform encephalopathy" hastalıkları üzerine klinik ve epidemiyolojik araştırma,

-Hastalığı bulaştıran şey ve onun geçiş yolları,

-Hastalığın teşhis edilmesi,

-Hastalığa yakalanma riskinin değerlendirilmesi,

-Hastalığın tedavi edilmesi ve önlenmesi.

Alzheimer hastalığı ve bunamadan etkilenen insanların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bunların bakımının sağlanmasına ilişkin program. (Tanrıtanır, 1997:76)

1.4. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

1.4.1 Dönemler

1.4.1.1 Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı söz konusudur. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumlar ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir.

1.4.1.2 1920–1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

1.4.1.3 1923–1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakan olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.

Bu dönemde,

-1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),

-1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması. Tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmetleri, "geniş bölgede tek amaçlı hizmet"/ "dikey örgütlenme" modeli ile yürütülmüştür,
- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır,
- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Haydarpaşa Numune

Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır.

1.4.1.4 1946–1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası'nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır.

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM' nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmamıştır.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı Türkiye'nin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)

ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara' da 1953' te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur.

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmış ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama olarak, 1950-1955 yıllarında 43.6 yıl, 1960-1965 yıllarında 52.1 yıl, 1970-1975 yıllarında 57.9 yıl olarak gerçekleşmiştir.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüştür. (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1658'e, ebe sayısı da 1.285'ten 3.219'a yükseltilmiştir. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde % 100'den fazla artış sağlanmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayisi artırilmis, yatak sayilarinda onemli artislar saglanmistir. Ozellikli hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, dogumevleri ve verem hastaneleri sayisinda artis olmustur.

1950 yılında Sağlık Bakanligi'na bağli 118 kurumda 14.581 yatak sayisi var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayisina ulasmistir. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6'ya cikmistir. Sağlık kurumları ve yatak sayilarımızda bu olumlu gelişmeler olurken, sağlık göstergelerimizde de yüz güldürücü iyileşmeler meydana gelmiştir.(TSHGM,SDP,2008:17)

Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağli ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52'ye inmiştir.

Bebek ölüm hızında da önemli düşüşler olmuştur. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise, ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)

1.4.1.5 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.

1965'te 554' sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve "pronatalist" (nüfusu artırıcı) politikadan "antinatalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

"Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulan taslak görüşülememiştir.

1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar

muayenehane serbestliği getirilmiştir (TC SB, **İstihdam Planlama şubesi**, 2010)

1.4.1.6 1980–2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekteşmesinin devletin sorumluluğuunda olduğuuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekteştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm yer almıştır.

Anayasamızda, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölüm başlıklı üçüncü bölümde, Ailenin Korunması başlığı altında, 41. madde olarak; "Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" hükmü yer almaktadır.

1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması (kanunun adı gereği nüfus planlaması adı altında), "fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları" olarak tanımlanmıştır.

Kanunun üçüncü maddesinde özetle, "...Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdimmeye veya

sattirmek için tedbir almaya yetkilidir" denilmektedir. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir.

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993'de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" adı altında, Bakanlar Kurulu'nca TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardı:

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur.

2002 yılına kadar, Türkiye’de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı. Başlıca üç kamu hizmet sunucusu şunlardır:

- 1- SB
- 2- SSK
- 3- Üniversite hastaneleri (OECD, 2008)

SB, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıydı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdu. 2002 yılında SB’nin yönetimi altında yaklaşık 700 hastane, 6000 sağlık merkezi ve sağlık ocağı, 247 verem savaş dispanseri, 234 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 138 poliklinik vardı.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır.

1.Ebelerin görev aldığı, kırsal kesimdeki sağlık evleri, 2000–2500 arası bir nüfusa hizmet vermekteydi ve bu evler kırsal kesimdeki insanlar için ilk temasa geçilecek en önemli merkezlerdi.

2.Bir sonraki kademede ise, 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire,

iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocakları bulunmaktaydı.

3.Bir sonraki kademede, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin (toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı.

4.Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı. Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de içermekteydi.

Halk Sağlığı Hizmetleri, SB bünyesinde yarı özerk bir kuruluş olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde geniş bir halk sağlığı kuruluşları ağını yönetmekteydi. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü de halk sağlığı hizmetleri sunumunda yer alıyordu. İl düzeyinde, il sağlık müdürlüğü, dikey hastalık kontrolü programlarının uygulanmasından sorumluydu. Ayrıca, sağlık ocaklarında görevli çevre sağlığı teknisyenleri; su güvenliği, katı atıkların ortadan kaldırılması, kanalizasyon sistemleri ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı programlarından da sorumluydu. Bunun yanı sıra, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeyi teşvik ve düzgün beslenme gibi bir dizi koruyucu sağlık hizmeti sunmaktaydı.

1.4.2 Çevre Sağlığına Yönelik Hizmetler

Toplum Sağlığının korunması amacıyla sağlık kurumlarınca yürütülen Çevre Sağlığı hizmetleri:

- Su sanitasyonu,
- Çevre ve halk sağlığını ilgilendiren şikayetlerin değerlendirilmesi
- Kaplıca, Yüzme alanları ve Yüzme havuzlarının ruhsatlandırma, kontrol ve denetimi,
- Gürültü kontrolü,
- Hava kirliliği ve emisyon kontrolü,
- Katı ve sıvı atık bertarafı,
- Gıda kirliliği kontrolü,
- Biyosidallerin ruhsatlandırılması ve PGD,
- Mesken ve topluma açık yerlerin sağlık denetim hizmetlerini yürütmek,
- Ruhsatlandırılması gereken Gayri Sıhhi Müesseselerin ruhsat ve denetim işlemlerini yürütmek, (TC Sağlık Bakanlığı)

1.4.3 Türkiye de Çevre Sağlığına Yönelik Hizmetlerin sunumu

Çevre Sağlığı hizmetleri ülkemizde değişik kurumlar tarafından verilmektedir. Bunlardan;

Çevre ve Orman Bakanlığı: hava kirliliği, gürültü, katı ve sıvı atık kontrolü, yüzeysel sular,

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı: tavuk ve hayvan besihanelerinin ruhsatlandırma kontrol ve denetimi, gıda kontrolü işleri,

Mahalli Belediyeler; atık sular, gürültü, hava kirliliği, katı atıkların kontrolü,

Sağlık Bakanlığı ise; içecek suların kontrolü, kaynak sularının ruhsatlandırılması, denetimi, biyosidallerin ruhsatlandırılması ve piyasa gözetim ve denetimi görevlerini yerine getirir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ VE SONRASI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI

Aile hekimliği sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olarak uygulamaya konulmuştur. Hedef, hizmeti ihtiyacı olan vatandaşın ayağına götürmek ve 2. Basamaktaki hasta yükünü azaltabilmektir.

2.1 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: “Sağlıkta Dönüşüm Programı”

3Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin "yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,

- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Acil Eylem Planının belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

- 1) Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak hazırlanmıştır.(SB, Kasım 2009 s:19)

Cumhuriyetimizin kuruluşundan günümüze kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konduğu son birkaç yılda, Türkiye’de sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde dün yakınma konusu olan konular değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur.

Parasızlıktan, rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine, yeterli sayı ve nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

Aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış ve hayata geçirilmiştir.

Sağlık personelimiz dün gelirlerinin azlığının sancısını çekerken, bugün gelirlerinin sürekliliğinin takipçisi durumuna gelmiştir.

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksulumuzdan en zenginimize kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur.

2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

- 1) Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- 2) Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- 3) Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Sağlık insan gücü ve sağlık altyapısı açısından iyi sayılabilecek göstergelere sahip olan Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri için aynı şeyi söylemek güçtür.

2.2 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

1974 Leeuwenhorst tanımına göre; Aile hekimi, yaşı, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve belirli bir nüfusa, kişisel, sürekli ve birinci basamak hizmet sunan uzmanlık eğitimi almış tıp fakültesi mezunudur (The General Practitioner in Europe).

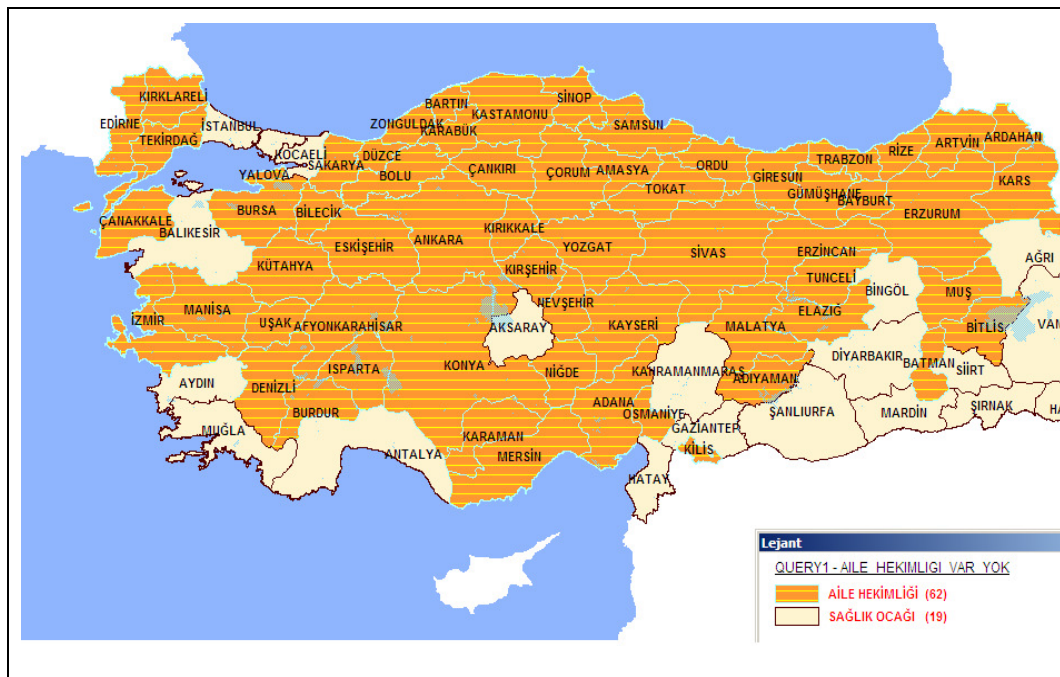
Wonca Europe 2002; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (Wonca Europe, 2002).

İdeal bir sağlık sistemi kendi kendine bakım, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşur. Bunu sağlık hizmeti sunulan birimlere yansıttığımızda ikinci basamak genel hastanelerde, üçüncü basamak ise özel dal ve üniversite hastanelerinde verilen hizmetleri kapsamaktadır. İyi işleyen bir sağlık sisteminde bu hizmetlerin yukarıya doğru daralan bir piramit şeklinde ifade edilebilmesi esastır (Tüzer ve Görpelioğlu, 2001: 845).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği uygulaması dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için hizmet sunumu reformları yapılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu 2004 yılında TBMM'de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Şu anda Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme

hakları vardır. Aile Hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük birinci faz uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Aile hekimliği uygulaması Düzce ilindeki pilot çalışma ile başlatılmıştır ve Eylül 2010 tarihi itibarı ile Türkiye'deki 62 ilde uygulanmaya başlanmıştır.

Şekil.2-1 Ekim 2010 itibari ile Aile Hekimliğine Geçen İller



Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Planlama İstihdam Şubesi, 2010

2010 yılı sonunda bütün Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2010 İstihdam Planlama Şubesi verileri).

Tablo 1-1 İllerin Aile Hekimliğine Geçiş Tarihleri

	İlin Adı	Tarih		İlin Adı	Tarih		İlin Adı	Tarih
1	DÜZCE	15.09.2005	28	KASTAMONU	10.11.2008	55	TEKİRDAĞ	09.08.2010
2	ESKİŞEHİR	17.07.2006	29	ERZURUM	21.11.2008	56	TOKAT	09.08.2010
3	BOLU	16.10.2006	30	KIRŞEHİR	21.11.2008	57	BATMAN	09.08.2010
4	EDİRNE	01.12.2006	31	KAYSERİ	15.12.2008	58	ARDAHAN	09.08.2010
5	ADİYAMAN	25.12.2006	32	RİZE	05.01.2009	59	BITLİS	13.09.2010
6	DENİZLİ	25.12.2006	33	TRABZON	05.01.2009	60	MUŞ	13.09.2010
7	GÜMÜŞHANE	29.12.2006	34	UŞAK	13.07.2009	61	ORDU	13.09.2010
8	ELAZIĞ	04.01.2007	35	BURSA	01.10.2009	62	ZONGULDAK	13.09.2010
9	ISPARTA	18.01.2007	36	KÜTAHYA	04.01.2010	63	SİVAS	20.09.2010
10	SAMSUN	01.03.2007	37	NEVŞEHİR	04.01.2010	64	AFYONKARAHİSAR	11.10.2010
11	İZMİR	14.05.2007	38	SAKARYA	04.01.2010	65	AĞRI	11.10.2010
12	SİNOP	15.08.2007	39	ARTVİN	18.01.2010	66	BALIKESİR	11.10.2010
13	BARTIN	01.11.2007	40	ERZİNCAN	18.01.2010	67	HAKKARİ	18.10.2010
14	AMASYA	03.12.2007	41	IĞDIR	12.04.2010	68	VAN	18.10.2010
15	ÇORUM	02.01.2008	42	KİLİS	12.04.2010	69	İSTANBUL	30.10.2010
16	MANİSA	02.01.2008	43	NİĞDE	10.05.2010	70	<i>SİİRT</i>	<i>09.11.2010</i>
17	BAYBURT	02.01.2008	44	GİRESUN	14.06.2010	71	<i>DIYARBAKIR</i>	<i>15.11.2010</i>
18	OSMANİYE	14.01.2008	45	KIRKLARELİ	14.06.2010	72	<i>KOCAELİ</i>	<i>15.11.2010</i>
19	KARAMAN	15.01.2008	46	KONYA	14.06.2010	73	<i>MARDİN</i>	<i>15.11.2010</i>
20	KARABÜK	01.02.2008	47	BİNGÖL	05.07.2010	74	<i>ŞIRNAK</i>	<i>06.12.2010</i>
21	ADANA	21.05.2008	48	MERSİN	05.07.2010	75	<i>ANTALYA</i>	<i>13.12.2010</i>
22	BURDUR	14.07.2008	49	YOZGAT	05.07.2010	76	<i>AYDIN</i>	<i>13.12.2010</i>
23	KIRIKKALE	18.08.2008	50	ÇANAKKALE	12.07.2010	77	<i>GAZİANTEP</i>	<i>13.12.2010</i>
24	ÇANKIRI	15.10.2008	51	MALATYA	12.07.2010	78	<i>HATAY</i>	<i>13.12.2010</i>
25	TUNCELİ	15.10.2008	52	AKSARAY	12.07.2010	79	<i>KAHRAMANMARAŞ</i>	<i>13.12.2010</i>
26	YALOVA	15.10.2008	53	ANKARA	15.07.2010	80	<i>MUĞLA</i>	<i>13.12.2010</i>
27	BİLECİK	10.11.2008	54	KARS	09.08.2010	81	<i>ŞANLIURFA</i>	<i>13.12.2010</i>

Kaynak:TC Sağlık Bakanlığı İstihdam Planlama Şubesi Verileri,2010

Aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmaktadır. Bu merkezler; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumludurlar. Aile hekimliğinin uygulanmadığı illerde ise eski sağlık ocakları sistemi işler durumdadır. (OECD, 2008)

Türkiye’de ise hizmet sunumunda bu piramit neredeyse ters dönmüş durumdadır. Hastanelere başvuranların neredeyse % 90’ının sorunlarının aslında birinci basamakta çözümlenebileceği hesaplanmıştır. Piramidin en alt katmanını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımlandığı pek çok değişik yaklaşımın ortak noktaları bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturması, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm sağlamasıdır. Birinci

basamak bir uygulama ortamıdır. Aile hekimliği birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplini (Aydın vd.,2004: 44).

