

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Çiğdem ÇAĞLAYAN*

Özet: Bu yazıda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen sağlık reformu sürecinin çocuk sağlığı üzerine etkileri incelenmiştir. İnceleme SDP'nin çocuk sağlığı göstergeleri ve çocuk sağlığına yönelik sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi üzerinden yapılmıştır. Bu kapsamda çocuk sağlığı göstergelerinden olan Bebek Ölüm Hızı (BÖH) yıllar içinde azalmakla birlikte, postneonatal BÖH, 2013 TNSA verilerine göre bir önceki döneme göre %50 artmıştır. Çocuk sağlığının diğer bir önemli göstergesi olan beslenme durumu değerlendirildiğinde yine beslenmenin özellikle kentlerde ve batıda bozulduğu, bebek ve çocuk izlemlerinin nitelikli yapılmaması dolayısıyla erken dönemde saptanamaması nedeniyle ciddi beslenme bozukluğu boyutunun arttığı saptanmıştır. Bunların yanı sıra TNSA 2013 raporuna göre tam aşılı çocuk yüzdesinin 2008 yılına göre %8 azalarak %74.1'e düşmesi oldukça önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer önemli bulgu ise hiç aşı olmamışlarda görülen %89 değişim hızına denk gelen artış olmasıdır. Bu bulgular SDP sürecinden çocuk sağlığının olumsuz etkilendiğini gösteren kanıtlar sunmaktadır. Bugüne kadar olduğu gibi, bundan sonra da herkese eşit ama gereksinimi olana daha fazla, genel bütçeden finanse edilen, kamusal hizmet sunumuna dayalı bir sağlık sistemi taleplerimizi yüksek sesle söylemek için daha güçlü gerekçelerimiz vardır.

Anahtar sözcükler: sağlıkta dönüşüm programı, çocuk sağlığı göstergeleri

Transformation in Health Programme and Child Health

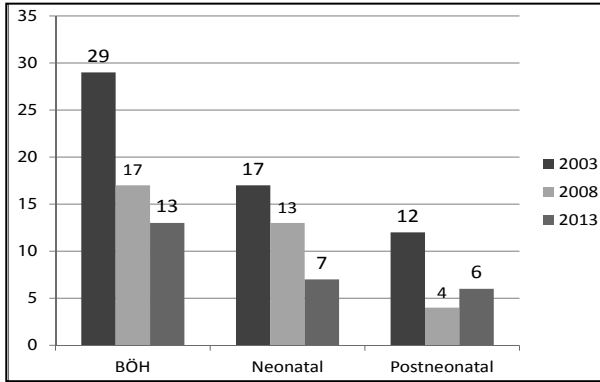
Abstract: The article examines the effects of the process of health reform known as Transformation in Health Programme (THP) on child health. The study is based on THP's child health indicators and an assessment of existing child healthcare services. In this context, while infant mortality rate (IMR), an important child health indicator, displays a declining trend over years, there is an increase by 50% in post-neonatal IMR over the previous year according to Turkish DHS data for the year 2013. Coming to nutritional status as another important indicator of child health, it is observed that there is a backward trend in child nutrition particularly in urban centres and western parts of the country and there is significant rise in child malnutrition due to the absence of quality child monitoring and thus failure in early identification of nutritional problems. Further, it is an important finding that, according to the 2013 DHS report, the share of fully immunized children declined by 8% and dropped to 74.1% since 2008. Another important finding is that there is 89% increase in the number of children not immunized at all. These findings indicate that child health is negatively affected by the THP process. Now we have even stronger case for demanding a healthcare delivery system as a public service funded by the general budget, according equal services to all but more to those who need that.

Key words: transformation in health programme, child health indicators

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen sağlık reformu süreci on yıldan fazla zamandır uygulanıyor. Finansmanı zorunlu kamu sigortası ve üzerine eklenen katkı payları, cepten ödemeler ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası modeliyle karşılanan sağlık hizmetlerinin, sunumunda ise özel sektörün payının giderek arttığı, hem kamudan hem de özelden sağlık hizmetlerinin satın alınarak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı ve birçok ülkede benzerleri yaşanan bir program olduğu da bilinmektedir (**Hamzaoğlu, 2013 (a); Hamzaoğlu, 2013 (b); DeVos, 2004**). Bu dönüşüm halk sağlığı ve sağlık çalışanları açısından onarılması giderek güçleşen sorunlara yol açmaktadır.

Bu yazıda SDP sürecinin, çocuk sağlığına olan etkileri incelenmiştir. Bu inceleme iki başlık altında toparlanmıştır. 1) Çocuk sağlığının değerlendirilmesi: Bu kısımda öncelikle toplumsal sağlık göstergeleri olan Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı (5YAÖH) açısından ulusal ve uluslararası karşılaştırmalara yer verilmiştir. Ayrıca çocuk sağlığının göstergelerinden biri olan beslenme durumuna ilişkin veriler ile aşıyla korunabilir hastalıklardan kızamık değerlendirilmeye alınmıştır. 2) Çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin değerlendirilmesi: Özellikle aşılama ile ilgili hizmetler ve bebek/çocuk izlemlerine ilişkin hizmetlerin durumu değerlendirilmiştir.

*Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD



Şekil 1. TNSA 2003, 2008 ve 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de bebek ölüm hızlarındaki değişimler

1. Çocuk sağlığının değerlendirilmesi

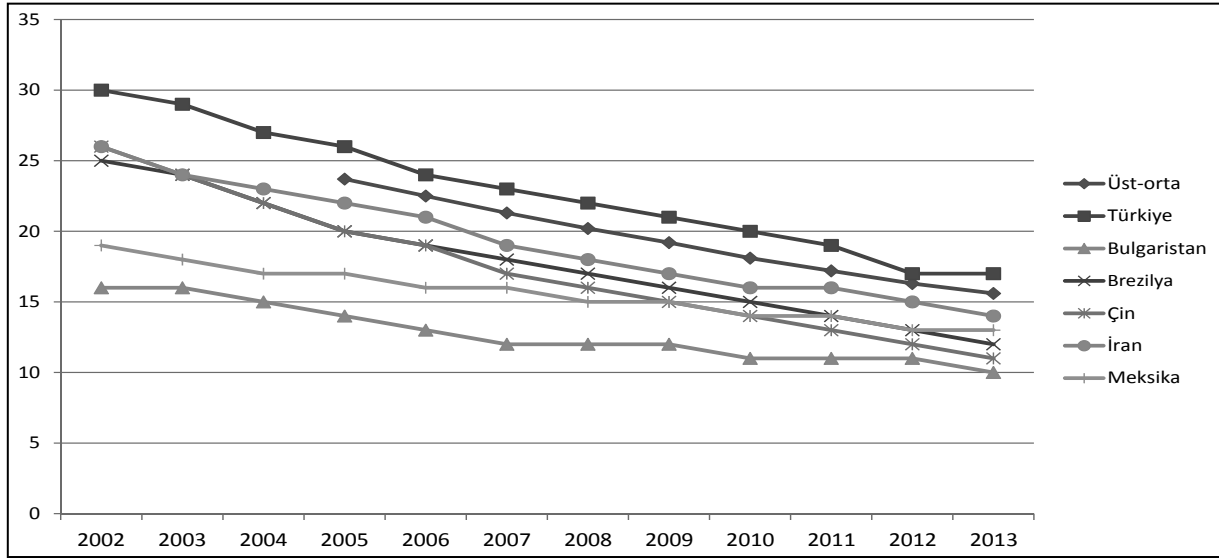
Sağlık yaşamın bir göstergesi, onun başarısının bir ölçüsüdür. Aynı zamanda toplumsal yaşantının bir ürünüdür (Belek, 1998a). Bu nedenle bazı sağlık göstergeleri aynı zamanda toplumsal gelişmişliğin de bir göstergesidir. Birçok uluslararası karşılaştırmada BÖH ve 5YAÖH bu amaçla kullanılan aynı zamanda çocuk sağlığının da göstergeleridir. Çocuk sağlığının değerlendirilmesinde ölümlülüğün yanı sıra beslenme ve morbidite verileri de kullanılmaktadır. Çocuğun beslenme durumunun değerlendirilmesi özellikle çocuk bakımı hakkında bilgi vermektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında bulunan bebek/çocuk izlemleri bu amaçla sunulan koruyucu hizmetlerdir (Özcebe, 2006). Dolayısıyla beslenme durumunun değerlendirilmesi aynı zamanda bebek ve çocuk izlemlerinin niteliği hakkında da bilgi verici olmaktadır. Çocuk sağlığının değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer başlık olan hastalık ölçütleri arasında, sık görülen hastalıkların (ishal, pnömoni) görülme sıklığı ya da sağlık kurumuna başvuran hastaların yaş gruplarına göre hastalık tanılarının dağılımları kullanılmaktadır. Bu ölçütler de, birincil korunma önlemleri olan aşılama çalışmaları, sağlam çocuk izlemleri gibi koruyucu hizmetlerin niteliği hakkında bilgi verici olmaktadır (Özcebe, 2006).

Mortalitede durum: BÖH ve BYAÇÖH

Türkiye'de BÖH üzerinden bir incelemeye başlamadan önce bir konunun açıklığa kavuşturulmasında yarar vardır. SDP ile birlikte dönüşen yalnızca finansman ya da hizmet sunumu değil aynı zamanda sağlık istatistiklerinin toplanişı, hesaplanması ve yayınlanmasındaki değişiklikler nedeniyle güvenilirliğidir. Bu durumun BÖH ile ilgili kısmını değerlendirdiğimizde, Sağlık Bakanlığının (SB) sağlık istatistikleri yıllıklarında (SİY) BÖH hesaplamasına ilişkin yapmış olduğu değişiklikler

nedeniyle BÖH'nin olduğundan daha düşük gösterildiği saptanmıştır. SİY 2008, 2009 ve 2010'da BÖH hesaplamasında doğumdaki gestasyon yaşı ya da doğum ağırlığına ilişkin açıklama yer almamakta iken SİY 2011'de gestasyon yaşının 22. haftadan 28 haftaya çekildiği, SİY 2012'de de bu gestasyon yaşı ya da 1000 gr'dan ağır olarak doğmuşların ölümlerinin pay kısmında yer aldığı bildirilmiştir. Dolayısıyla bu hesaplamalarda 22 hafta ile 28 hafta arasında olan canlı doğup daha sonra ölenler hesaplamaların dışında bırakılmış, böylece BÖH'de ciddi düşüşler sağlanmıştır (Eskiocak, 2014). SİY'de yer alan BÖH'ler hem hesaplanmalarındaki değişiklikler, hem de diğer veri kaynaklarına göre gösterdiği tutarsızlıklar nedeniyle bu yazıda dikkate alınmamıştır. BÖH'deki yıllar içindeki değişim, 2003, 2008 ve 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporlarından yararlanılarak değerlendirilmiştir (TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013). Buna göre BÖH'da yıllar içinde azalma olduğu görülmektedir (Şekil 1). Ancak BÖH'yi neonatal ve postneonatal dönem olarak incelediğimizde ise postneonatal ölüm hızında bir önceki döneme göre %50'lik bir değişim hızına karşılık gelen artış olduğu görülmektedir.

Bilindiği gibi, neonatal ve postneonatal dönemdeki bebek ölümlerinin nedenleri farklılık göstermektedir. Neonatal bebek ölümleri daha çok gebelik ve doğumla ilgili süreçlerden (doğum travmaları, düşük doğum ağırlığı, prematürüte ve konjenital anomaliler gibi) ve hizmetlerden etkilenirken, postneonatal dönem bozulmuş çevre koşullarının çocuk sağlığına olumsuz etkilerinin boyutunu belirler. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde postneonatal dönem bebek ölümleri fazla olup, enfeksiyonlar (ASYE, ishal gibi) ve beslenme bozukluğu öncelikli nedenlerdir. Bu dönem ölümleri büyük oranda önlenabilir olup çocuk sağlığına yönelik düzeltici önlemler (bağışıklama, sağlıklı beslenme ve büyümenin izlenmesi gibi koruyucu hizmetler) ilk etkilerini bu dönem ölüm hızlarının azalmasında gösterirler (Tezcan, 1992; Özcebe 2006). Türkiye'de 1993 TNSA'sından beri postneonatal ölüm hızları sürekli olarak azalmıştır ve bu kadar uzun zamandan sonra ilk kez bir önceki döneme göre artış göstermiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde postneonatal dönemde bir önceki döneme göre yaşanan artışın oldukça dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak ne yazık ki, TNSA 2013 raporunda neonatal ve postneonatal dönemlere ait bebek ölümlüğü temel özelliklere göre verilmemiştir (TNSA, 2013). Oysa TNSA 2008 raporunda, özellikle postneonatal ölümlerin,