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak bir tıp disiplini. Sürekli, kapsamlı ve kişiye yönelik hizmet; hastalıkların erken tanı ve tedavisi; hastalıklardan korunma ve sağlıklı olmanın sürekliliğini sağlama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimliği, önemi bütün dünyada 1950'lerden bu yana daha iyi anlaşılan bir tıp disiplini (Ağın, 2002: 34).

Bu nedenle Türkiye'de uygulanacak aile hekimliği sistemi için Türkiye modeli geliştirilmiştir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Pilot Kanun"(Kanun) çıkarılmıştır (RG, 2004a). Daha sonra "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" çıkarılmıştır (Yönetmelik) (RG, 2005b). "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" çıkarılarak (2. Yönetmelik) (RG, 2005c) mali konulara ait düzenlemeler yapılmış sonra da pilot illerde "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (Yönerge)" yayınlanarak aile hekimliği uygulamalarına ilişkin mevzuat alt yapısı düzenlenmiştir (www.saglik.gov.tr).

Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler.

Aile Hekimliği Uygulamasının Kanuni dayanağı 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8 inci maddesinin birinci fıkrası ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan 25 Mayıs 2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama

Yönetmeliğidir. (Resmi Gazete 2010b Tarih: 25.05.2010 Sayı 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.)

Bu yönetmeliğin Genel Hükümler Birinci bölüm 1. Maddesinde, Amaç ve kapsam bölümünde “Bu Yönetmeliğin amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları belirlemektir.” diye tarif edilir.

Yine yönetmeliğin İkinci Bölüm Çalışma Usul ve Esasları başlıklı kısmında 4. Maddede Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanır:

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu Toplum Sağlığı Merkezine bildirir,

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,

e) Periyodik sağlık muayenesi yapar,

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,

g) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

2.3 SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATINDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI

Sağlık Bakanlığı Koruyucu Sağlık Hizmetleri görevini yerine getirmek için Merkez teşkilatında gerekli mevzuatı hazırlamak, standartları koymak, uygulamada karşılaşılabilecek problemlere çözüm üretmek üzere Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün altında Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı ve bu başkanlığa bağlı aşağıdaki şube müdürlükleri olarak yapılanmıştır. Bu yapının taşradaki ayağı ise İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlükleri, Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Ocaklarıdır.

2.3.1 Çevre Sağlığı Daire Başkanlığının Görevleri

Su temini, su kaynaklarının korunması, kaplıca ve şifalı suların ruhsatlandırma işlemleri, gürültü ve hava kirliliği, sanayi kuruluşları, yerleşim yerlerinin ve meskenler, iyonlaştırıcı olmayan radyasyon ve elektromanyetik kirlilik doğal afetler çevre sağlığını tehdit eden unsurlar, çevre sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, hizmetin yürütülmesi için mevzuat uygulamaları ve diğer gelişmelerin saha hizmetlerini yürüten personele aktarılması amacıyla eğitim planları ve materyalleri hazırlamak, eğitim çalışmaları yapmak gibi görevleri vardır.

2.3.2 Çevre Sağlığı Daire Başkanlığına Bağlı Şube Müdürlükleri ve Görevleri

Çevre Sağlığı Daire Başkanlığını Oluşturan Şubeler

- 1-Piyasa Gözetimi-Denetimi ve Temizlik Ürünleri Şube Müdürlüğü,
- 2- Çevresel Etkileri Değerlendirme ve İzleme Şube Müdürlüğü,
- 3- Pestisit ve Vektör Kontrol Şube Müdürlüğü
- 4-İçme ve Kullanma Suları ve Kaplıcalar Şube Müdürlüğü,
- 5-Halk Sağlığı Laboratuvarları Şube Müdürlüğü,
- 6-Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğünden oluşmaktadır.

1-Piyasa Gözetimi -Denetimi Ve Temizlik Ürünleri Şube Müdürlüğü

İthal ve üretim izni verilen ürünlerin piyasa kontrollerini yapmak veya yaptırmak, piyasa gözetim ve denetimine ait istatistiği verileri derlemek ve yayımlamak, deterjanların ve temizlik maddeleri, ürün kullanımı veya gerekliliği konularında halkın bilinçlendirilmesi, konu ile ilgili mevzuat geliştirme ve AB müktesebatı çalışmalarını yürütmek, piyasa gözetim ve denetimine ait sistem hakkında İl Sağlık Müdürlüğü denetçilerini eğitmek, pestisit ve benzeri maddelerin piyasa denetimini yapmak, hava aromatize edici ve toksik madde içeren koku giderici vb. ürünleri, genel sağlığı ilgilendiren eşya levazım ve piyasa gözetim ve denetim esasları çerçevesinde belirlenen tüm ürünlerin piyasa denetim ve kontrolü, deterjan ve genel amaçlı temizlik ürünleri, etken ve yardımcı maddelerin ithalat ve üretim işlemlerinde bildirim esaslarını yürütmek, hava aromatize edici ve toksik madde içeren koku giderici vb. ürünleri, atık su arıtımında kullanılan bakteri ve benzeri maddeleri, bildirim dışı temizlik ürünleri, AB mevzuatı uyum çalışmaları, yüzey dezenfektanların üretim ve ithal izinlerini vermek gibi görevleri vardır.

2-Çevresel Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube Müdürlüğü

Çevre sağlığı risk faktörlerini belirlemek, izlemek, çevresel risk faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar, doğal afetler ve olağanüstü durumda çevre sağlığı hizmetleri, halkın yiyip içmesine, yatmasına, eğlenmesine, dinlenmesine, temizlenmesine ve seyahat etmesine mahsus umumi yerler ile çocuk bahçeleri, parklar bahçeler, spor meydanları, spor alanları, çevre sağlığını ilgilendiren konularda gerekli tedbirleri almak ve aldirmek, herkes için sağlık, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilir kalkınma, Gayri sıhhi müesseselerin sınıf tespiti işlemleri, endüstriyel tesislerin çevre ve toplum sağlığına yapacağı etkiler ile ilgili risk değerlendirmesi yapmak sağlık koruma bandı konusunda standart belirleme ve referans değerler konusunda çalışmalar yapmak ve görüş vermek, hava, su, toprak kirliliği, gürültü, tıbbi atıklar, kurban hizmetleri, konut sağlığı, endüstriyel ve evsel atıkların izalesi, iyonlaştırıcı radyasyon ve nükleer santral güvenliği ile ilgili çalışmalar, işyeri sağlığı ve güvenliği, kanalizasyon sistemleri, çöplük, mezarlık gibi çevre sağlığını yakından ilgilendiren yerler, ölü defin ve nakil işleri, şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtları gibi konularda çalışmalar yapmak,

3-Pestisit Ve Vektör Kontrol Şube Müdürlüğü

Pestisit ve benzeri maddeler, biyogüvenlik, biyosidal ürünlere ilişkin Avrupa Birliği uyum prosedürleri, haşere ve kemirici mücadele çalışmalarını izlemek, değerlendirmek ve gerekli düzenlemeleri yapmak, konu ile ilgili Avrupa Birliği müktesebatı mevzuatlarını hazırlamak, ilgili çalışmalara katılmak, iş birliğinde bulunmak, Şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtlarını tutmak,

4-İçme Ve Kullanma Suları Ve Kaplıcalar Şube Müdürlüğü

Su kaynakları, suların korunması ve sağlıklı su tüketiminin sağlanması, tüketime verilen içme ve kullanma sularının gerekli ve yeterli düzeyde dezenfeksiyonunu, içme ve kullanma suyu tesislerinin geçici ve kesin kabul işlemleri, içme ve kullanma sularının sağlık açısından takibi içme-

kullanma suları ile ilgili mevzuat çalışmaları, kaplıca, içmeceler ve talassoterapi de kullanılan mineralli sular, plaj, yüzme havuzu ve yüzme alanları gibi turistik hareketlere açık yerler, Mavi Bayrak Projesi, deniz ve göl kıyısı bulunan ve plaj olarak kullanılan alanlar, turist sağlığı, turizm yöresi sağlığı, turistik tesis sağlığı, turizm çalışanı sağlığı, sağlık turizmi, şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtlarının tutulması,

5-Halk Sağlığı Laboratuvarları Şube Müdürlüğü

Yeni kurulması gereken Halk Sağlığı laboratuvarlarının planlamasını yapmak, laboratuvar hizmetlerini gerçekleştirmek üzere kurulmuş ve kurulacak olan il ve ilçe Halk Sağlığı laboratuvarları, Halk Sağlığı laboratuvarlarının araç-gereç ve personel durumunu gösteren envanterleri işlemek ve değerlendirmek, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Üniversiteler, konu ile ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile işbirliği yapılarak analiz metotları konusunda standardizasyonu sağlamak, laboratuvarların bünyelerinde günün teknolojisine uygun yeni birimler oluşturulmasını sağlamak ve bunların çalışır hale getirilmesi için gerekli cihazların ve yapılacak analizleri belirlemek, cihaz teknik şartnamelerini hazırlamak, alınan cihazların dağılımını yapmak, teknik elemanların mevzuat, kimyasal, mikrobiyolojik analiz metotları ve yeni alınan modern cihazların kullanımı ve bakımı konularında etkinliklerinin artırılması amacıyla hizmet içi eğitim programlarına alınmalarını sağlamak, yönetmelik çalışması yapmak, şube müdürlüğünün görevi ile ilgili konularda diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak, ulusal ve uluslar arası düzeydeki gelişmelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve bunları hizmetin etkin bir şekilde yürütülmesinde kullanmak, görev alanı ile ilgili mevzuat çalışmaları, Avrupa Topluluğu Direktiflerine uyum çalışmalarını yürütmek, başkanlığın vereceği diğer görevleri yürütmek.

6-Çalışanların Sağlığı Ve Güvenliği Şube Müdürlüğü

Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili olarak, ilgili kurumlarla işbirliği içersinde gerekli inceleme ve değerlendirmeler yapılarak sorunlarla ilgili tespit ve çözüm önerileri getirilmekte ve çalışanların sağlığı ve güvenliği

konusunda ilgili kurumlarla koordineli şekilde ilgili mevzuat çalışması yürütülmektedir.

2.4 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

Türkiye’de Aile Hekimliği uygulaması 2005 yılı Ekim ayında başlamıştır. Sağlık Bakanlığının 2005 verilerine göre Türkiye genelinde 6198 Sağlık Ocağı, 6129 Sağlık Evi bulunmaktaydı. Sağlık Bakanlığının 2010 yılı Ekim ayı verilerine göre 65 ilde Aile Hekimliğine geçilmiştir. Şu anda ülke genelinde 2752 Sağlık Ocağı, 5516 Sağlık Evi bulunmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasına geçilen 65 ilde ise 686 toplum sağlığı merkezi bulunmaktadır.

2.4.1 Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması

Türkiye’de sağlık hizmetleri 224 sayılı sosyalleştirme kanununa göre yapılandırılmıştır. Bu kanunun temel mantığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları ve sağlık evleri ile vatandaşa ulaştırılması düşünülmüştür. 24.11.2004 tarihinde çıkarılıp yürürlüğe sokulan 5228 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile bu kanundaki mantık yerini, aile hekimleri eliyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi mantığı almıştır.

224 sayılı sosyalleştirme kanunundaki yapıda bulunan kurumlar aşağıda açıklanmıştır:

2.4.1.1 Sağlık Ocağı

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım, bilindiği gibi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Yasa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu. Basamaklandırılmış sağlık sistemini benimsemişti. Ülkemizin sağlık örgütlenmesi içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği temel birim Sağlık Ocağı’dır. Sağlık Ocağı, 5 ile

10 bin kişilik toplumun yaşadığı bölgedeki sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü, tıbbi ve sosyal kurumdur. Koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilir. Hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekimdir. (Özdemir, Ocaktan, Akdur 2003 s:207-216)

Kanun çıktıktan sonra on beş yıl içinde kanunun tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı öngörülmüş. Ancak 1983 yılında yapılan değişiklikle sosyalleştirmenin bütün yurt sathına yayılması için öngörülen süre 1992 yılına kadar uzatılmıştır (TTB, 2001:43).

1990 sonrası “Sağlık Reformu” tartışmaları başladı. Bu süreçte sağlık reformu, sağlık ocakları ile entegre, çok sektörlü, toplumcu, sistematik, standart bir hizmete uyarlanmış, kapsamlı, eşitsizliği azaltma amaçlı bir birinci basamak yerine, aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışını tercih etmiştir (Öcek ve Soyer, 2005:23).

Aile hekimliği uygulamasında sağlık ocağının görevleri 2'ye ayrılmış aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi olmak üzere iki birim tarafından verilmeye başlanmıştır.

2.4.1.2 Sağlık Evi

Sağlık ocağına bağlı olarak çalışan ve her 2000-2500 nüfusa hizmet götürmek üzere kurulmuş, çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Sağlık evinde en önemli görev, ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle, toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların araştırılıp bulunarak izlenmesidir.

2.4.1.3 Halk Sağlığı Laboratuvarı

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında fiziki, biyolojik ve sosyal çevreden kaynaklanan ve insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenlerin, fiziksel, kimyasal, biyokimyasal, bakteriyolojik, mikolojik, virolojik, hematolojik, serolojik ve parazitolojik vb. yönden tanı, inceleme ve analizlerini

yaparak, alınması gerekli tedbirler açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yönlendirici verileri ortaya koyan, gıda maddeleri ve suların halk sağlığı yönünden kontrollerini yapan, kendi bölgesindeki İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarlarının ekipman yetersizliğinden dolayı yapamadığı analizleri yapan, danışmanlık ve eğitim hizmeti veren birimlerdir.

2.5 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI SONRASI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

2.5.1 Toplum Sağlığı Merkezi

Yönergeye göre, “toplum sağlığı merkezi; Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu,” olarak tanımlanmıştır. Toplum Sağlığı Merkezi eski uygulamada sağlık grup başkanlıklarının yaptığı görevleri yapmak üzere dizayn edilmiştir.

Her il ve ilçede sorumluluk bölgesi; mülki sınırlarla sınırlı, bir “toplum sağlığı merkezi” kurulması öngörülmüştür. Büyükşehirlerde ise Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı her ilçede bir tane, nüfusu 100.000'den fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir tane toplum sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştür. Toplum sağlığı merkezlerinin bir önemli özelliği de aile sağlığı merkezlerinde görev almak istemeyen personelin buralarda görevlendirilecek olmasıdır.

Yönergeye göre toplum sağlığı merkezinin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şöyle tespit edilmiştir:

İdari ve mali hizmetler,

Çevre sağlığı hizmetleri,

Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,
Aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi,

Lojistik hizmetleri,

Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,

Hizmet içi eğitim hizmetleri,

Kayıtların tutulması ve ASM'nin denetim hizmetleri,

Acil sağlık hizmetleri, Adli tıbbi hizmetler,

Okul sağlığı hizmetleri,

İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,

Sağlık eğitimi hizmetleri,

Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi,

Afet organizasyonu,

Kurullara ve komisyonlara katılım,

Yeşil Kart hizmetleri ve Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmaktır(Resmi Gazete, 2005, sayı 25904)

2.5.2 Aile Sağlığı Merkezi

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönergeye göre, “Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır”. Yönergeye göre “aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yas, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün

esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”

Yine Yönergeye göre aile sağlığı elemanı ise “AH ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) olarak tanımlanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİLEN İLLERDE ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BUNDAN ETKİLENME DURUMUNA İLİŞKİN ADANA VE KAYSERİ İLLERİNDE YAPILAN ALAN ARAŞTIRMASI

Aile Hekimliği uygulaması sonrasında il ve ilçelerde sağlık ocakları kapatılmış bunların yerine TSM kurulmuştur. Sağlık ocakları daha küçük yerleşim yerlerine kadar yayılmışken TSM'ler daha merkezi yerlerde ve daha kalabalık nüfusa hitap edecek şekilde konumlandırılmıştır.