Şekil 2. Üst-orta gelir grubunda yer alan bazı ülkelerin BÖH'larının yıllara göre dağılımı 2002-2013

annenin eğitimi artıka çok hızlı bir şekilde düş-tüğü, hanehalkı refahı düzeyinden de belirgin bir biçimde etkilendiği belirtilmektedir (TNSA, 2008). Bu saptamadan hareketle 2013 yılında postneonatal bebek ölümlerindeki artışın iki temel faktörün etkisinde olduğunu söylemek olasıdır. Bunlardan birincisi sağlık sistemi ve hizmetleri ile ilgili olan kısım ki bu noktada, özellikle aşılama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde yetersizlik olduğu düşünülmelidir. Bu durum hizmetler başlığı altında tekrar sorgulanacaktır. İkinci neden ise araştırmanın yapıldığı dönemde toplumsal refahın ya da ekonomik gelişmişliğin gösterilmek istendiği gibi artmaması aksine kötüleşmesidir. Gerek BÖH, gerekse 5YAÖH yıllar içinde azalmakla birlikte hem bölgeler arasında eşitsiz bir

biçimde gerçekleşmekte hem de uluslararası düzeyde aynı ekonomik gelişme gösteren ülkelere kıyasla daha yüksek bir seyir izlemektedir.

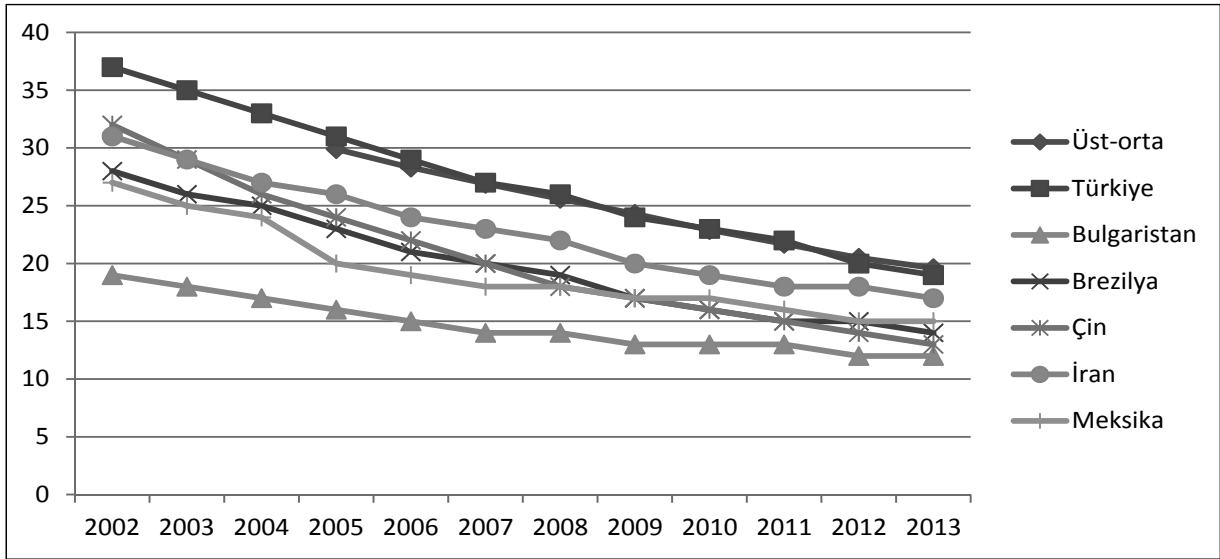
Reform sürecinin ilk yıllarına denk gelen 2003-2008 yılları arasındaki 5YAÖH'nin değişimini incelediğimizde toplamda %11'lik bir azalmaya karşın, güneyde %16 ve doğuda %2 artış meydana gelmiştir. İlerleyen süreçte 2003-2013 yılları arasında 5YAÖH'de %46'lık azalmaya karşın bölgeler arası eşitsizlik devam etmiştir. Sağlıkta eşitsizlik ölçütlerinden biri olarak kabul edilen hız oranı, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırmasını göstermektedir. Kır/kent hız oranı kentte ölen her bir çocuğa karşılık kırdaki ne kadar ölüm meydana geldiğini, bölge hız oranı ise, en iyi durumda olan bölgedeki her bir çocuk ölümüne karşılık, en kötü durumdaki bölgede ne kadar çocuk öldüğünü göstermektedir. Sağlıkta eşitsizliğin diğer bir göstergesi ise topluma atfedilen risk (TAR) olup, incelenen toplumun sosyoekonomik durumunun en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir (Hamzaoğlu, 2009).

Bu bilgiler ışığında yapılan hesaplamalara göre, 2003'de kentte ölen her bir çocuğa karşılık 1,6 olan kırdaki ölüm düzeyi, 2013'e gelindiğinde benzer düzeyleri koruyarak 1,44 olmuştur. Bölgeler arası eşitsizlik ise daha vahim bir seyir göstermiş ve 2003 yılına göre % 23 artmıştır. Yani batıda ölen her bir çocuğa karşılık doğuda, 2003'te 1,63 çocuk ölürken 2013'e gelindiğinde 2 çocuk ölümü meydana gelmektedir. Hesaplanan diğer bir gösterge olan TAR yüzdesi açısından incelendiğinde ise 2003'te 18,9

Tablo 1. TNSA 2003, 2008, 2013 yıllarına ait BYÇÖH'nin sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı

	2003	2008*	2013*
Yerleşim Yeri			
Kent	30	29	18
Kır	50	43	26
Kır/Kent Hız Oranı	1,66	1,48	1,44
Bölge			
Batı	30	26	15
Güney	30	35	26
Orta	33	23	15
Kuzey	48	27	15
Doğu	49	50	30
Bölge Hız Oranı	1,63	2,17	2,0
TAR(%)	18,9	30	25
Toplam	37	33	20

*TNSA 2013, Tablo5.6 s:83 den değişiklik yapılmadan alınmıştır.



Şekil 3. Üst-orta gelir grubunda yer alan bazı ülkelerin BYAÇÖH'lerinin yıllara göre dağılımı 2002-2013

olan TAR, 2013'te 25'e çıkmıştır. Bu durum, Doğu'daki sosyoekonomik düzey Batı'nın düzeyine ulaşırlıysa çocuk ölümlerinin %25'nin önlenebileceği anlamına gelmektedir (Tablo 1).

Sağlık sistemi, sağlık düzeyini ve sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen ara düzey bir etken olarak kabul edilir. Sağlık hizmetinin bütün nüfusu kapsamadığı, hizmetin her yere götürülemediği durumlarda, nüfusun bu kesiminin sağlık hizmetlerini kullanamayacağı ve kullanım eşitsizliğine neden olacağı bilinmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanından kaynaklanan ve finansal eşitsizlik olarak adlandırılan eşitsizlik biçiminde ise bireyin parasızlık nedeniyle sağlık hizmetini yeterince kullanamaması söz konusudur. Kamu sağlık sigortası ile finanse edilen sağlık sistemleri, genel bütçeden finanse edilen sistemlere göre daha az eşitlikçidir (Belek, 1998b). Dolayısıyla bu bölgelerde görülen olumsuz sağlık göstergelerinin oluşmasında SDP sonucu eşitlikçiliği azalan sağlık sisteminin rolü olduğunu söylemek mümkündür. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı yani sağlık hizmetlerindeki harcama modelinin gelir dağılımındaki eşitsizliğin neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını azaltıcı, dengeleyici bir etki gösterdiği de bilinmektedir (Belek, 1998b). Güney ve doğu bölgelerimiz ekonomik eşitsizliklerin ve yoksulluğun yoğun yaşandığı yerler olmalarına karşın, bu eşitsizliğin sonuçlarını azaltacak eşitlikçi bir sağlık sisteminin olmayışı bu bölgelerde hala yüksek seyreden BÖH ve BYAÇÖH'ne neden olmaktadır. Sağlıktaki eşitsizlikler, temel olarak kapitalist toplum biçimindeki sınıflar arasındaki farktan kaynaklan-

maktadır. Kapitalist toplumsal yaşantıda sermaye nerede birikiyorsa sağlık hizmetleri de orada sunulmaktadır. Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sağlık düzeylerindeki kır/kent ve bölgesel farklılıkların temelinde bu yatmaktadır (Hamzaoğlu, 2009). Yani giderek özelleşen sağlık sistemi Doğu'da ve kırdaki sosyoekonomik eşitsizliğin bir sonucu olan sağlıksızlığı azaltmadığı gibi, bir anlamda özelleşmiş sağlık hizmetinin kendisi de sağlıktaki eşitsizliğin nedeni olmaktadır.

Türkiye'de SDP süreci ile birlikte aynı zamanda sosyoekonomik açıdan da geliştiğine yönelik bilgiler hükümet tarafından sürekli olarak dile getirilmektedir. Çocuk sağlığının ülkelerin sosyoekonomik gelişmişliğinden etkilendiği belirtilmişti. Bu durumda geliştiği söylenen ekonomik durumun sağlığı ve özellikle çocuk sağlığını da olumlu etkilemesi beklentisi nedeniyle bu bölümde, ekonomik gelişmişliğe göre çocuk sağlığının durumu diğer ülkelerle karşılaştırılmıştır.

Türkiye gayrisafi yurt içi hasılasına (GSYİH) göre yapılan sıralamada Dünya Bankası 2013 verilerine göre 18. sırada yer almakta iken UNDP'nin insani gelişmişlik sıralamasında 69. Sırada yer almaktadır (Dünya Bankası, 2014; UNDP, 2014). GSYİH, bir ülkede insanların beslenme olanaklarını, sağlık, eğitim düzeylerini, sağlık hizmetlerinden yararlanabilirliklerini gösterme olanağına sahip değildir. Ülkelerin kalkınmışlığının, gelişmişliğinin göstergeleri öncelikle sağlık ve eğitim göstergeleridir (Hamzaoğlu, 1995). Nitekim Dünya Bankası'nın yaptığı gruplamaya göre, ekonomik gelişmişlik açısından

Tablo 2. Türkiye'de annelerin özelliklerine göre beş yaş altındaki çocukların yetersiz beslenme durumunun üç antropometrik ölçüğe göre yüzdesi 2008-2013

Temel Özellik Yerleşim Yeri	2008				2013				2008				2013				
	Yaşa Göre Boy		Yaşa Göre Boy		Yaşa Göre Boy		Yaşa Göre Boy		Boya Göre Ağırlık		Boya Göre Ağırlık		Yaşa Göre Ağırlık		Yaşa Göre Ağırlık		
	-3SD	-2SD	Ort.Z	Ort.Z	-3SD	-2SD	Ort.Z	Ort.Z	-3SD	-2SD	Ort.Z	Ort.Z	-3SD	-2SD	Ort.Z	Ort.Z	
Kent	2,1	7,6	0,3	2,7	8,2	0,2	0,8	0,5	0,3	1,6	0,6	0,2	2,1	0,1	0,3	1,7	0,3
Kır	5,9	17,4	0,8	4,9	14,4		0,9	0,4	0,7	2,1	0,4	0,5	4,8	0,2	0,8	2,7	0,1
Bölge																	
Batı	1,4	7,6	0,2	2,6	7,2	0,2	0,9	0,5	0,5	1,6	0,7	0,0	1,0	0,2	0,0	1,6	0,4
Güney	2,7	7,6	0,4	2,5	7,1	0,3	0,0	0,5	0,7	1,1	0,5	0,3	3,0	0,1	0,2	1,1	0,2
Orta	0,9	4,5	0,2	3,9	10,8	0,4	0,5	0,5	0,0	1,7	0,7	0,0	2,1	0,2	0,3	1,2	0,3
Kuzey	1,4	7,0	0,3	1,9	5,6	0,3	1,5	0,5	0,8	2,4	0,6	0,4	2,8	0,2	0,8	1,8	0,3
Doğu	8,3	21,0	0,9	4,2	14,5	0,6	1,5	0,3	0,1	2,1	0,3	0,8	5,8	0,4	1,0	3,4	0,2
Toplam	3,2	10,3	0,4	3,2	9,5	0,3	0,9	0,4	0,4	1,7	0,6	0,3	2,8	0,0	0,4	1,9	0,2

üst-orta gelir grubuna dahil olan Türkiye bu grupta yer alan diğer ülkelere göre ve grubun tümünün ortalamasına göre hem BÖH, hem de BYÇÖH hızında gerilerde yer almaktadır.