3.1 ALAN ARAŞTIRMASININ METODOLOJİSİ

3.1.1 Çalışmanın Konusu

Araştırmanın ana konusu: Adana ve Kayseri illerinde Aile Hekimliği Uygulamasına geçildikten sonra Çevre Sağlığı Hizmet vericilerinin bu durumdan etkilenme durumlarını anket yapılarak tespit edilmesi ve sonucunun değerlendirilmesidir.

3.1.2 Çalışmanın Amacı ve Önemi

Türkiye'de yıllardır sağlık sistemi ve bu sistem içinde çevre sağlığına yönelik planlamalar yapılmaktadır. Koruyucu hekimlik uygulamalarında çevre sağlığı hizmetleri gün geçtikçe daha geri plana atılmakta bu da tedaviye yönelik uygulamaların maddi ve manevi yükünü toplumun sırtına daha fazla yüklemektedir.

Sağlık sisteminde köklü bir değişiklik olarak karşımıza çıkan Aile Hekimliği uygulamasıyla 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerindeki yükün hafifletilmesi hedeflenmektedir. Bu uygulamaya geçilmeden önce çevre sağlığı hizmetlerinin bu uygulamadan nasıl etkileneceği yönünde bir araştırma yapılmış mıdır yapıldıysa şu an sahadaki uygulamada karşımıza

ıkan sonuç nedir? Bu alışma bu soruya cevap bulmak ve politika geliştirime ve uygulama durumunda olanlara veri sağlamak için yapılmıştır.

3.1.3 Çalışmanın Yöntemi ve Uygulaması

3.1.3.1 Kuramsal ereve

Araştırmada evre sağlığı hizmetlerinin AHU sonrasındaki durumu AHU öncesinde ve sonrasında evre sağlığı biriminde çalışan hizmet sunucuların değerlendirmesine dayalı olarak yapılmıştır. Personelin memnuniyet durumu, çalışma koşulları, idari yapılanma vb. temel alınmış ve anket yöntemi kullanılarak çalışılmıştır. Böylelikle fiili olarak sahada çalışmakta olan personelin düşünceleri alınmış, AHU öncesine göre aksayan veya daha iyileşme olan noktalar tespit edilmiştir.

3.1.3.2 Araştırma Probleminin Belirlenmesi

“Aile Hekimliğı Uygulamasına geçildikten sonra evre Sağlığı Hizmetlerinin yürütülmesinde bir değişiklik olmuş mudur?” sorusu, araştırmanın temel problemini yansıtmaktadır.

3.1.3.3 Araştırma Modeli

Araştırma evre Sağlığı Biriminde alışan personelin AHU ncesi ve sonrasına ait bakışları göz önüne alınarak yapılmıştır. Verilen cevaplara göre AHU sonrasında evre Sağlığı Hizmetlerinde değişen durumlar tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.1.3.4 Varsayımlar

evre Sağlığı biriminde çalışan personelin çalışmasını etkileyen araştırma konusu dışındaki (iklim, gelişmişlik düzeyi vb.) şartlar eşit kabul edilmektedir.

3.1.3.5 Sınırlılıklar

Türkiye’de AHU Ekim 2010 itibariyle 65 il geçmiştir. 2010 yılı sonunda da bütün illerin AHU geçmesi planlanmaktadır. Araştırmada sadece Adana ve Kayseri illeri üzerinde çalışılmış diğer iller kapsam dışında tutulmuştur.

3.1.3.6 Veri Toplama Yöntemi

Adana ve Kayseri il merkezi ve ilçelerinde Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışmakta olan personele anket uygulanmış, elde edilen veriler Excell programına girilmiştir. Sonuç olarak çevre sağlığı çalışmaları ile ilgili anket sonuçlarını içeren bir veri tabanı oluşturulmuştur.

3.1.3.7 Veri Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. %5 anlamlılık değeri esas alınmıştır. Güvenilirlik katsayısı (cronbach’s Alphas) 0,971 gibi yüksek bir değer olarak bulunmuştur. Bu da AHU öncesi ve AHU sonrası için ölçeğin araştırmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Sorular arasında düşük, orta ve yüksek düzeyde (korelasyon) ilişki gözlenmiştir. Item statistics AHU öncesi güvenilirlik katsayısı 0,945, Reliability statistics AHU sonrası güvenilirlik katsayısı 0,947 olarak bulunmuştur.

Cronbach’s Alpha item Deleted’e göre anketten soru çıkarmaya gerek duyulmamıştır. Bütün sorular birbirine yakın oranda ankete katkı sağlamıştır.

Ki-Kare testi uygulaması dağılımlar uygun olmadığı için yapılamamıştır.

3.1.3.8 Hipotezler

Hipotez.1 Çevre Sağlığı Hizmetleri Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesinden önce ve sonrasına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez.2 Çevre Sağlığı biriminde çalışan personelin Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesinden önce ve sonra memnun olma derecesinde fark vardır.

3.2 BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle örnekleme oluşturan katılımcılara ait demografik bilgiler verilecek, ardından yapılan istatistiksel analizler neticesinde ortaya çıkan bulgulara değinilecektir.

Tablo 3-1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE (%)
Anket İli		
Adana	48	58
Kayseri	35	42
Cinsiyet		
Erkek	77	92
Kadın	6	8
Meslek Grupları		
Uzman Hekim	0	0
Pratisyen Hekim	0	0
Çevre Mühendisi	1	1
Gıda Mühendisi	2	2
Çevre Sağlık Teknisyeni	75	91
Sağlık Memuru	3	4
Ebe-Hemşire	0	0
Diğer	2	2
Eğitim Durumu		
Yüksek Lisans	1	1
Lisans	15	18
Ön Lisans	24	29
Lise ve Meslek Lisesi	43	52
Yaş Grupları		
20-39 Yaş	10	12
40-59 Yaş	73	88
Hizmet Yılı		
1-20 Yıl	11	15
21-40	70	85
Çalıştığı Kurum		
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	34	41
İl Toplum Sağlığı Merkezi	10	12
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	38	46
AHU Geçilmeden Önce Çalıştığı Kurum		
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	36	43
Sağlık Grup Başkanlığı	20	24
Sağlık Ocağı	24	29
Diğer	2	3

Tablo 3-1 anket yapılan personelin demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımını göstermektedir. Buna göre, değerlendirmeye tabi

tutulan personelin %92'si erkeklerden %8'i bayanlardan oluşmaktadır. Meslek grupları açısından dağılım incelendiğinde, çevre sağlık teknisyenlerinin %91 (75 kişi) ile en kalabalık grup olduğu daha sonra %4 (3 kişi) ile sağlık memuru, %2 (2 kişi) ile gıda mühendisi, %1 (1 kişi) ile çevre mühendisi şeklinde sıralandığı ve geriye kalan 2 kişinin ise diğer personel grubuna dâhil olduğu görülmektedir.

Tablo 3-1 incelenmeye devam edildiğinde, %41'inin İl merkezinde Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde, %46'sının İlçe TSM'de, %12'sinin İl TSM'de çalıştığı görülmektedir. Yine katılımcıların %52'sinin Lise veya dengi meslek Lisesi , %29'unun Ön Lisans , 18'inin Lisans , %1'inin Yüksek Lisans mezunu olduğu görülüyor.

Katılımcıların %12'sinin 20-39 yaş grubundan %88'inin 40-59 yaş grubundan olduğu görülmüştür.

Hizmet yılı bakımından katılımcıların dağılımına bakıldığında, 1-20 yıla kadar hizmeti bulunanların %15, 21-40 yıla kadar hizmeti bulunanların %85 oranında olduğu görülmektedir.

Katılımcıların AHU geçilmeden önce çalıştığı kuruma göre dağılımında ise %29'unun Sağlık Ocağında, %24'ünün Sağlık Grup Başkanlığında, %43'nün Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde, %3'nün diğer kurumlarda çalıştığı görülmüştür.

Tablo 3-2 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerine İlişkin AHU Öncesi ve AHU Sonrası Durum Hakkında Görüşleri

ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce				Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	Kurumda Çevre Sağlığı hizmetlerini yürütmeniz için ayrılmış çalışma mekânı var mı?	74	90	8	10	60	75	20	25
2	Çevre Sağlığı veri girişlerini yapmakla ilgili göreviniz var mı?	40	50	40	50	43	55	35	45
3	Sahaya çıkmanız gerektiğinde araç ihtiyacınız karşılanıyor mu?	76	95	4	5	65	81	15	19
4	Kurumunuzun görevleriyle ilgili, mesleğinizin dışındaki başka alanlarda görevlendiriliyor musunuz?	34	43	46	58	27	34	52	66
5	Kurumunuzun görev alanı dışında başka kurumların görev alanına giren konularda görevlendiriliyor musunuz?	31	39	48	61	27	35	50	65
6	Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili gerekli planlamalar yapılıyor mu?	71	88	10	12	61	81	14	19
7	Görev bölgeniz (alanınız) tanımlı mı?	70	86	11	14	59	80	15	20
8	Kurumunuzda Çevre Sağlığı hizmetlerini daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?	48	59	33	41	39	53	35	47
9	Çevre Sağlığı denetimleri ile ilgili planlama yapılıyor mu?	66	83	14	18	52	70	22	30
10	Kurumunuzda topluma yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?	56	69	25	31	43	57	32	43

Tablo 3-2'den görüleceği üzere, kurumda Çevre Sağlığı hizmetlerini yürütmeniz için ayrılmış çalışma mekânı var mı? Sorusuna AHU geçilmeden önce %90 evet cevabı verilirken, AHU geçildikten sonra %75 evet cevabı verilmiştir. AHU geçildikten sonra Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için çalışma mekânı ayrılması konusunda problem ortaya çıktığı görülmektedir. Sahaya çıkmanız gerektiğinde araç ihtiyacınız karşılanıyor mu? Sorusuna AHU geçilmeden önce %95 evet cevabı verilirken, AHU geçildikten sonra %81 evet cevabı verilmiştir. AHU geçildikten sonra Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için Araç ihtiyacının karşılanması konusunda da problem ortaya çıktığı görülmektedir.

Kurumunuzun görevleriyle ilgili, mesleğinizin dışındaki başka alanlarda görevlendiriliyor musunuz? ve Kurumunuzun görev alanı dışında başka kurumların görev alanına giren konularda görevlendiriliyor musunuz? sorularına AHU öncesinde %43 ve %39 cevabı verilirken, AHU sonrasında %34 ve %35 oranında evet cevabı verilmiştir. Verilen cevaplardan personelin kendi görevleri dışında yüksek oranda görevlendirildiği fakat AHU sonrasında bu oranın kısmen düştüğü görülmektedir.

Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili gerekli planlamalar yapılıyor mu?, Görev bölgeniz (alanınız) tanımlı mı? ve Çevre Sağlığı denetimleri ile ilgili planlama yapılıyor mu? sorularına AHU öncesinde %88, %86 ve %83 evet cevabı verilirken, AHU sonrasında %81, %80 ve %70 oranlarında evet cevabı verildiği görülmüyor. Çalışanların görev alanlarının tanımlanması ve hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili planlamalar konusunda AHU sonrasında kısmi bir geriye gidiş görülmekte, denetimlerin planlanması ile ilgili ise %13 gibi yüksek oranda bir geriye gidişin olduğu görülmektedir.

Kurumunuzda Çevre Sağlığı hizmetlerini daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu? Sorusuna AHU öncesinde %59 oranında evet cevabı verilirken AHU sonrasında %53 oranında evet cevabı verildiği görülmektedir. Personele yönelik olarak yapılması gereken eğitim çalışmalarının HU sonrasında daha da azaldığı görülmektedir.

Kurumunuzda topluma yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu? Sorusuna AHU öncesinde %69 oranında evet cevabı verilirken, AHU sonrasında %57 oranında evet cevabı verildiği görülmektedir. AHU sonrasında topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmalarında da bir zaafiyet olduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo 3-3 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetleri Hakkında Verdikleri Cevapların %'de değişimleri, Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)ve Soruların Anlamlılık Değeri Tablosu

SORULAR (Evet-Hayır'a Göre Hazırlanan Sorular)	Aritmetik Ortalama			Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)	SONUÇ
	AHU ÖNCE	AHU SONRA	DEĞİŞİM (%)		
Kurumda Çevre Sağlığı hizmetlerini yürüteniz için ayrılmış çalışma mekânı var mı?	1,10	1,25	13,9	,001	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı veri girişlerini yapmakla ilgili göreviniz var mı?	1,50	1,45	-3,4	,157	Anlamlı Değil
Sahaya çıkmanız gerektiğinde araç ihtiyacınız karşılanıyor mu?	1,05	1,19	13,1	,001	Değişim anlamlı
Kurumunuzun görevleriyle ilgili, mesleğinizin dışındaki başka alanlarda görevlendiriliyor musunuz?	1,58	1,66	5,3	,052	Anlamlı Değil
Kurumunuzun görev alanı dışında başka kurumların görev alanına giren konularda görevlendiriliyor musunuz?	1,61	1,65	2,6	,366	Anlamlı Değil
Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili gerekli planlamalar yapılıyor mu?	1,12	1,19	5,6	,317	Anlamlı Değil
Görev bölgeniz (alanınız) tanımlı mı?	1,14	1,20	5,9	,206	Anlamlı Değil
Kurumunuzda Çevre Sağlığı hizmetlerini daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?	1,41	1,47	4,7	,705	Anlamlı Değil
Çevre Sağlığı denetimleri ile ilgili planlama yapılıyor mu?	1,18	1,30	10,4	,011	Değişim anlamlı
Kurumunuzda topluma yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?	1,31	1,43	9,0	,059	Anlamlı Değil

Wilcoxon Signed Ranks Test AHU öncesi ve AHU sonrasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını vermektedir. P anlamlılık değeri %0,05'den küçük ise değişim istatistiksel olarak anlamlı, büyük ise anlamsızdır. Değişimin anlamlı olması, değişimin istatistiksel olarak gözlemlenebilir olduğunu ifade eder. Tablo 3-3'deki sorular anket Tablo.1'de yer alan sorulardır. Çalışma mekânı ile ilgili sorudaki değişimin (,001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Buradan AHU sonrasında Çevre Sağlığı Hizmetlerinin çalışma mekânı yönüyle olumsuz olarak etkilendiğini net olarak söylenebilir.

Yine sahaya çıkılması gerektiğinde araç ihtiyacının karşılanması ile ilgili soruya AHU öncesi ve AHU sonrasında göre verilen cevaplar arasındaki değişimin (,001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Buradan AHU sonrasında araç ihtiyacının karşılanması yönüyle problem yaşandığı anlaşılmaktadır.

Çevre Sağlığı denetimleri ile ilgili planlama yapılıyor mu sorusuna verilen cevaplar arasındaki değişim de (,011) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Demek ki AHU sonrasında çevre sağlığı denetimlerini yürütmek için yapılması gereken planlama çalışmalarında yine bir zaafiyet yaşanmaktadır.

Tablo 3-4.1 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmeti Verilen Mekanın Fiziki Yapısına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi

5. Çok iyi 4. İyi 3. Değişiklik yok 2. Kötü 1. Çok Kötü

A-FİZİKİ YAPI																			
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce										Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra							
		5		4		3		2		1		5		4		3		2	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	Kurumda size ayrılan çalışma mekânı hizmetlerinizi verimli bir şekilde yürütebilmeniz için yeterli mi?	27	33	19	23	12	15	13	16	10	12	20	25	13	16	17	21	18	23
2	Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde yürütebilmek için alet-cihaz vb. ekipmanınız yeterli mi?	18	22	25	31	19	23	12	15	7	9	13	16	18	23	24	30	15	19

Tablo 3-4.1 Çalışanların çalışma mekanının fiziki şartları ile ilgili düşüncelerini göstermektedir. AHU sonrasında Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için ayrılmış yeterli mekân olmadığı görülmektedir.