Şekil 2 ve 3'te, BÖH ve BYAÇÖH bakımından üst-orta gelir grubu ülkelere ait ortalamaları, Türkiye ve seçilmiş bazı ülkelerin verileri yıllara göre gösterilmiştir. Grupta yer alan Brezilya ve Çin, Türkiye ile aynı dönemde ekonomik olarak "yıldızı parlayan" ülkeler, Bulgaristan ve İran komşumuz, Meksika ise UNDP'nin insani gelişmişlik sıralamasında hemen alt sıramızda yer alan ülkedir. Görüldüğü gibi Türkiye yıllar içinde azalma seyri göstermekle birlikte, hem bu ülkelerin tümünden hem de grubun ortalama değerinden daha yüksek BÖH ve BYAÇÖH'na sahiptir. Ekonomik büyüklük olarak dünyadaki sıralaması 18 olan Türkiye'nin, sağlık göstergeleri açısından içinde bulunduğu grubun gerisinde kalması nedeniyle, ne ekonomik büyüme ve kalkınmanın, ne de sağlık sisteminin başarılı olarak değerlendirilmesi gerçekçi görünmemektedir.

Beslenme açısından çocuk sağlığının değerlendirilmesi

Antropometrik ölçümler çocuk sağlığının en önemli göstergelerinden biridir. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde DSÖ'nün önerdiği üç gösterge, yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık kullanılmaktadır. Genel olarak beslenme durumu bu göstergelerin referans grubun ortanca değerinden -2 SD'nin altında kalanları beslenme bozukluğu ve -3SD'altında kalanları da ciddi beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Yaşa göre boy, çocuklarda lineer büyüme geriliğinin göstergesi olup, referans grubun ortanca değerinden- 2 standart sapma (-2SD) gösteren çocuklar yaşlarına göre kısa (bodur-stunted), -3SD gösterenler ise ciddi olarak kısa boylu kabul edilmektedir. Tekrarlayan ve kronik hastalıklardan etkilenen bodurluk yeterli besinlerin uzun bir dönemde alamamış olduğunu göstermektedir. Tablo 2'de gösterildiği üzere -2SD altında kalan çocukların yüzdesi 2013 yılında 2008'e göre toplamda % 6 azalırken, özellikle - 3 SD'nin altında kalan çocuk yüzdesi kentte, batı, orta ve kuzeyde artmıştır. Kentte yaşayan çocukların yaklaşık olarak %11'i -2SD'nin altında kalmış yani bodurdur ve bu oran 2008'e göre %12 artış göstermiştir. Bölgeler arasında 2008 yılına göre batıda - 3SD altında kalan çocuk yüzdesi % 86 artış, orta bölgede ise %333 artış göstermiştir (TNSA, 2008, TNSA, 2013).

Tablo 3. Türkiye’de çocukların geçirdiği bazı hastalıklara ait veriler

Morbidite	2003*	2008**	2012***
ASYE prevalansı	28.8		
Ateş prevalansı	40.1		
İshal +kanlı ishal		23.3	
İshal			27.9
ÜSYE			27.6
Bulaşıcı Hastalıklar (Suçiçeği, kabakulak vb.)			11.7
Anemi			9.2
ASYE			6.1

*TNSA 2003 Raporu, **TNSA 2008 Raporu, ***TÜİK İstatistiklerle Çocuk

Boya göre ağırlık indeksi, akut dönemdeki beslenme yetersizliğini göstermekte olup, referans grubun ortanca değerinden -2SD gösteren çocuklar zayıf, olarak kabul edilmektedir. Boya göre ağırlıkta da 2008 TNSA verilerine göre %133'lük bir artışla 2008 yılında %0.9 olan -2SD altındaki nüfus yüzdesi 2013 yılında %2.1'e yükselmiştir ve bunun %0.4'ü ciddi zayıftır (**TNSA, 2008, TNSA, 2013**).

Yaşa göre ağırlık indeksi ise, hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi göstermektedir. Eksi 2 SD altında kalan çocuk yüzdesi 2013 yılında 2008 yılına göre %26 azalırken, - 3SD'nin altında kalan çocuk yüzdesi ise %33 artmış, bu artış kırdı %60, kuzey bölgesinde %100 olmuştur (**TNSA 2008, TNSA 2013**). Beslenme göstergelerindeki bu değişim daha önce hiç rastlanmadığı biçimde kentte de kendini göstermiştir. Bu durumu kentte yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin aksadığının bir göstergesi olarak dikkate almak gerekmektedir.

Morbidite açısından çocuk sağlığının değerlendirilmesi

Çocuklarda sık görülen ve mortaliteye yol açan hastalıkların boyutunu gösteren veri kaynakları sınırlıdır. Daha önceki yıllarda çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) ve ishali hastalıklar ile ilgili bilgilere ulaşabiliyorken, 2003 TNSA'da sadece ASYE ve ateş prevalansına ait verilere, 2008 TNSA'da ise sadece ishalin yaygınlığına ait verilere yer verildiği, 2013 raporunda ise hiçbirine yer verilmediği saptanmıştır (**TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013**). Başka bir veri kaynağı olarak düşünülen TÜİK'in 2013 yılında yayınlamış olduğu İstatistiklerle Çocuk raporunda ise çocukların son 6 ayda geçirdiği

hastalıklara ait veriler bulunmaktadır. Dolayısıyla bu kaynaklardan elde edilen morbidite verileri Tablo 3'te paylaşılmıştır. Farklı periyotları ve araştırma tekniklerini içermekle birlikte ASYE'nin sıklığının yıllar içinde azaldığı, ishal sıklığının da arttığı görülmektedir. TÜİK'in yaptığı araştırmada, Mayıs-Haziran 2012 öncesindeki 6 ay içinde 0-6 yaş grubundaki çocuklarda sırasıyla ishal, ÜSYE ve bulaşıcı hastalıklar en çok görülen hastalıklar olmuştur. Bu morbidite örüntüsü içinde enfeksiyonların en fazla yeri tutması Türkiye'nin hem ekonomik gelişmişlik açısından hem de çocuğa yönelik sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından istenilen düzeyde olmadığına bir göstergesi olarak kabul edilmelidir.

Bu bölümde SB istatistik yıllığında yer alan kızamık insidansına ait veriler, aşı ile korunabilir bir hastalık olduğu için aşılama hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından da ayrıca incelenmiştir (**SB, 2013**).

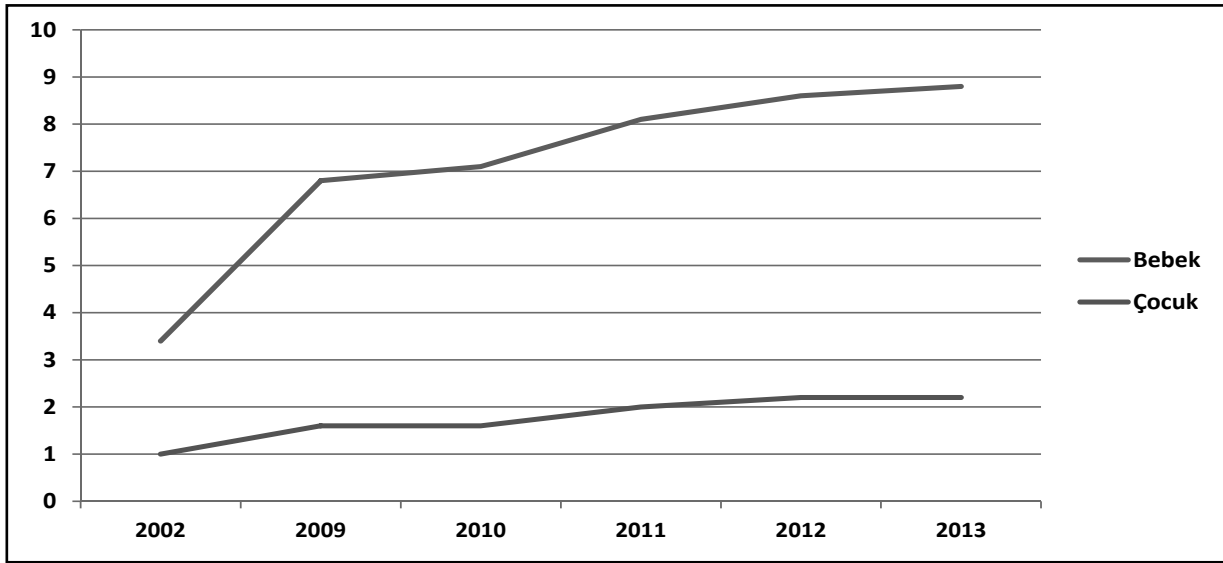
SiY 2013'de kızamık hastalığının yıllara göre olgu sayılarının gösterildiği tabloda 2002 yılında 7810 olan kızamık yerli olgu sayısı daha sonra keskin bir düşüş hatta yok oluşla (2005'de Kızamık bildirim sistemindeki değişikliğin de etkisiyle) 2008-2011 yılları arasında sıfır yerli olguya düştüğü ve sırasıyla 4, 4, 7 ve 111 yabancı olgu olduğu görülmektedir. SB'nin verilerine göre, 2012 yılında ise 318 yerli, 3 yabancı toplam 349 olgu görülürken, 2013'de bir kızamık salgını yaşanarak 6731 yerli 674 yabancı olmak üzere 7405 olgu görülmüştür (**SB, 2013**). Ancak bu veriler de DSÖ verileri ile uyuşmamaktadır. DSÖ verilerine göre 2014 yılında konfirme edilmiş toplam kızamık sayısı 531, yıllık insidansı yüzbinde 5,07 olarak gösterilirken 2012 yılında konfirme edilmiş kızamık sayısı 698 olup SiY 2013'te verilenden farklıdır (**DSÖ, 2014**). Gizlenmesi için gösterilen her

Tablo 4. Türkiye’de kızamık olgu sayılarının yıllara göre değişimi 2002-2012

Kızamık	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Yerli	7810	0	0	0	0	318	6731
Yabancı	0	4	4	7	111	31	674
Toplam	7810	4	4	7	111	349	7405

Tablo 5: Temel özelliklere göre, tam aşı ve hiç aşı olmamış çocuk yüzdeleri, 2008- 2013

Özellik	2008		2013	
	Tam aşı	Hiç aşı olmamış	Tam aşı	Hiç aşı olmamış
Yerleşim Yeri				
Kent	84.2	1.6	76.5	3.1
Kır	71.0	1.6	64.7	2.0
Bölge				
Batı	84.6	1.6	76.4	4.7
Güney	81.8	1.1	77.4	0.9
Orta	90.0	1.2	77.3	0.4
Kuzey	83.6	0.0	71.1	0.0
Doğu	64.3	2.8	67.6	3.8
Toplam	80.5	1.6	74.1	2.9

**Şekil 4. Türkiye'de bebek ve çocuk başına düşen ortalama izlem sayıları 2002-2013**

türlü çabaya karşın, son yıllarda kızamık olgu sayılarında görülen artışı, aşılama hizmetlerinde ve dolayısıyla birinci basamakta sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinde görülen yetersizliklerin bir sonucu olarak değerlendirmek mümkündür.

II. Çocuk sağlığına yönelik sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi

Aşılama yüzdeleri

TNSA 2013 raporuna göre tam aşı çocuk yüzdesinin 2008 yılına göre %8 azalarak %74.1'e düşmesi oldukça önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer önemli bulgu ise hiç aşı olmamışlarda görülen %89 değişim hızına denk gelen artış olmasıdır. Hiç aşı olmamışların özellikle kentlerde ve batı bölgesinde ciddi artışlar göstermesi, beslenme göstergeleri ile birlikte değerlendirildiğinde SDP'den önce kentlerde ve batıda güçlü olan aşılama ve bebek/çocuk izlemlerinin bozulduğunu düşündürmektedir. Yine bir önceki bölümde belirtilen

son yıllarda yaşanan kızamık salgınları ile birlikte değerlendirildiğinde, kişiye yönelik en önemli koruyucu hizmetlerden biri olan aşılama çalışmalarının SDP sürecinde bozulduğunu ve çocuk sağlığının olumsuz etkilendiğini söylemek mümkündür.