Tablo 3-4.2 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi

5. Çok iyi 4. İyi 3. Değişiklik yok 2. Kötü 1. Çok Kötü

B-ÇALIŞMA KOŞULLARI																			
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce										Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra							
		5		4		3		2		1		5		4		3		2	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	İşyerinizde mesleğinizle ilgili gelişmeleri ve güncel olayları takip edebilmeniz için gerekli teknik donanım yeterli mi?	18	22	23	28	24	30	13	16	3	4	13	16	20	25	21	26	18	23
2	Mesleğinizle ilgili gelişmeleri çalışma hayatınızda uygulamaya sokabiliyor musunuz?	16	20	16	20	32	40	13	16	3	4	12	15	15	19	29	37	16	20
3	Çevre Sağlığı ile ilgili veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabiliyor musunuz?	26	33	28	35	11	14	11	14	3	4	22	28	23	29	13	16	15	19
4	Çalışma ortamınızda çevre sağlığına ait veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabilmek için gerekli olan teknik donanım yeterli mi?	17	22	33	42	17	22	12	15	0	0	12	15	29	36	19	24	16	20

Tablo 3-4.2 Çalışanların çalışma koşulları ile ilgili düşünceleri görülmektedir. Katılımcıların AHU öncesi mesleki gelişimleri meslek hayatına geçirmede AHU sonrasına göre daha fazla oranda iyi imkânlara sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 3-4.3 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerini Sunan Personele İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi

5. Çok iyi

4. İyi

3. Değişiklik yok

2. Kötü

1. Çok Kötü

C-PERSONELLE İLGİLİ BİLGİLER																			
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce										Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra							
		5		4		3		2		1		5		4		3		2	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	Çevre Sağlığı biriminde çalışmaktan memnunuz musunuz?	51	63	16	20	3	4	8	10	3	4	42	52	14	17	3	4	12	15
2	Aldığınız döner sermaye (ek ödeme) miktarından memnunuz musunuz?	17	21	10	12	10	12	17	21	27	33	6	7	2	2	6	7	22	27
3	Kurumunuzda Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde gerçekleştirebilmek için personel sayısı yeterli mi?	42	53	19	24	5	6	7	9	7	9	35	44	19	24	7	9	8	10
4	Kurumunuzun görev alanına giren başka alanlarda görevlendirilmeniz rutin işlerinizi yapmanıza engel oluyor mu?	19	24	13	16	19	24	8	10	21	26	20	25	12	15	16	20	10	13
5	Yaptığınız Çevre Sağlığı çalışmalarının verimliliğini nasıl görüyorsunuz?	33	41	28	35	11	14	3	4	6	7	24	30	23	28	20	25	4	5
6	Çevre Sağlığı biriminde çalışan personelin aldıkları eğitim, çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli mi?	32	40	22	27	13	16	10	12	4	5	25	31	23	28	16	20	12	15
7	Kurumunuzda hizmetlerinizi daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyorsa yeterli mi?	24	30	17	21	19	24	8	10	12	15	18	22	17	21	23	28	10	12

Tablo 3-4.3 Çalışanların personelle ilgili düşüncelerini göstermektedir. İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre kontrol Şube Müdürlüğü çalışanlarının AHU sonrasında aldıkları eğitimin çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yetersiz olduğu düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 3-4.4 Katılımcıların Topluma Sunulan Çevre Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi

5. Çok iyi

4. İyi

3. Değişiklik yok

2. Kötü

1. Çok Kötü

D-TOPLUMA SUNULAN ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ																			
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce										Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra							
		5		4		3		2		1		5		4		3		2	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	Kurumunuzun verdiği Çevre Sağlığı hizmetlerinin verimliliği nasıl?	27	33	32	40	16	20	2	2	4	5	23	28	28	35	19	23	4	5
2	Merkezden gelen talimatlar uç noktalara kadar ulaşarak uygulanabiliyor mu?	37	46	25	31	9	11	6	7	4	5	32	40	20	25	15	19	9	11
3	İlinizde Çevre Sağlığı hizmetleri uç noktalara kadar yeterince verilebiliyor mu?	29	38	26	34	14	18	5	6	3	4	25	32	23	30	18	23	8	10
4	Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili yapılan planlar uygulanıyor mu?	34	42	26	32	14	17	3	4	4	5	31	38	25	31	15	19	6	7
5	Çevre Sağlığı hizmetleri ile ilgili şikâyetleri zamanında değerlendirebiliyor musunuz?	41	51	30	37	3	4	5	6	2	2	40	49	26	32	6	7	6	7
6	Kurumunuzda topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmaları yeterli mi?	15	19	28	35	23	29	8	10	6	8	12	15	21	26	25	31	13	16

Tablo 3-4.4 Çalışanların topluma sundukları hizmetlerle ilgili düşüncelerini göstermektedir. İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları kurumlarının yaptığı Çevre Sağlığı hizmetlerini Ahu öncesinde de (%50), sonrasında da (%40) verimli bulmamaktadır. İl ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının kurumlarında verilen çevre sağlığı hizmetlerinin verimliliğinin düştüğü kanaatinde oldukları görülmektedir. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre kontrol Şube Müdürlüğü görev alanlarında AHU sonrasında merkezden gelen talimatların uç noktalara kadar ulaştırılamadığı görülmektedir. Bunun sebebi, İl merkezine ait işler İl Toplum Sağlığı Merkezi tarafından yerine getirilmediği durumlarda, İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü tarafından takibi yapılabilmekte ve

sonlandırılabilmekte. Fakat İlçe Toplum Sağlığı Merkezinin yapması gereken işlerde aksamalar olmaktadır. Bundan dolayı İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü çalışanları AHU sonrasında merkezden gelen talimatların uç noktalara kadar ulaştırılarak uygulanması noktasında zaafiyet olduğunu düşünüyorlar.

Tablo 3-4.5 Katılımcıların Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda İdari Yapılanmaya İlişkin Verilen İfadelere Katılım Düzeyi

5. Çok iyi

4. İyi

3. Değişiklik yok

2. Kötü

1. Çok Kötü

E-İDARİ YAPILANMA																			
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce										Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra							
		5		4		3		2		1		5		4		3		2	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1	Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda merkezden beklediğiniz desteği bulabiliyor musunuz?	26	32	25	31	16	20	7	9	7	9	22	27	18	22	20	25	13	16
2	Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda mevzuatı yeterli buluyor musunuz?	13	16	29	36	12	15	11	14	16	20	12	15	24	30	16	20	12	15
3	İdarecileriniz Çevre sağlığı hizmetlerine ne kadar önem veriyor?	19	23	25	31	13	16	8	10	16	20	18	22	20	24	14	17	14	17
4	Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine bakışı nasıl?	13	16	21	26	22	27	9	11	16	20	13	16	17	21	21	26	8	10
5	Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine katkısı nasıl?	7	9	16	20	19	23	14	17	25	31	7	9	13	16	20	24	13	16
6	Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda bürokrasinin hızı nasıl?	10	12	28	35	22	27	8	10	13	16	8	10	27	33	19	23	12	15
7	Görev yaptığınız beldedeki çevre sağlığı idari ve personel yapılanması hizmet verilen nüfusa göre yeterli mi?	29	36	17	21	22	28	7	9	5	6	27	33	18	22	18	22	8	10

Tablo 3-4.5 Çalışanların çalışma koşulları ile ilgili düşüncelerini göstermektedir.

Tablo 3-4.1.2.3.4.5'de anketteki Tablo.2'deki soruların boyutları ve boyutların altında yer alan konulara göre katılımcıların AHU öncesi ve AHU sonrasına göre verdikleri cevapların frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Tablo 3-4.1 incelendiğinde, Tablo-1'de yer alan Kurumda Çevre Sağlığı hizmetlerini yürütmeniz için ayrılmış çalışma mekânı var mı? sorusuna AHU öncesinde %90 oranında, AHU sonrasında %75 oranında evet cevabı verilmiştir, Anketimizde Tablo-2'de Kurumda size ayrılan çalışma mekânı hizmetlerinizi verimli bir şekilde yürütebilmeniz için yeterli mi? sorusuna AHU öncesi %55 oranında iyi ve çok iyi, AHU sonrasında %41 oranında iyi ve Çok İyi cevabı verilmiştir. AHU sonrasında Çevre Sağlığı Hizmetlerinin yürütülmesinde mekân sıkıntısı olduğu, bu hizmetlerin yapılması için tahsis edilen mekânların da yetersiz olduğu gözlenmektedir.

Tablo 3-4.3 incelendiğinde, Çevre Sağlığı biriminde çalışmaktan memnun musunuz? sorusuna AHU öncesinde %83 oranında iyi ve çok iyi denilirken AHU sonrasında %69 oranında iyi ve çok iyi denilmiştir. AHU sonrasında Çevre Sağlığı çalışanlarının memnuniyet oranının düştüğü görülmektedir.

Tablo 3-4.3 incelendiğinde, aldığınız döner sermaye (ek ödeme) miktarından memnun musunuz? sorusuna verilen cevaplara bakıldığında AHU öncesinde %33 oranında iyi ve çok iyi denilirken, AHU sonrası %9 oranında iyi ve çok iyi cevabı verildiği görülmektedir. Bu da Çevre Sağlığı çalışanlarının AHU öncesinde de aldıkları ek ödeme miktarından memnun olmadıklarını, AHU sonrasında bu memnuniyetsizliğin daha da arttığını göstermektedir.

Tablo 3-4.3 incelendiğinde, yaptığınız Çevre sağlığı Hizmetlerinin verimliliğini nasıl görüyorsunuz? sorusuna verilen cevaplara bakıldığında AHU öncesinde %76 oranında iyi ve çok iyi denilirken, AHU sonrasında %58 oranında iyi ve çok iyi cevabı verildiği, verilen hizmetlerin verimliliğinin %18 oranında düştüğü görülmektedir.

Tablo 3-4.4 incelendiğinde,Kurumunuzda topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmaları yeterli mi? sorusuna verilen cevaplara bakıldığında AHU öncesi %54 oranında iyi ve çok iyi denilirken, AHU sonrası %41 oranında iyi ve çok iyi cevabı verildiği görülmektedir. AHU sonrasında topluma yönelik olarak yapılması gereken eğitim faaliyetlerinin azaldığı görülmektedir.

Tablo 3-5 Araştırma Kapsamında sorulan sorulara verilen cevapların yüzde Değişimleri, Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)ve Soruların Anlamlılık Değeri Tablosu

SORULAR (5'li Likert Ölçeğine Göre hazırlanan Sorular)	Aritmetik Ortalama			Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)	SONUÇ
	AHU ÖNCE	AHU SONRA	DEĞİŞİM (%)		
Kurumda size ayrılan çalışma mekânı hizmetlerinizi verimli bir şekilde yürütebilmeniz için yeterli mi?	3,58	3,17	-11,3	,025	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde yürütebilmek için alet-cihaz vb. ekipmanınız yeterli mi?	3,49	3,19	-8,7	,007	Değişim anlamlı
İşyerinizde mesleğinizle ilgili gelişmeleri ve güncel olayları takip edebilmemiz için gerekli teknik donanım yeterli mi?	3,49	3,25	-7,1	,003	Değişim anlamlı
Mesleğinizle ilgili gelişmeleri çalışma hayatınızda uygulamaya sokabiliyor musunuz?	3,35	3,19	-4,9	,009	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı ile ilgili veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabiliyor musunuz?	3,87	3,65	-5,7	,017	Değişim anlamlı
Çalışma ortamınızda çevre sağlığına ait veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabilmek için gerekli olan teknik donanım yeterli mi?	3,70	3,46	-6,5	,007	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı biriminde çalışmaktan memnun musunuz?	4,27	3,88	-9,0	,002	Değişim anlamlı
Aldığınız döner sermaye (ek ödeme) miktarından memnun musunuz?	2,65	1,81	-31,6	,000	Değişim anlamlı
Kurumunuzda Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde gerçekleştirebilmek için personel sayısı yeterli mi?	4,14	3,93	-5,2	,022	Değişim anlamlı
Kurumunuzun görev alanına giren başka alanlarda görevlendirilmeniz rutin işlerinizi yapmanıza engel oluyor mu?	3,01	3,00	-0,5	,803	Anlamlı değil
Yaptığınız Çevre Sağlığı çalışmalarının verimliliğini nasıl görüyorsunuz?	4,01	3,71	-7,6	,002	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı biriminde çalışan personelin aldıkları eğitim, çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli mi?	3,82	3,70	-3,2	,020	Değişim anlamlı

SORULAR (5'li Likert Ölçeğine Göre hazırlanan Sorular)	Aritmetik Ortalama			Wilcoxon Signed Ranks Test (% 5 anlamlılık değeri/p)	SONUÇ
	AHU ÖNCE	AHU SONRA	DEĞİŞİM (%)		
Kurumunuzda hizmetlerinizi daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyorsa yeterli mi?	3,41	3,30	-3,1	,020	Değişim anlamlı
Kurumunuzun verdiği Çevre Sağlığı hizmetlerinin verimliliği nasıl?	3,97	3,81	-4,0	,011	Değişim anlamlı
Merkezden gelen talimatlar uç noktalara kadar ulaşılarak uygulanabiliyor mu?	4,11	3,99	-3,1	,010	Değişim anlamlı
İlinizde Çevre Sağlığı hizmetleri uç noktalara kadar yeterince verilebiliyor mu?	3,97	3,86	-2,9	,058	Anlamlı değil
Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili yapılan planlar uygulanıyor mu?	4,01	3,97	-1,1	,031	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı hizmetleri ile ilgili şikâyetleri zamanında değerlendirebiliyor musunuz?	4,28	4,22	-1,5	,133	Anlamlı değil
Kurumunuzda topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmaları yeterli mi?	3,44	3,19	-7,2	,005	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda merkezden beklediğiniz desteği bulabiliyor musunuz?	3,66	3,43	-6,2	,013	Değişim anlamlı
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda mevzuatı yeterli buluyor musunuz?	3,27	3,16	-3,3	,190	Anlamlı değil
İdarecileriniz Çevre sağlığı hizmetlerine ne kadar önem veriyor?	3,41	3,20	-6,0	,253	Anlamlı değil
Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine bakışı nasıl?	3,10	2,99	-3,6	,041	Değişim anlamlı
Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine katkısı nasıl?	2,61	2,52	-3,2	,196	Anlamlı değil
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda bürokrasinin hızı nasıl?	3,20	3,07	-3,9	,038	Değişim anlamlı
Görev yaptığınız beldedeki çevre sağlığı idari ve personel yapılanması hizmet verilen nüfusa göre yeterli mi?	3,77	3,67	-2,9	,017	Değişim anlamlı

Tablo 3.5'deki sorular Anketimizdeki Tablo.2'nin sorularıdır. Sorulara verilen cevaplardaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülüyor. Değişim yüzdelerine bakıldığında AHU öncesine göre AHU sonrasında Çevre Sağlığı Hizmetlerinin her alanda bu uygulamadan olumsuz olarak etkilendiği görülmektedir.

Mekan, ekipman, teknik donanım, memnuniyet, döner sermaye miktarı, çalışmaların verimliliği, topluma yönelik olarak yapılan eğitim

çalışmaları konularında AHU öncesi ve AHU sonrası değişim oranlarının olumsuz yönde çok yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3-6 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu

Personelin Kurumlarına Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu										
Çalıştığı Kurum	AHU Önce					AHU Sonra				
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok	İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok	İyi-Çok İyi	
	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	2	20	0	8	80	5	50	0	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	6	16	2	30	79	12	32	2	24	63
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	3	9	1	28	88	5	16	1	26	81
Toplam	11	14	3	66	83	22	28	3	55	69

Tablo 3-6 Çevre Sağlığı çalışanlarının çalıştıkları kurumlara göre memnuniyet durumunu göstermektedir. İl Toplum Sağlığı Merkezinde AHU öncesinde memnuniyet %80 iken AHU sonrasında %50'ye düşmüştür. İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde %79'dan %63'e düşmüştür. Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde %88'den %81'e düşmüştür. Çalışanların AHU öncesine göre bu birimde çalışmaktan memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir. İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının memnuniyetlerindeki düşüşün %30 gibi bir orana ulaştığı görülmektedir. AHU geçilmesinin Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü çalışanlarını çok etkilemediği görülmektedir.

Tablo 3-7 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Aldıkları Ek Ödeme (Döner Sermaye) Miktarından Memnuniyetleri

Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştığı Kuruma Göre Alınan Döner Sermaye (Ek Ödeme) Miktarından Memnuniyet Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	8	80	1	10	1	10	10	100	0	0	0	0
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	17	45	4	11	17	45	32	84	2	5	4	11
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	19	59	5	16	8	25	25	78	4	13	3	9
Toplam	44	55	10	13	26	33	67	91		0	7	9

Tablo 3-7 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların çalıştıkları kurumlara göre aldıkları döner sermaye (ek ödeme) miktarından memnuniyetlerini göstermektedir. Alınan döner sermaye miktarından genel olarak bir memnuniyetsizlik görülmekle beraber AHU sonrasında bu memnuniyetsizlik daha da artmıştır. AHU öncesinde Alınan ek ödemedeki memnuniyet %59 oranında iken AHU sonrasında %16'ya düşmüştür. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde bu memnuniyetsizliğin daha üst seviyede olduğu görülmektedir. İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde AHU öncesinde memnuniyet %45 seviyelerinde iken daha sonra %11'e gerilemiştir.

Tablo 3-8 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Mesleklerinin Dışındaki Başka Alanlarda Görevlendirilme Durumları

Çevre Sağlık Teknisyenleri Çalıştığı Kuruma Göre Mesleğinin Dışındaki Başka Alanlarda Görevlendirilme Durumu								
Çalıştığı Kurum	AHU Önce				AHU Sonra			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	5	50	5	50	5	50	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	19	50	19	50	11	31	25	69
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	10	32	21	68	11	34	21	66
Toplam	34	43	45	57	27	35	51	65

Tablo 3-8 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların çalıştıkları kuruma göre Mesleklerinin Dışındaki Alanlarda görevlendirilme Durumlarını göstermektedir. AHU öncesinde bu soruya İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları % 50 oranında, Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü çalışanları %32 oranında, İlçe Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları % 50 oranında evet cevabı vermişlerdir. Bu oranlardan anlaşılan Çevre Sağlığı çalışanlarının kendi mesleği dışında başka alanlarda çok yoğun olarak görevlendirildikleri görülmektedir. Bu durumun çalışanlarda kendisini önemsiz hissetme ve yaptığı hizmetlerde verimsizliğe yol açması kaçınılmazdır. AHU sonrasında İlçe Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının Mesleklerinin Dışındaki Alanlarda görevlendirilmelerinin %19 oranında azaldığı görülmektedir. Bu durum sistemin Çevre Sağlığı hizmetlerine bir katkısı olarak değerlendirilebilir.

Tablo 3-9 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Yaptığı Çevre Sağlığı Çalışmalarının verimliliği Hakkındaki Düşünceleri

Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştığı Kuruma Göre Kurumun Verdiği Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Verimlilik Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	1	10	4	40	5	50	2	20	4	40	4	40
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	4	11	6	16	28	74	6	16	8	21	24	63
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	1	3	6	19	25	78	3	9	7	22	22	69
Toplam	6	8	16	20	58	73	11	14	19	24	50	63

Tablo 3-9 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların çalıştıkları kuruma göre, kurumlarının yaptığı Çevre Sağlığı çalışmalarının verimliliği hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları kurumlarının yaptığı Çevre Sağlığı hizmetlerini Ahu öncesinde de (%50), sonrasında da (%40) verimli bulmamaktadır. İl ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının kurumlarında verilen çevre sağlığı hizmetlerinin verimliliğinin düştüğü kanaatinde oldukları görülmektedir.

Tablo 3-10 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Aldıkları Eğitimin Yaptıkları Çevre Sağlığı Hizmetlerini Yürütmek İçin Yeterli Olup Olmadığı İle İlgili Düşünceleri

Çevre Sağlığı Çalışanlarının Hizmetlerini Yürütebilmek İçin Eğitimlerinin Yeterlilik Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	3	30	2	20	5	50	3	30	2	20	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	5	13	8	21	25	66	5	14	10	27	22	59
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	6	19	3	9	23	72	8	25	4	13	20	63
Toplam	14	18	13	16	53	66	16	20	16	20	47	59

Tablo 3-10 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların çalıştıkları kuruma göre aldıkları eğitimin yaptıkları çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli olup olmadığı ile ilgili düşüncelerini göstermektedir. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre kontrol Şube Müdürlüğü çalışanlarının AHU sonrasında aldıkları eğitimin çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yetersiz olduğu düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Eğitim yeterlilik durumuna ilişkin soruya verilen cevaplar incelendiğinde genel olarak AHU öncesi iyi-çok iyi diyenlerin oranı %66 iken bu oranın AHU sonrası %55'e düştüğü görülmektedir.

Tablo 3-11 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Merkezden Gelen Talimatların Uç Noktalara Kadar Ulaştırılıp Uygulanabilmesi Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Merkezden Gelen Talimatların Uç Noktalara Kadar Ulaştırılarak Uygulanabilme Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	3	30	2	20	5	50	3	30	2	20	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	5	13	8	21	25	66	5	14	10	27	22	59
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	6	19	3	9	23	72	8	25	4	13	20	63
Toplam	14	18	13	16	53	66	16	20	16	20	47	59

Tablo 3-11 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların çalıştıkları kuruma göre Merkezden gelen talimatların uç noktalara kadar ulaştırılıp ulaştırılmadığı hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre kontrol Şube Müdürlüğü görev alanlarında AHU sonrasında merkezden gelen talimatların uç noktalara kadar ulaştırılmadığı görülmektedir. Bunun sebebi, İl merkezine ait işler İl Toplum Sağlığı Merkezi tarafından yerine getirilmediği durumlarda, İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü tarafından takibi yapılabilmekte ve sonlandırılabilenmektedir. Fakat İlçe Toplum Sağlığı Merkezinin yapması gereken işlerde aksamalar olmaktadır. Bundan dolayı İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü çalışanları AHU sonrasında merkezden gelen talimatların uç noktalara kadar ulaştırılarak uygulanması noktasında zaafiyet olduğunu düşünüyorlar.

Tablo 3-12 Çevre Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Uç Noktalara Kadar Verilip Verilemediği Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Uç Noktalara Kadar Yeterince Verilebilme Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	3	30	3	30	4	40	4	40	3	30	3	30
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	4	12	5	15	25	74	4	11	8	22	24	67
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	1	3	6	19	25	78	3	9	7	22	22	69
Toplam	8	11	14	18	54	71	11	14	18	23	49	63

Tablo 3-12 Çevre Sağlığı hizmetlerinin çalışılan kuruma göre çevre sağlığı hizmetlerinin uç noktalara kadar yeterince verilip verilemediği ile ilgili durumu göstermektedir. Çevre Sağlığı hizmetlerinin uç noktalara ulaştırılmasında AHU sonrasında bütün kurumlarda geriye doğru bir gidiş olduğu görülmektedir.

Tablo 3-13 Şikâyetlerin Zamanında Değerlendirilebilmesi İle İlgili Dağılım

Şikâyetlerin Zamanında Değerlendirilebilme Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	2	20	1	10	7	70	4	36	1	9	6	55
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	3	8	1	3	34	89	4	12	8	24	21	64
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	2	6	1	3	29	91	2	5	7	19	28	76
Toplam	7	9	3	4	70	88	10	12	16	20	55	68

Tablo 3-13 Çevre Sağlığı hakkındaki şikâyetlerin zamanında değerlendirilebilmesi ile ilgili durumu göstermektedir. İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde AHU sonrasında şikâyetlere zamanında ulaşmada kısmi bir geriye gidiş olduğu görülmektedir.

Tablo 3-14 Topluma Yapılan Eğitim Çalışmalarının Yeterliliği İle İlgili Dağılım

Topluma Yönelik Olarak Yapılan Eğitimin Yeterlilik Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	3	30	4	40	3	30	4	40	4	40	2	20
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	5	13	12	32	21	55	10	23	14	32	20	45
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	6	15	17	41	18	44	8	17	7	15	32	68
Toplam	14	16	33	37	42	47	22	22	25	25	54	53

Tablo 3-14 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmalarının yeterlilik durumu hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre

kontrol Şube Müdürlüğü görev alanlarında AHU sonrasında topluma yönelik eğitim çalışmalarında zaafiyet yaşandığı görülmektedir.

Tablo 3-15 Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Merkezden Beklenen Desteğin Bulunup Bulunamaması İle İlgili Dağılım

Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Merkezden Beklenen Desteğin Bulunup Bulunamadığı İle İlgili Durum												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	2	20	1	10	7	70	3	30	3	30	4	40
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	9	24	5	13	24	63	12	32	7	18	19	50
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	3	9	10	31	19	59	6	19	10	31	16	50
Toplam	14	18	16	20	50	63	21	26	20	25	39	49

Tablo 3-15 Çevre Sağlığı biriminde çalışanların hizmet sunumunda merkezden beklenen desteği bulup bulamadıkları hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Özellikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının AHU sonrasında merkezden beklenen desteği yeterince bulamadıkları görülmektedir.

Tablo 3-16 İdarecilerin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Ne Kadar Önem Verdiği İle İlgili Dağılım

İdarecilerin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Ne Kadar Önem Verdiği İle İlgili Durum												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	5	50	0	0	5	50	6	60	2	20	2	20
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	13	34	9	24	16	42	14	37	8	21	16	42
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	6	19	4	13	22	69	10	30	4	12	19	58
Toplam	24	30	13	16	43	54	30	37	14	17	37	46

Tablo 3-16 İdarecilerin Çevre Sağlığı Hizmetlerine ne kadar önem verdiği hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Bütün kurumlarda AHU sonrasında idarecilerin Çevre Sağlığı Hizmetlerine önem verme seviyelerinin düştüğü görülmektedir.

AHU öncesinde de çalışan personel %54 oranında iyi-çok iyi cevabı vermişlerdir. Çevre sağlığı çalışanları açısından, yaptıkları işe idarecileri tarafından önem verilme problemi olduğu görülmektedir. Bu durum çalışan personelde moral bozukluğu ve işe yaramama duygusu oluşturmaktadır.

Tablo 3-17 Kurumda Çevre Sağlığı Birimi Dışındaki Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Bakışı İle İlgili Dağılım

Çevre Sağlığı Birimi Dışındaki Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Bakışı												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	5	50	2	20	3	30	6	60	1	10	3	30
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	13	34	9	24	16	42	16	43	7	19	14	38
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	7	22	11	34	14	44	8	24	13	39	12	36
Toplam	25	31	22	28	33	41	30	38	21	26	29	36

Tablo 3-17 Çevre Sağlığı Birimi dışındaki personelin Çevre Sağlığı hizmetlerine bakışı ile ilgili düşüncelerini göstermektedir. AHU sonrasında İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve Gıda ve Çevre kontrol Şube Müdürlüğünde çalışan diğer personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine bakışında az da olsa bir olumsuz değişim olduğu görülmektedir.

Tablo 3-18 Kurumda Çevre Sağlığı Birimi Dışındaki Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Katkısı İle İlgili Dağılım

Diğer Personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine Katkısı												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	6	60	1	10	3	30	8	80	1	10	1	10
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	23	61	7	18	8	21	24	63	7	18	7	18
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	10	31	11	34	11	34	10	30	12	36	11	33
Toplam	39	49	19	24	22	28	42	52	20	25	19	23

Tablo 3-18 Çevre Sağlığı Birimi dışındaki personelin Çevre Sağlığı hizmetlerine katkısı ile ilgili düşüncelerini göstermektedir. AHU sonrasında İl Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan diğer personelin Çevre Sağlığı Hizmetlerine katkısında az da olsa bir olumsuz değişme olduğu görülmektedir.

Tablo 3-19 Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Bürokrasinin Hızı İle İlgili Dağılım

Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Bürokrasinin Hızı Nasıl												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	3	30	1	10	6	60	3	30	2	20	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	11	29	16	42	11	29	16	42	12	32	10	26
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	7	22	5	16	20	63	9	27	5	15	19	58
Toplam	21	26	22	28	37	46	28	35	19	23	34	42

Tablo 3-19 Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda bürokrasinin hızı hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Bütün kurumlarda AHU sonrasında Çevre Sağlığı Hizmetlerinin sunumunda bürokrasinin hızının az da olsa yavaşladığı görülmektedir.

Tablo 3-20 Görev Yapılan Beldedeki İdari ve Personel Yapılanmasının Hizmet Verilen Nüfusa Göre Yeterliliği İle İlgili Dağılım

İdari ve Personel Yapılanmasının Hizmet verilen Nüfusa Göre Yeterliliği												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	2	20	3	30	5	50	3	30	2	20	5	50
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	6	16	9	24	22	59	9	24	6	16	23	61
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	4	13	10	31	18	56	7	21	10	30	16	48
Toplam	12	15	22	28	45	57	19	23	18	22	44	54

Tablo 3-20 Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda idari ve personel yapılanmasının hizmet verilen nüfusa göre yeterliliği hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. AHU sonrasında idari ve personel yapılanmasının hizmet verilen nüfusa göre yeterliliğinde değişiklik olmadığı görülmektedir.

Tablo 3-21 Hizmet Yılına Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnun Olma Durumu

Çalışanları Hizmet Sürelerine Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-20 Yıl	1	10	1	10	8	80	2	18	1	9	8	73
21-40 Yıl	10	14	1	1	58	84	19	28	2	3	47	69
Toplam	11	14	2	3	66	84	21	27	3	4	55	70

Tablo 3-21 Çevre Sağlığı çalışanlarının hizmet sürelerine göre çevre sağlığı biriminde çalışmaktan memnuniyet durumlarını göstermektedir. AHU sonrasında 1-20 yıl grubunda olan personelin memnuniyetinde bir değişiklik

olmazken 21-40 yıl grubunda olan personelin memnuniyetinde azalma olduğu görülmektedir.

Tablo 3-22 Sahaya Çıkılması Gerektiğinde Araç İhtiyacının Karşılanması İle İlgili Dağılım

Sahaya Çıkılması Gerektiğinde Araç İhtiyacının Karşılanması İle İlgili Durum								
Çalıştığı Kurum	AHU Önce				AHU Sonra			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	8	80	2	20	4	40	6	60
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	37	97	1	3	31	84	6	16
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	30	97	1	3	29	91	3	9
Toplam	75	95	4	5	64	81	15	19

Tablo 3-22 Çevre Sağlığı hizmetleri için sahaya çıkılması gerektiğinde araç ihtiyacının karşılanıp karşılanmadığı hakkındaki dağılımı göstermektedir. AHU sonrasında Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde araç ihtiyacının karşılanmasında değişiklik olmazken, İl Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde araç ihtiyacının karşılanmasında sıkıntı ortaya çıktığı görülmektedir. Genel anlamda araç ihtiyacının karşılanma oranının AHU sonrasında düştüğü görülmektedir.