Bebek ve çocuk izlemleri

SİY 2013 yılına göre, SDP süreci boyunca bebek ve çocuk izlemlerinin sayılarının yıllar içinde dramatik bir biçimde yükseldiği görülmektedir (**SB, 2013**). Nicelikteki bu sayısal artışın birinci basamakta çalışan sağlık personelinin ücretlendirilmesinde kullanılan negatif performansa dayalı ödeme biçiminin etkisinde olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü aylık izlem hedeflerinin altında kalan aile hekimlerinin ücretlerinden %20'ye kadar varan kesintiler olabilmektedir. Dolayısıyla niceliksel artışın izlemlerin niteliğine nasıl yansıdığı bu verilerden anlamak güçtür. Öte yandan postneonatal bebek ölüm hızındaki artış, bebek izlemlerinin niteliği hakkında bilgi vermektedir. Keza, beslenme

verilerinde de gösterildiği gibi, özellikle -3SD altında kalan çocuk yüzdelerinin artması, ciddi malnütrisyonu olan çocukların saptanmasına yönelik faaliyetleri içeren izlemlerin etkili bir şekilde yapılmadığını göstermektedir. Bununla birlikte Konya'da yapılan bir araştırmada bebek ve çocuk izlemlerinin sayıca artmasına karşılık, izlem aralıklarının izlem protokolüne uygun olmadığı saptanmıştır (**Durduran, 2012**). Dolayısıyla bebek/çocuk izlemlerinin negatif performansla dayalı ücretlendirmenin de etkisiyle sayıca artmasına karşılık, izlem protokollerine uygun aralıklarda izlenmemesi, büyümenin takibinde kullanılan boy, kilo gibi ölçümlerin yapılması halinde erken dönemde saptanabilecek olan beslenme bozukluklarının ciddi beslenme bozukluğuna dönüşmesi, sayıca olan bu artışın niteliğe yansımadığını ve hizmetlerin yetersizliğini göstermektedir.

Sonuç

Bu yazıda SDP'nin çocuk sağlığı üzerine etkileri ulaşılabilen veriler üzerinden ve verilerin elde edilmiş biçimindeki sınırlılıklar üzerinden değerlendirilmeye çalışılmıştır. Veri kaynaklarındaki bu sınırlılıklara karşın, SDP'nin çocuk sağlığını birçok başlık üzerinden olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bunlardan ilki bebek ölümlülüğündeki değişim olup uzun zamandan sonra postneonatal bebek ölümlerinde bir artış yaşanmıştır. Bu durumu ülkenin sosyoekonomik yapısının yanı sıra sağlık sistemindeki bozulmanın bir sonucu olarak görmek mümkündür. Çocuk sağlığının diğer bir önemli göstergesi olan beslenme durumu değerlendirildiğinde yine beslenmenin özellikle kentlerde ve batıda bozulduğu, bebek ve çocuk izlemlerinin nitelikli yapılmaması dolayısıyla erken dönemde saptanamaması nedeniyle ciddi beslenme bozukluğu boyutunun arttığı saptanmıştır. Bir başka bulgu aşılama hizmetlerinde yaşanan düşüştür. Beraberinde ortaya çıkan kızamık salgını bu yetersizliğin bir sonucu olarak değerlendirilmelidir.

Bugüne kadar olduğu gibi, bundan sonra da herkeşe eşit ama gereksinimi olana daha fazla, genel bütçeden finanse edilen, kamusal hizmet sunumuna dayalı bir sağlık sistemi taleplerimizi yüksek sesle söylemek için daha güçlü gerekçelerimiz vardır.

Kaynaklar

Belek İ. (1998b). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. Sorun Yayınları*.s:55-77
Belek, İ. Onuroğulları H. Nalçacı E. Ardiç F.(1998a). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. Sorun Yayınları* s:24.
De Vos, P. Dewitte, H. Van Der Stuyft, P. (2004) *Unhealthy European Health Policy. International Journal of Health Services* (34)2:255-69

DSÖ (2014). *Reported measles cases and incidence rates by WHO Member States 2013, 2014 as of 11 February 2015.* http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measlesreportedcasesbycountry.pdf

Durduran Y., Bodur S., Çakıl E., Filiz E. (2012). *Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Tıp Dergisi* 39 (2): 227-233.

Dünya Bankası (2014). <http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>

Eskiocak, M., Selçuk, E.G.(2014) *Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen bebek ölüm hızları üzerine eleştirel bir değerlendirme Turk J Public Health* 2014;12(3):207-216

Hamzaoğlu, O (1995). *GSMH Ülkelerin Gelişmişlik Düzeylerinin Göstergesi Olabilir mi? Toplum ve Hekim* 9(64-65):26-30

Hamzaoğlu, O (2009). *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği. Toplum ve Hekim*, 24(1):26-35

Hamzaoğlu, O (2013a). *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. Toplum ve Hekim*, 28(3):172-180

Hamzaoğlu, O (2013b) *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Kaynağı ve Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu. Toplum ve Hekim*, 28(6):

Özcebe, H. (2006) *Çocukluk Dönemleri ve Çocuk Sağlığının Değerlendirilmesi. İçinde, Ed. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.*

SB (2013). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara.*

Tezcan, S. (1992). *Epidemiyoloji. Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, s:180.*

TNSA (2003). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.*

TNSA (2008). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.*

TNSA (2013) *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), 2013Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.*

TÜİK (2013). *İstatistiklerle Çocuk 2013. TÜİK Matbaası, Ankara.*

UNDP (2014). *Human Development Report 2014 -Sustaining Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience.*<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2014>

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİNİ NASIL ETKİLEDİ?