Tablo 3-23 Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi İçin Mekan Ayrılması İle İlgili Dağılım

Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülebilmesi İçin Ayrılmış Yeterli mekan Var mı?								
Çalıştığı Kurum	AHU Önce				AHU Sonra			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İl Toplum Sağlığı Merkezi	9	90	1	10	8	80	2	20
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	35	92	3	8	29	78	8	22
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	29	88	4	12	23	72	9	28
Toplam	73	90	8	10	60	76	19	24

Tablo 3-23 Kurumlara göre Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için ayrılmış yeterli mekan olup olmadığı hakkındaki dağılımı göstermektedir. AHU sonrasında Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için ayrılmış yeterli mekân olmadığı görülmektedir.

Tablo 3-24 Erkek ve Bayanların Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu İle İlgili Dağılım

Cinsiyete Göre Çevre Sağlığı Biriminde Çalışmaktan Memnuniyet Durumu												
Çalıştığı Kurum	AHU Önce						AHU Sonra					
	Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi		Kötü-Çok Kötü		Değişiklik Yok		İyi-Çok İyi	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	11	15	3	4	61	81	21	28	3	4	51	68
Bayan	0	0	0	0	6	100		0	0	0	5	100
Toplam	11	14	3	4	67	83	21	26	3	4	56	70

Tablo 3-24 Cinsiyete göre Çevre Sağlığı biriminde çalışmaktan memnuniyet durumu hakkındaki dağılımı göstermektedir. AHU sonrasında erkek ve bayan çalışanların memnuniyet durumlarında düşüş olduğu görülmektedir.

Tablo 3-25 Çevre Sağlığı Biriminde Çalışan Personelin Çalıştığı Kurum İle İlgili Dağılım

Personelin Çalıştığı Kuruma Göre Dağılımı						
Çalıştığı Kurum	Çevre Sağlık Teknisyeni	Sağlık Memuru	Çevre Mühendisi	Gıda Mühendisi	Diğer	Toplam
İl Toplum Sağlığı Merkezi	10	0	0	0	0	10
İlçe Toplum Sağlığı Merkezi	35	3	0	0	0	38
Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü	29	0	1	2	2	34
Toplam	74	3	1	2	2	82

Tablo 3-25 Çevre Sağlığı birimi çalışanların çalıştıkları kuruma göre dağılımlarını göstermektedir. Kurumlarda en fazla çevre sağlık teknisyenleri görev yapmaktadır. Bunlar da İlçe Toplum Sağlığı Merkezi ve İl Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde çalışmaktadır.

SONUÇ

AHU Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli ayaklarından biridir. Hasta memnuniyetinin ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması bu uygulamada önemli bir yer teşkil etmektedir. Türkiye'de uygulanmakta olan AHU kişisel hekimlik uygulamasıdır. Kişisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği kişi odaklı olmasıdır. Yani sağlık hizmeti alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır. AHU projelendirilirken Sağlık Ocaklarının işlevi ikiye bölünmüştür. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre yeni bir sistemin uygulamasına geçilirken koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak TSM'lerde kalan Çevre Sağlığı Hizmetleri ile ilgili kısma ait bir düzenleme ve programlama yapılmamıştır. Bu da yeni uygulamaya geçilmesiyle kazanılabilecek motivasyon ve zindelik yerine personelde bir terk edilmişlik ve önemsenmezlik duygusu oluşturmuştur.

Anket formunda yer alan sorularla Çevre Sağlığı Hizmetleri beş boyutta incelenmiştir. Bu boyutlar; Fiziki Yapı, Çalışma Koşulları, Personelle İlgili Bilgiler, Topluma Sunulan Çevre Sağlığı Hizmetleri, İdari Yapılanmadır.

Araştırma sonuçları, Alagöz, Tengilimoğlu ve Ünalın'ın 01 Kasım 2009 - 04 Ocak 2010 tarihleri arasında Kayseri İli Develi ilçesinde 19 Aile hekimliği birimi, 6 sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 475'i sağlık hizmeti kullanıcısı ile yapılan çalışma sonuçları ile paralellik arz etmektedir.

Söz konusu araştırmada; sağlık çalışanları bina yeterliliği ve fiziki şartlar, personel yeterliliği, laboratuvar hizmetleri sunumu, çalışma memnuniyeti sağlaması, entegre sağlık hizmeti sunumunda sağlık ocaklarını tercih etmişlerdir. Yapılan bu çalışma bulgularında da Çevre Sağlığı çalışanları AHU sonrasında bu koşullarla ilgili memnuniyetsizliklerini dile getirmişlerdir.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık hizmeti sunan kurumların tek çatı altında toplanması, sosyal güvenlik şemsiyesinin bütün toplumu kapsayacak şekilde genişletilmesi ve Aile Hekimliği Uygulamasına

geçilmesi ile sağlık hizmetleri ve harcamaları alanında eskisine oranla daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetlerine ulaşımın arttığı ve kolaylaştığı yeni sağlık sistemi beraberinde özel hizmet sunucularına yapılan ödemeler de dahil olmak üzere toplam kamu sağlık harcamalarının bütçeye getirdiği yük artmış ve önlem alınmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu bakımdan, sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır. Hükümetlerin sağlık harcamaları üzerindeki denetimi sürdürmek amacıyla, gelecekte SGK'nin toplam kamu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır.

Bu uygulama da beraberinde ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti kullanımında sınırlamaya gitmelerine sebebiyet verecektir.

Araştırma sonuçlarına göre yapılan analizler AHU planlanırken bu uygulamadan Çevre Sağlığı Hizmetlerinin nasıl etkileneceği ve bu etkilerin nasıl yönetilebileceği konusunda bir çalışma yapılmadığını veya böyle bir çalışma yapıldıysa başarılı olmadığını göstermektedir. Çevre Sağlığı hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık İlave bir hayat kurtarmanın maliyeti koruyucu sağlık hizmetlerinde ortalama olarak 250 USD iken, bu rakam tedavi edici hekimlikte 5000 USD ye kadar çıkabilmektedir (Bulun, Demirbaş, Kapıcıoğlu, 2007:1). AHU öncesindeki Sağlık Ocakları ve Sağlık Grup Başkanlıkları bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile de uğraşırken, AHU sonrasında TSM'ler üzerinden hasta muayene yükü alındığı için Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ait işlere daha fazla imkân ayırabilme şansına sahiptir.

Ancak araştırma sonuçlarından görüldüğü kadarıyla AHU geçilmesinden sonra genel bir memnuniyet ve işlerde verimlilik olması gerekirken öncelikle İlçe Toplum Sağlığı Merkezleri başta olmak üzere, İl Toplum Sağlığı Merkezleri ve Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüklerinde de genel bir memnuniyetsizlik ve verimsizlik gözlenmektedir.

Çalışma mekânı bir hizmetin görülebilmesi için en temel ihtiyaçken AHU öncesinde çalışma mekânınız var mı sorusuna %10 oranında Hayır

cevabı verilmişken, AHU sonrasında %24 oranında Hayır cevabı verilmiştir. Çalışma mekânının verimliliği ile ilgili Tablo-3-4.1'deki soruya AHU öncesinde %28 oranında kötü ve çok kötü cevabı verilmişken, AHU sonrasında %38 oranında kötü ve çok kötü cevabı verilmiştir.

Benzeri bir durum alınan döner sermaye (ek ödeme) miktarları içinde geçerlidir. AHU öncesinde aldığınız döner sermaye miktarından memnun musunuz sorusuna %54 oranında kötü ve çok kötü cevabı verilmişken, AHU sonrasında %83 gibi yüksek bir oranda kötü ve çok kötü cevabı verilmiştir.

Ankete verilen cevapların analizlerinden çıkan sonuç, taşrada uç noktalara kadar yapılmış olan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti veren çevre sağlığı biriminin etkin olarak kullanılmadığı, motivasyonlarının gerek AHU öncesi ve gerekse sonrasında düşük olduğu, AHU sonrasında çalışma şartları ve motivasyonlarının öncesine göre daha da düştüğü görülmektedir. Anketteki Fiziki yapı, çalışma koşulları, personele yönelik konular, topluma sunulan çevre sağlığı hizmetleri, idari yapılanma faktörlerinin hepsinde görülen mezuniyetsizlik ve geriye gidiş beraberinde çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindeki zaafiyetin bütün ülkede Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesiyle daha da artacağını göstermektedir.

İl Toplum Sağlığı Merkezinde AHU öncesinde memnuniyet %80 iken AHU sonrasında %50'ye düşmüştür. İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde %79'dan %63'e düşmüştür. Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde %88'den %81'e düşmüştür. Çalışanların AHU öncesine göre bu birimde çalışmaktan memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir.

ÖNERİLER

Politika üreticiler, koruyucu sağlık hizmetleri yöneticileri ve çevre sağlığı birimi idarecileri geniş çaplı bir araştırma çalışması yaparak çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve bu alanda çalışan personelin görüşlerini inceleyebilirler. Böylelikle çevreye yönelik etkin sağlık politikaları geliştirilebilir. Çalışanların performanslarına etki eden faktörler belirlenerek bu faktörler verimliliği artırmak için düzenlenebilir.

Bu araştırma sonucunda aşağıda sıralanan öneriler getirilebilir;

- Döner sermaye ödemelerinde diğer sağlık çalışanlarına göre durumları. AHU öncesi ve sonrasında nasıl bir değişim olmuştur. İl ve İlçe toplum Sağlığı Merkezinde çalışan personelin durumu yeni uygulamadan nasıl etkilenmiştir.
- Bakanlığın Çevreye Yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine bakışı ve beklentilerinin net olarak ortaya konması ve bunun çalışanlara ifade edilmesi çalışanların işe bağlılığını ve verimliliğini artıracaktır. Genellikle hekim merkezli sağlık uygulamaları diğer sağlık personelinde kendilerini değersiz ve gereksiz hissetme duygusu oluşturmakta bunun sonucunda ise çalışanlar yaptıkları işten zevk almamakta verimsizleşmektedir.
- Çalışanların motivasyonunun artırılması verimlerinin artmasını da beraberinde getirecektir. Çalışanlarda motivasyon düşüklüğüne ve memnuniyetsizliğe yol açan en büyük sebebin döner sermaye ödemelerinden alınan payın AHU sonrasında iyice düşmesinden kaynaklandığı görülmektedir. Motivasyonun artırılması için döner sermaye ödemelerinden alınan payın artırılması da dahil olmak üzere çalışanların yaptıkları işin önemi ve bunun idarece bilinip takdir edildiğine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Eğitim çalışmaları personele vizyon kazandırmakta ve dinamik tutmaktadır. Çalışanların kapasite ve kabiliyetlerinin artırılmasına

yönelik eğitim çalışmalarının yapılması gerekmektedir. İl ve İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde hizmet veren çalışanlar, elektromanyetik alanlar, katı ve sıvı atıklar, gürültü, hava kirliliği, su, kaplıcalar, kimyasallar vb. konularda görevleri gereği eğitim çalışmaları, denetlemeler, komisyon/kurul çalışmaları yapmaktadır. Fakat aldıkları eğitim ve görev alanlarına ait konulardaki değişimlere uyum noktasında yetersiz kalmaktadırlar. Bütün personele yönelik olarak eğitim çalışmaları yapılması yerinde olacaktır. Bu eğitim İlçe Toplum Sağlığı Merkezindeki personele her ay bir sonraki aya yönelik yapılması gereken işlerin anlatılıp programlandığı bir toplantıyla beraber verilebilir. Gıda Kontrol ve Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü ile İl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarına yönelik olarak ise haftalık veya aylık periyotta üniversitelerden yardım alınarak yapılabilir.

- AHU öncesinde de çalışma mekânı ve mekânın hizmet verimliliği üzerindeki olumsuz etkisi anket sonuçlarında görülmektedir. Çalışanların hizmet üretebilmeleri için gerekli asgari fiziki şartların sağlanması için çalışma başlatılması gerekmektedir. Bu çalışmada öncelikle kurumun mekân imkânlarına bakılmalı, problem kurumun imkânlarının darlığından kaynaklanıyorsa kurumun imkânlarının artırılmasına çalışılmalı, kurumun imkânları varsa düzenleme yapılarak çevre sağlığı çalışanlarının mekân problemi çözülmelidir.
- Çevre sağlığına yönelik hizmetlerin kurum dışında sahada yapıldığı gerçeğinden hareketle araç ihtiyacının karşılanması için çözüm üretilmelidir.
- Çalışanların yaş ve hizmet yıllarına bakıldığında 40 yaş üzerinde ve 20 yıl üzeri hizmet süresi olduğu görülmektedir. Bu da çalışanların dinamizmini olumsuz etkilemekte geleceğe yönelik olarak bilgi ve tecrübe aktarımının olmadığını göstermektedir. Küçük illerde ve Doğu ve Güneydoğudaki illerde ciddi şekilde personel açığı olduğu da bilinmektedir. Yeni çevre sağlığı teknisyeni ve çevre sağlığı teknikeri

alımı yapılarak hem personel ihtiyacının karşılanması, hem de mevcut personele dinamizm kazandırılması gerekmektedir.

- Kurum içinde hizmetler arasında entegrasyonun sağlanması gerekmektedir.
- Çevre sağlığı hizmetleri ile diğer sağlık hizmetleri arasında entegrasyon sağlanmalıdır. Ayrıca çevre sağlığı konusunda yetkili olan diğer bakanlıklarla ve yerel yönetimlerle işbirliği sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

AKDUR, Recep. ve diğeri. **Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4, 2003.

ALAGÖZ, Uğur Ömür, TENGİLİMOĞLU Dilaver, ÜNALAN, Demet, **Sağlık Çalışanları Bakış Açısı İle Sağlık Ocağından Aile Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği**, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sunumları.

Algın, Kürşat. **Türkiye’de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Araştırması** Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2002.

Akdur, Recep. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması** (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.

Avrupa Çevre Ajansı, **Avrupa’nın Çevre Sorunları: Üçüncü Değerlendirme Raporu, Özet**, Kopenhag, 2003.

Avrupa Komisyonu, **Gözden Geçirilmiş Katılım Ortaklığı Belgesi**, Nisan, 2003.

Aydın, Sabahattin. **Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türk sağlık Sisteminin Geleceği Açısından “Sağlıkta Dönüşüm Programı, Toplantısı Sunum Bildirisi**, 16–19 Ocak, Abant, Bolu, 2004.

Budak, Sevim. (2000) **Avrupa Birliği ve Türk Çevre Politikası**, Aralık 2000,

Bulun, Mustafa. ve diğeri (2007) “**Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi**”
ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc, erişim tarihi:12.09.2010

Carelli F. et al. The EURACT **Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. Italian version _ Noventa di Piave (Venice)**, 2006.

Council Of Europe, **Structure and Operation of Local and Regional Democracy**, Norway.

European Commission, **General Budget of the European Union For The Financial Year 2005, The Figures**, January 2005.

European Commission, **A European Union Strategy For Sustainable Development**, 2002.

Hayran, Osman ve Sur, H. **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevleri 1997.

İstanbul Tabip Odası Yayınları **Avrupa Birliğinin Türkiye Sağlık Politikalarına Etkisi**, Tıp Haftası Etkinlikleri Kitabı,14 Mart 2003.

Karacan, Ali Rıza. “**İşletmelerde Çevre Koruma Bilinci ve Yükümlülükleri, Türkiye ve Avrupa Birliğinde İşletmeler Yönünden Çevre Koruma Politikaları**”, Ege Akademik Bakış Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, Ocak 2002.

Kurtulmuş, Sevgi. **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi** Değişim Dinamikleri Yayınları 1998.

(Resmi Gazete 2010b Tarih: 25.05.2010 Sayı 27591 **sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.**)

Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayını, İstanbul:1998.

Tanrıtanır, Nuray. **Türkiye Ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikaları Ve Göstergelerinin Karşılaştırılması**, Ankara, 1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı SPGK, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, 1993.

TC Sağlık Bakanlığı **Türkiye-AB ilişkileri ve Sağlık**, AB Koordinasyon Daire Başkanlığı Yayınları Yayın No: 642

TC Sağlık Bakanlığı, **İstihdam Planlama Şubesi Verileri**, 2010.

TC Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**, 2001.

TC Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Yayın No:770, 2008.

TC Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, 2008.

Tekbaş, Ömer Faruk, **Çevre Sağlığı**, GATA Basımevi, 2010.

The General Practitioner in Europe, **A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice** (Leuvenhorst Netherlands 1974). <http://euract.org/html/doc015.shtml>, erişim tarihi:20.01.2010.

Tıp Haftası Etkinlikleri Kitabı, **Avrupa Birliğinin Türkiye Sağlık Politikalarına Etkisi**, İstanbul Tabip Odası Yayınları, 14 Mart 2003.

Toplum Ve Hekim, **İngiltere Sağlık Sistemi**, 64-5: 96-100'de yayımlanmıştır, 1994.

TÜRKER, Muammer **İtalya Yönetim Sistemi**, http://www.arem.gov.tr/proje/yonetim/Dunyada_Kamu_yon/italya.pdf (Erişim Tarihi: 14.04.2007), 1998.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008 Kitapçığı, 2009.

Tüzer, Tavbiy Tunga ve Görpelioğlu, Süleyman. 845 **Aile Hekimliği**, 2001.

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri **Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları**– Türkiye – Isbn 978-975-590-282-1 – © Oecd Ve Ibrd/Dünya Bankası, 2008.

OECD, **Economic Instruments for Environmental Protection: Experience in OECD Countries**, Applying Market Instrument to Environmental Policies in China and OECD Countries, 1997.

WHO Regional Office for Europe, **Highlights on Health in Ireland**, 1998.

Wonca Europe **The European Definition of General Practice/Family Medicine**, 2002.

İnternet Adresleri

<http://www.abgs.gov.tr> Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, erişim tarihi:12.09.2010.

<http://www.avrupa.info.tr> Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu/ European Commission, Environment, erişim tarihi:11.09.2010.

<http://www.europa.eu.int/comm/environment>, erişim tarihi:12.09.2010.

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, erişim tarihi:12.09.2010.

http://www.who.int/topics/health_services/en, erişim tarihi:12.10.2010

http://www.who.int/topics/environmental_health/en. erişim tarihi: 23.09.2010.

www.saglik.gov.tr, erişim tarihi: 13.09.2010.

www.ailehekimleri.net, erişim tarihi: 08.09.2010.

<http://www.ostim.org.tr/BilgiMerkezi.aspx?Kat=67&AKat=72&MakaleID=133>, erişim tarihi: 16.10.2010.

http://min.avrupa.info.tr/QA/forum/viewthread.php?lang=1&forum_id=116&thread_id=2546, erişim tarihi: 11.09.2010

	ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ	Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmeden Önce		Aile Hekimliği Uygulamasına Geçildikten Sonra	
		Evet (1)	Hayır (2)	Evet (1)	Hayır (2)
1	Kurumda Çevre Sağlığı hizmetlerini yürütmeniz için ayrılmış çalışma mekânı var mı?				
2	Çevre Sağlığı veri girişlerini yapmakla ilgili göreviniz var mı?				
3	Sahaya çıkmanız gerektiğinde araç ihtiyacınız karşılanıyor mu?				
4	Kurumunuzun görevleriyle ilgili, mesleğinizin dışındaki başka alanlarda görevlendiriliyor musunuz?				
5	Kurumunuzun görev alanı dışında başka kurumların görev alanına giren konularda görevlendiriliyor musunuz?				
6	Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili gerekli planlamalar yapılıyor mu?				
7	Görev bölgeniz (alanınız) tanımlı mı?				
8	Kurumunuzda Çevre Sağlığı hizmetlerini daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?				
9	Çevre Sağlığı denetimleri ile ilgili planlama yapılıyor mu?				
10	Kurumunuzda topluma yönelik eğitim çalışmaları yapılıyor mu?				

[illegible]

EK-2

SAĞLIK MEMURU (ÇEVRE SAĞLIĞI TEKNİSYENİ) GÖREVLERİ

“Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge”nin ilgili bölümü

Sağlık Memurunun Görevleri (Çevre Sağlığı Teknisyeni)

- a) Çalıştıkları bölgelerin görevleri ile ilgili krokilerini hazırlamak,
- b) Çevre sağlığı ile ilgili yazışma, rapor yazma, dosyalama, arşiv ve istatistik çalışmalarını yapmak,
- c) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- d) Her türlü içme ve kullanma sularının sağlıklı olup olmadıklarının kontrolünü yapmak, numune alarak ilgili birime göndermek, kirli suların ıslahı için gerekli önlemleri almak, suları dezenfekte ederek bakiye klor tespiti yapmak, su kaynaklarının etrafında oluşturulan koruma bandının mesafesine karar vermek ve su kaynaklarının debisini ölçmek,
- e) Gıda kontrol hizmetlerinin uygulanmasını denetlemek,
- f) Gıda maddelerinin denetimini yapmak, gıda maddelerinden numune alarak ilgili birime göndermek, gıda maddesi üretilen, depolanan ve satılan yerlerin sağlık koşullarına uygunluğunu ve bu tür yerlerde çalışanların sağlık kurallarına riayet edip etmediklerini denetlemek,
- g) Umumun yiyip içmesine, konaklamasına, eğlenmesine özgü yerler, konutlar, iş yerleri ve okulların sağlık koşullarının uygun olup olmadığını denetlemek; sağlığa zararlı hususların düzeltilmesi amacıyla ilgililere bilgi vermek ve sonuçlarını izlemek,
- h) Cezaevlerinin sağlık koşullarını denetlemek,
- i) Cezaevleri, havaalanları, limanlar ve kara nakil vasıtalarını çevre sağlığı yönünden denetlemek ve sağlık koşullarına uygunluğunu sağlamak,

j) Halka açık olan yerler ile gayri sıhhi müesseselerin açma, kapatma, kontrol ve ıslahı ile ilgili işlemleri yapmak,

k) Gayri sıhhi müesseseler ve iş yerlerini, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ilgili hükümleri gereğince zaman zaman denetlemek, gereken raporları düzenlemek,

l) İnsana hastalık bulaştıran her türlü hayvan ve böcek, kemirici ve vektörler için yapılması gereken mücadele işlerini yaptırmak ve yapılmasını denetlemek,

m) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ilgili maddelerine uygun olarak ölülerin bir yerden başka yere taşınmasına dair yönetmelik hükümlerinin yerine getirilmesini sağlamak,

n) Çevre sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile sosyal hastalıklardan korunma konusunda halkla işbirliği yapmak ve bu konularda onları toplu olarak ya da tek tek eğitmek,

o) Kanalizasyon sistemi bulunmayan yerlerde yapılacak fosseptik çukurların yerini ve vasıflarını tespit etmek,

p) Hava kirliliği ölçümü yapmak, hava kirleticilere karşı gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak,

q) Toprağı ve suyu kirletici faktörlere karşı gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak,

r) Endüstriyel katı ve sıvı atıkların sağlıklı bir şekilde izole edilmesi için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak, almayanlar hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre işlem yapmak,

s) Enfeksiyon hastalıklarının kaynağını bulma ve koruyucu tedbirleri alma yönünden epidemiyolojik araştırmalar yapmak,

t) Çevre sağlığı ile ilgili hizmetlerin daha etkin ve verimli yürütülmesi için kamu, özel ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapmak,

- u)** Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması, usulüne uygun kullanılması ve korunmasını takip ve kontrol etmek,
- v)** Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- w)** Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak,
- x)** Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

EK-3

ÇEVRE SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI VE BAĞLI ŞUBELERİN GÖREVLERİ

Halka yeterli ve sağlıklı su temini ile su kaynaklarının korunması konusunda araştırma, düzenleme, geliştirme kontrol ve denetim hizmetlerini planlamak, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerekli her türlü tedbirleri almak veya aldirtmak, kaplıca ve şifalı suların ruhsatlandırma işlemlerini yürütmek,

Su kaynaklarının korunması, yerleşim yerlerine yeterli ve sağlıklı içme ve kullanma suyu temini için gerekli araştırma, geliştirme çalışmalarına katılmak, denetimlerinin yapılmasını, gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak.

Gürültü ve hava kirliliğinin önlenmesi veya azaltılması konusunda araştırma ve denetim hizmetlerini planlamak ve ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerekli tedbirleri almak, aldirtmak,

Sanayi kuruluşları ile faaliyetleri esnasında halkın sağlık ve huzurunu bozabilecek veya çevre kirlenmesine neden olabilecek her türlü tesis ve işletmelerin sağlığa uygun hizmet vermesini sağlamak amacıyla; araştırma, düzenleme, geliştirme, kontrol ve denetim planları yapmak,

Yerleşim yerlerinin ve meskenlerin sağlıklı olarak geliştirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla; kanalizasyon tesisatı ile ilgili sağlık düzenlemeleri yapmak, insan sağlığını tehlikeye düşürecek çöp, gübre ve vektör gibi zararlı amillerle mücadele hizmetlerini planlamak, uygulamayı denetlemek, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerekli tedbirleri almak, aldirtmak,

İyonlaştırıcı olmayan radyasyon kaynakları ve elektromanyetik kirlilik konusunda araştırma, kontrol, denetim ve uygulama planları yapmak ve gerekli tedbirleri almak/aldirtmak,

Doğal afetlerde; çevre sağlığı hizmetlerini yerinde, zamanında ve etkili bir şekilde yapılmasını sağlamak,

Çevre sağlığını tehdit eden unsurları belirlemek, izlemek, denetlemek; çevre sağlığı etki değerlendirme araştırmaları ve çalışmaları yürütmek,

Çevre sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla; ulusal veya uluslar arası düzeyde çalışmalar yapmak, program, plan ve projeler geliştirmek ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde uygulamak,

Hizmetin yürütülmesi için mevzuat uygulamaları ve diğer gelişmelerin saha hizmetlerini yürüten personele aktarılması amacıyla eğitim planları ve materyalleri hazırlamak, eğitim çalışmaları yapmaktır.

Çevre Sağlığı Daire Başkanlığına Bağlı Şube Müdürlükleri Tarafından Yürütülen Faaliyetler.

1-Piyasa Gözetimi -Denetimi Ve Temizlik Ürünleri Şube Müdürlüğü

İthal ve üretim izni verilen ürünlerin piyasa kontrollerini yapmak veya yaptırmak, halkın yanıltılmasını önlemek amacıyla konu ile ilgili reklam tasarılarını incelemek, yayınlamasına izin vermek ve verilen izin veya bildirim doğrultusunda yayınlanıp yayınlanmadığını takip etmek, insan sağlığına olan zararlı etkilerini en aza indirmek amacıyla gerekli çalışmaları yapmak, yaptırmak,

Piyasa gözetim ve denetimine ait istatistiği verileri derlemek ve yayımlamak,

Deterjanların ve temizlik maddelerinin toplum, fert ve çevre sağlığına verebileceği zararları açısından izlemek ve değerlendirmek,

Ürün kullanımı veya gerekliliği konularında halkın bilinçlendirilmesi amacıyla eğitim faaliyetlerinin yürütülmesini sağlamak,

Konu ile ilgili mevzuat geliştirme ve AB müktesebatı çalışmalarını yürütmek,

Piyasa gözetim ve denetimine ait sistem hakkında İl Sağlık Müdürlüğü denetçilerini eğitmek,

Üretim veya ithalat yoluyla izin almış Halk sağlığı alanında kullanılan pestisit ve benzeri maddelerin piyasa denetimini yapmak,

Üretim veya ithalat yoluyla izin almış hava aromatize edici ve toksik madde içeren koku giderici vb. ürünlerin piyasa denetimini yapmak,

Genel sağlığı ilgilendiren eşya levazım ve piyasa gözetim ve denetim esasları çerçevesinde belirlenen tüm ürünlerin piyasa denetim ve kontrolünü halk sağlığı açısından yapmak,

Deterjan ve genel amaçlı temizlik ürünlerinin üretim ve ithal işlemlerinde bildirim esaslarını yürütmek,

Etken ve yardımcı maddelerin ithalat ve üretim işlemlerinde bildirim esaslarını yürütmek,

Hava aromatize edici ve toksik madde içeren koku giderici vb. ürünlerin üretim ve ithal işlemlerini yürütmek,

Atık su arıtımında kullanılan bakteri ve benzeri maddelerin ruhsatlandırma işlemlerini yürütmek,

Bildirim dışı temizlik ürünlerinin üretim ve ithal izinlerini vermek,

Deterjanların ve temizlik maddeleri ile ilgili mevzuat düzenlemelerini ve AB mevzuatı uyum çalışmalarını yürütmek,

Yüzey dezenfektanların üretim ve ithal izinlerini vermek,

2-Çevresel Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube Müdürlüğü

Çevre sağlığı risk faktörlerini belirlemek, izlemek, çevre sağlığı etki değerlendirme araştırmaları ve çalışmaları ile ulusal çevre sağlığı programlarını yürütmek,

Çevresel risk faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların araştırılması amacıyla devlet ve üniversite hastaneleriyle işbirliği yapma, veri tabanları oluşturma ve gerekiyorsa buralarda birimler oluşturma,

Doğal afetler ve olağanüstü durumda çevre sağlığı hizmetlerinin yerinde, zamanında ve etkili bir şekilde yapılmasını sağlamak,

Halkın yiyip içmesine, yatmasına, eğlenmesine, dinlenmesine, temizlenmesine ve seyahat etmesine mahsus umumi yerler ile çocuk bahçeleri, parklar bahçeler, spor meydanları, spor alanlarının sağlığa uygun hizmet vermesini sağlamak için gerekli araştırma, geliştirme ve denetim plan ve programlarını yapmak, bu plan ve programlar doğrultusunda yapılan çalışmaları izlemek, değerlendirmek.

Mahalli idarelerle ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

Herkes için sağlık, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilir kalkınma konsepti içerisinde yerleşim yerlerinin sağlığa uygun bir yapıya kavuşturulması için gerekli araştırma, geliştirme, plan ve programlarını yapmak, yeni kurulacak yerleşim yerlerinin yer seçimi çalışmalarına katılmak, bu doğrultuda yapılan çalışmaları izlemek, değerlendirmek.

Gayri sıhhi müesseselerin sınıf tespiti işlemleri ile ilgili genel usul ve esasların belirlenmesi ve bu konuda ilgili kuruluşlara görüş vermek,

Endüstriyel tesislerin çevre ve toplum sağlığına yapacağı etkiler ile ilgili risk değerlendirmesi yapmak sağlık koruma bandı konusunda standart belirleme ve referans değerler konusunda çalışmalar yapmak ve görüş vermek,

İlgili kurumlarla işbirliği içinde; hava, su, toprak kirliliği, gürültü, tıbbi atıklar, kurban hizmetleri, konut sağlığı, endüstriyel ve evsel atıkların izalesi, iyonlaştırıcı radyasyon ve nükleer santral güvenliği ile ilgili çalışmalar yapmak,

İşyeri sağlığı ve güvenliği konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve çevreyle ilgili direktiflerin uyumlaştırılmasında ilgili kuruluşlarla birlikte çalışmalar yapmak,

Kanalizasyon sistemlerinin çevre sağlığına ve projelere uygun şekilde yapılıp yapılmadığı konularda görüş vermek, mahallinde kabullere katılmak/katılımını sağlamak,

Çöplük, mezarlık gibi çevre sağlığını yakından ilgilendiren yerlerin yer seçimlerine katılmak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek; sağlığa uygun hela ve gübrelik tesis edilmesi hususunda gerekli araştırmaları yapmak, uygulamaları izlemek, denetlemek, teşvik etmek, değerlendirmek,

Ölü defin ve nakil işleri ile ilgili esasları belirlemek ve uygulamasını sağlamak,

Şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtlarının tutmak,

3-Pestisit Ve Vektör Kontrol Şube Müdürlüğü

Halk sağlığı alanında kullanılan pestisit ve benzeri maddelerin ruhsatlandırma, üretim ve ithal izin işlemlerini yürütmek,

Çevre sağlığını ilgilendiren biyogüvenlik konularında çalışmalar yapmak,

Biyosidal ürünlere ilişkin Avrupa Birliği uyum prosedürlerini, karşılıklı tanıma kriterlerini, ürünler içerisinde bulunacak aktif madde listesinin hazırlamak,

Halk sağlığı alanında kullanılan pestisit ve pestisit benzeri maddelerin kamu, özel kurum ve kuruluşlarca kullanımına esaslar getirmek, izin prosedürlerini belirlemek, bu alanda çalışan personellerin eğitim ve sertifikasyon işlemlerini gerçekleştirmek,

Halk sağığı alanında ilgili kuruluşlarca yapılan haşere ve kemirici mücadele çalışmalarını izlemek, değerlendirmek ve gerekli düzenlemeleri yapmak,

Konu ile ilgili Avrupa Birliğı müktesebatı mevzuatları hazırlamak, ilgili çalışmalara katılmak, iş birliğinde bulunmak,

Şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtlarını tutmak,

4-İçme Ve Kullanma Suları Ve Kaplıcalar Şube Müdürlüğü

Su kaynaklarının korunması, yerleşim yerlerine yeterli ve sağılıklı içme ve kullanma suyu temini için gerekli araştırma, geliştirme çalışmalarına katılmak, denetimlerinin yapılmasını, gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,

Suların korunması ve sağılıklı su tüketiminin sağlanması amacı ile; suların ve tesislerinin kalite ve fiziki kontrollerinin yapılmasının, ilgili kurum ve kuruluşlarca yapılan çalışmaların denetim ve değerlendirilmesini sağlamak,

Tüketime verilen içme ve kullanma sularının gerekli ve yeterli düzeyde dezenfeksiyonunu, diğer kurum ve kuruluşlarca bu konuda yapılan çalışmaların denetim ve değerlendirilmesini sağlamak,

İçme ve kullanma suyu tesislerinin geçici ve kesin kabulleri ile işlemleri yürütmek, katılmak,

İçme ve kullanma sularının sağılık açısından takibini yapmak, su sanitasyonu ile ilgili bilgileri toplamak ve değerlendirmek,

İçme-kullanma suları ile ilgili mevzuat çalışmalarını yürütmek, Avrupa Birliğine uyum kapsamında gerekli çalışmaları yapmak,

Kaplıca, içmeceler ve talassoterapi de kullanılan mineralli suların şifalı özelliklerini belirlemek, kaplıcalara tesis ve işletme izinlerini vermek, sağılığa uygun hizmet vermelerini sağlamak,

Plaj, yüzme havuzu ve yüzme alanları gibi turistik hareketlere açık yerlerde çevre sağlığı yönünden denetimlerini yapmak ve yaptırmak, gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak,

Kültür ve Turizm Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında yapılan protokol gereği;

Mavi Bayrak Projesi kapsamında İl Komisyonunca belirlenen numune alma noktalarını onaylamak,

Analiz sonuçlarını değerlendirmek,

Uygun görülen plajları Mavi Bayrak adayı olarak her yıl Kültür ve Turizm Bakanlığına bildirmek,

Deniz ve göl kıyısı bulunan ve plaj olarak kullanılan alanlarda numune alım yerlerinin belirlenmesini ve numune alımını sağlamak, analiz sonuçlarını değerlendirmek, analiz sonuçlarına göre gerekli tedbirleri almak ve aldirmek

Turist sağlığı, turizm yöresi sağlığı, turistik tesis sağlığı, turizm çalışanı sağlığı vb. konularda sağlık personeline ve ilgili kişi, kurum ve kuruluşlara ve toplumun bilinçlenmesine yönelik eğitim programları düzenlemek,

Sağlık turizmi ile ilgili konularda ilgili kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak termal turizm ile sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik hizmetleri yürütmek,

Kaplıca ortamının insan sağlığına etkisi hususunda çalışmalar yapmak, yapılan çalışmalara katılmak,

Şube müdürlüğünce yapılan çalışmaların istatistiksel olarak kayıtlarının tutulması

5-Halk Sağlığı Laboratuvarları Şube Müdürlüğü

Yeni kurulması gereken Halk Sağlığı laboratuvarlarının planlamasını yapmak.

Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetleri kapsamında laboratuvar hizmetlerini gerçekleştirmek üzere kurulmuş ve kurulacak olan il ve ilçe Halk Sağlığı laboratuvarlarının alt yapı, teknik eleman ve donanım yönünden eksikliklerinin belirlemek ve ağdaş kontrol tekniklerine paralel gelişmelerini sağlamak.

İl ve İlçe Halk Sağlığı laboratuvarlarının araç- gereç ve personel durumunu gösteren envanterleri işlemek ve değerlendirmek.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, niversiteler, konu ile ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile işbirliği yapılarak analiz metotları konusunda standardizasyonu sağlamak.

Bölgenin ihtiyacına göre var olan laboratuvarların bünyelerinde günün teknolojisine uygun yeni birimler oluşturulmasını sağlamak ve bunların çalışır hale getirilmesi için gerekli cihazların ve yapılacak analizleri belirlemek.

Cihaz teknik şartnamelerini hazırlamak, alınan cihazların dağılımını yapmak.

Laboratuvarlarda alışan teknik elemanların mevzuat, kimyasal, mikrobiyolojik analiz metotları ve yeni alınan modern cihazların kullanımı ve bakımı konularında etkinliklerinin artırılması amacıyla hizmet içi eğitim programlarına alınmalarını sağlamak.

Halk Sağlığı laboratuvarları ile ilgili yönetmelik çalışması yapmak.

şube müdürlüğünün görevi ile ilgili konularda diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.

şube Müdürlüğünün görevi ile ilgili konularda ulusal ve uluslar arası düzeydeki gelişmelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve bunları hizmetin etkin bir şekilde yürütülmesinde kullanmak.

şube Müdürlüğünün görev alanı ile ilgili mevzuat çalışmalarını yürütmek.

Yayımlanmış olan Yönetmeliklerin Avrupa Topluluğu Direktiflerine uyum çalışmalarını yürütmek.

Başkanlığın vereceği diğer görevleri yürütmek.

6-Çalışanların Sağlığı Ve Güvenliği Şube Müdürlüğü

Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili olarak, ilgili kurumlarla işbirliği içersinde gerekli inceleme ve değerlendirmeler yapılarak sorunlarla ilgili tespit ve çözüm önerileri getirilmekte ve çalışanların sağlığı ve güvenliği konusunda ilgili kurumlarla koordineli şekilde ilgili mevzuat çalışması yürütülmektedir.

EK-4

SAĞLIK BAKANLIĞI İZİN ONAY YAZISI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.02
Konu: Anket Çalışması

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağ. Hiz. Genel Md. Çevresel
Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube
28 Eylül 2010 09:58:09 /39596
8142785

Sn: Nurullah EYLER
Birlik Mahalleri 441. Cad. 46/14
Çankaya/ANKARA

İlgi: Bakanlığımız Genel Evrak Müdürlüğünde kayıtlı 27.09.2010 tarihli ve 628013 sayılı yazı.

“Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesinin Çevre Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkisi” konulu tez çalışmanızda talep etmiş olduğunuz Adana ve Kayseri illerinde anket çalışması yapma isteğiniz Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Genel Müdür a.
Genel Müdür Yardımcısı

EK-5

SAĞLIK BAKANLIĞI İZİN ONAY BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.02
Konu: Anket Çalışması

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağ. Hız. Genel Md. Çevresel
Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube
28 Eylül 2010 10:43:24 /39618

8144238

ADANA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

“Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesinin Çevre Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkisi” ni ölçmek üzere Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde ve il ve ilçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevli Çevre Sağlığı çalışanlarına yazımız ekinde gönderilen anketin çoğaltılıp-doldurtularak en geç 22.10.2010 tarihinde Bakanlığımızda olacak şekilde gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.


Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Genel Müdür a.
Genel Müdür Yardımcısı

Ek: 4 Sayfa Anket

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.02
Konu: Anket Çalışması

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sag. Hiz. Genel Md.Çevresel
Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube
28 Eylül 2010 10:44:46 /39619
8144288

KAYSERİ VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

“Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesinin Çevre Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkisi” ni ölçmek üzere Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünde ve il ve ilçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevli Çevre Sağlığı çalışanlarına yazımız ekinde gönderilen anketin çoğaltılıp-doldurtularak en geç 22.10.2010 tarihinde Bakanlığımızda olacak şekilde gönderilmesi hususunda;
Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Genel Müdür a.
Genel Müdür Yardımcısı

Ek: 4 Sayfa Anket

EK-6

AHU Öncesine Ait Verilerin Faktör Analizi Tablosu

AHU ÖNCESİ VERİLERİN FAKTÖR ANALİZİ

FAKTÖRLER	Faktör Yükleri					
	1	2	3	4	5	6
Görev yaptığınız beldedeki çevre sağlığı idari ve personel yapılanması hizmet verilen nüfusa göre yeterli mi?(UÖ)	,752					
Kurumunuzda Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde gerçekleştirebilmek için personel sayısı yeterli mi?(UÖ)	,678					
Çevre Sağlığı hizmetleri ile ilgili şikâyetleri zamanında değerlendirebiliyor musunuz?(UÖ)	,675					
İlinizde Çevre Sağlığı hizmetleri uç noktalara kadar yeterince verilebiliyor mu?(UÖ)	,653					
Yaptığınız Çevre Sağlığı çalışmalarının verimliliğini nasıl görüyorsunuz?(UÖ)	,610					
Çevre Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili yapılan planlar uygulanıyor mu?(UÖ)	,602					
Merkezden gelen talimatlar uç noktalara kadar ulaşılarak uygulanabiliyor mu?(UÖ)	,533					
İşyerinizde mesleğinizle ilgili gelişmeleri ve güncel olayları takip edebileniz için gerekli teknik donanım yeterli mi?(UÖ)		,816				
Mesleğinizle ilgili gelişmeleri çalışma hayatınızda uygulamaya sokabiliyor musunuz?(UÖ)		,758				
Çevre Sağlığı çalışmalarını verimli şekilde yürütebilmek için alet-cihaz vb. ekipmanınız yeterli mi?(UÖ)		,741				
Kurumda size ayrılan çalışma mekânı hizmetlerinizi verimli bir şekilde yürütebilmeniz için yeterli mi?(UÖ)		,533				
İdarecileriniz Çevre sağlığı hizmetlerine ne kadar önem veriyor?(UÖ)			,865			
Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine katkısı nasıl?(UÖ)			,790			
Kurumunuzda Çevre sağlığı çalışanları dışındaki personelin Çevre sağlığı hizmetlerine bakışı nasıl?(UÖ)			,751			
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda bürokrasinin hızı nasıl?(UÖ)			,668			
Kurumunuzda hizmetlerinizi daha verimli şekilde sunabilmeniz için size yönelik eğitim çalışmaları yapılıyorsa yeterli mi?(UÖ)				,759		
Kurumunuzda topluma yönelik olarak yapılan eğitim çalışmaları yeterli mi?(UÖ)				,699		
Çevre Sağlığı biriminde çalışan personelin aldıkları eğitim, çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli mi?(UÖ)				,694		
Kurumunuzun verdiği Çevre Sağlığı hizmetlerinin verimliliği nasıl?(UÖ)				,648		
Çevre Sağlığı biriminde çalışmaktan memnun musunuz?(UÖ)					,702	
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda merkezden beklediğiniz desteği bulabiliyor musunuz?(UÖ)					,583	
Çevre Sağlığı hizmetlerinin sunumunda mevzuatı yeterli buluyor musunuz?(UÖ)					,551	
Kurumunuzun görev alanına giren başka alanlarda görevlendirilmeniz rutin işlerinizi yapmanıza engel oluyor mu?(UÖ)					,521	
Aldığınız döner sermaye (ek ödeme) miktarından memnun musunuz?(UÖ)						,739
Çalışma ortamınızda çevre sağlığına ait veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabilmek için gerekli olan teknik donanım yeterli mi?(UÖ)						,706
Çevre Sağlığı ile ilgili veri girişlerini düzenli bir şekilde yapabiliyor musunuz?(UÖ)						,666

ÖZET

EYLER, Nurullah. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Dünyada sağlık harcamaları tıp bilimi ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte her geçen gün artmaktadır. Daha çok tedavi edici hekimlik hizmetlerinin yüksek maliyetinden kaynaklanan ekonomik yük ülkelerin bütçe kısıtlarını zaman geçtikçe daha çok zorlamaktadır. Gelişmiş ülkelerin bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayırdıkları paylar, geri kalmış ülkelerin bütçelerinin birkaç katına kadar çıkabilmektedir. Artık koruyucu sağlık hizmetlerinin öne çıkması, hastaların tedavisinin değil insanların sağlığının korunması bir esas olarak kabul edilmek zorundadır.

Sağlık hizmetleri sistemi planlanırken özellikle idari yapılanma da çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sistem içerisinde daha etkin hale getirilmesi, hizmetlerinin aksaklık olmayacak şekilde yerine getirilmesine yönelik; fiziki mekan, araç, ekipman, personelin görev tanımı dışında istihdam edilmemesi hususlarının göz önüne alınması gerekmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ilk yatırım maliyetlerinin çok düşük olması, uygulanması esnasında ekstra maliyet gerektirmemesi, çevre kirliliğinin önlenmesine yaptığı katkılar dolayısıyla yaşam alanlarının kalitesinin artırılmasının sağlanması yönleriyle artık daha fazla gündemde olması gereken, sağlık hizmetleri planlamaları yapılırken daha fazla öne çıkarılması gereken bir konudur.

Bu araştırmada sağlık hizmetlerinin teşkilat yapılanmasını tamamen değiştiren aile hekimliği uygulamasının çevre sağlığı hizmetlerine etkisi hizmet vericilere uygulanan anket çalışmasıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önceki ve sonraki duruma ait fiziki yapı, çalışma koşulları, personelle ilgili bilgiler, topluma sunulan çevre sağlığı hizmetleri, idari yapılanma kriterleri baz alınarak değerlendirme yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler

1. Sağlık
2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
3. Çevre Sağlığı Hizmetleri
4. AB’de Sağlık Hizmetleri
5. Aile Hekimliği Uygulaması
6. Sağlıkta dönüşüm programı

ABSTRACT

EYLER, Nurullah. The Influence Status of Environmental Health Services in the provinces that passed the Implementation of Family Medical Practice, Master Thesis, Ankara, 2010.

Health care spending in the world is increasing every day due to the development of medical science and technology. The economic burden mainly comes from high cost of medical services, forcing budget constraints of countries more and more. The ratio devoted to health care budgets of developed countries, can reach up to several times more than the underdeveloped countries' budgets. Now not only the treatment of patients but also preventive health care and protecting people's health must be accepted as a basis.

While health care system is planning, these issues should be taken into consideration; especially in institution building, preventive health care for the environment within the system should be more efficient, physical space, vehicles, equipment, personnel for fulfilling the services should not be employed outside the job description.

Preventive health services are needed to be on the agenda more and highlighted further when planning health services due to very low initial investment costs, requiring no extra cost during the implementation, because of its contributions to the prevention of environmental pollution by increasing the quality of life areas.

In this study, impact of family medicine practice (by this implementation the organizational structure of health services in rural areas are completely changed) to the environmental health services has been identified by using questionnaire to the service-makers.

In the study, the situation before and after the implementation was evaluated on the basis of the criterias such as; the physical structure,

working conditions, personnel information, environmental health services provided to society and the administrative structure. As a result of the study.

Key Words

1. Health
2. Preventive Health Services
3. Environmental Health Services
4. Health Services in EU
5. Family Medical Practice
6. Transformation program in HealthServices