Songül Acar VAİZOĞLU *,
Funda SEVENCAN **, Cavit Işık YAVUZ ***

Özet: Kişiy ve çevreye yönelik hizmetler olarak iki başlıkta sunulan koruyucu hekimlik hizmetleri bir bütündür ve birbirinden ayrılmaz. Günümüzde koruyucu hekimlik hizmetlerinin ve tedavi edici hizmetlerin birbirinden ayrılması ve bölge ölçeğinde ekip hizmetinin sunulmaması diğer koruyucu hekimlik hizmetlerinde olduğu gibi çevre sağlığı hizmetlerinde de önemli değişikliklere ve sorunlara yol açmaktadır. Bu makalede ülkemizde sağlık dönüşümünden sonra çevre sağlığı hizmetlerinin farklı boyutlarda değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında ve genel olarak da kamusal hizmetler alanında yaşanan “neoliberal değişim” sürecinin doğrudan ya da dolaylı olarak çevre sağlığı hizmetlerini de etkilediği görülmektedir.

Anahtar sözcükler: sağlıkta dönüşüm, çevre sağlığı hizmetleri

How Did Transformation in Health Affect The Delivery of Environmental Health Services?

Abstract: Protective health services presented as services to individuals and the environment constitute an indivisible whole. Today, separation of protective health services from curative services and absence of any team service at region level bring along some significant changes as well as problems in environmental health services too as in other protective health services. The article seeks to examine environmental health services after transformation in health in its different dimensions. It is observed that the process of “neoliberal change” experienced in health services together with other public services affects, either directly or indirectly, environmental health services as well.

Key words: transformation in health, environmental health services

Çevre sağlık açısından ele alındığında kişi üzerinde dış etkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Yaşamı sürdürme- sağlama sistemidir. Çevre sağlığı ise çevrede bulunan fizikojeokimyasal, biyolojik, sosyal, ve psikososyal faktörler tarafından belirlenmekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Çevre sağlığı sorunları tüm toplumu ilgilendirmektedir. Çevre sağlığı ile ilgili olanlar bir taraftan çevre ile ilgili olabilecek sağlık sorunlarını ortadan kaldırmaya çalışırken, öte yandan olanak varsa sorunlar gelişirken ya da gelişmeden önce önlemeye çalışmaktadır (Güler, 2012a; Güler, 2012b).

Koruyucu hekimlik hizmetleri çevreye ve kişiyeye yönelik hizmetler olarak verilmektedir (Fişek, 1985). Çevreye yönelik hizmetlerin amacı çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizikojeokimyasal etkenleri yok ederek veya kişilerin etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlerin etkili olabilmesi için ekip çalışması, halkın

katılımı ve değişik meslek elemanları ile işbirliği gereklidir (Güler, 2012c). Giderek artan ve boyutları değişen çevresel etmenler karşımıza çok değişik hastalıklar olarak çıkmaktadır. Hastalık yükü içinde çevresel hastalıkların payı giderek artmaktadır. Koruyucu hekimlik hizmetleri bir bütün olduğundan çevre sağlığı hizmetlerinin mutlaka koruyucu hekimlik hizmetlerinin arasında yer alması gerekmektedir. Ancak günümüzde sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetlerin öncelenmesiyle sürdürülmektedir. Bu uygulamanın etkileri gelecekte daha da büyüyerek karşımıza çıkacaktır. Çünkü çevresel etmenlerin etkisi uzun dönemli, çoklu etilenimdir ve sağlık etkileri gecikerek ve non spesifik belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin çevresel etmenlerin farkında olmaması ve çevreyi dikkate almadan yalnızca hastalıklara odaklanması, gereksiz tetkik ve tedavilerin daha da çok kullanılmasına neden olmaktadır.

* Prof. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Doç. Dr., Bodrum Toplum Sağlığı Merkezi, Çevre Sağlığı Şubesi

*** Doç. Dr., Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü

Günümüzde koruyucu hekimlik hizmetlerinin ve tedavi edici hizmetlerin birbirinden ayrılması ve bölge ölçeğinde ekip hizmetinin sunulmaması diğer koruyucu hekimlik hizmetlerinde olduğu gibi çevre sağlığı hizmetlerinde de önemli değişikliklere ve sorunlara yol açmaktadır. Bu makalede ülkemizde sağlıkta dönüşümden sonra çevre sağlığı hizmetlerinin farklı boyutlarda değerlendirilmesi açmaçlanmıştır.

Türkiye’de çevre sağlığı hizmetleri başlığında ele alınabilecek çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin değişimi çeşitli yönleriyle ele alınabilir. Bu değişim,

- Hizmetlerin içeriği ve verilmiş biçimiyle ilgili yaşanan değişimler,
- Bu hizmetin yürütüldüğü hizmet modeli ile ilgili değişimler,
- Bu alanda Sağlık Bakanlığı’nın rol ve işleyişi ile ilgili değişimler olarak sıralanabilir.

Bu çerçevede Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında ve genel olarak da kamusal hizmetler alanında yaşanan “neoliberal değişim” sürecinin doğrudan ya da dolaylı olarak çevre sağlığı hizmetlerini de etkilediği görülmektedir. Bin dokuz yüz seksenli yıllarda başlayan “sağlık reformu” girişimleri ile Türkiye’yi de etkileyen neoliberal düzenlemeler, sağlık alanında başlıca hizmet sunumu ve finansman başlıklarında etkilerini göstermiştir. Genel olarak kamu tarafından yürütülen hizmetlerin çeşitli biçimlerde özel sektöre devri ya da özel sektörün kamusal hizmet sunumunda farklı biçimlerde yer ve ağırlığının artırılması bu etkilerin uygulama biçimlerini oluşturmuştur.

Sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik hizmetlerinde yaşanan değişimler başlıca iki boyutuyla ele alınacaktır;

- Çevreye yönelik hizmetlerle ilgili sağlık hizmet sunum modeliyle ilgili değişimler
- Çevreye yönelik hizmetlerle ilgili Sağlık Bakanlığı’nın rol, işlev ve mevzuat sorumluluklarının değişimi

Sağlık hizmet sunum modeliyle ilgili değişimler; Çevreye yönelik hizmetler

Türkiye’de gerek aile hekimliği mevzuatı ve gerekse de 2011 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı KHK ile yeni bir sağlık hizmet sunum modeli ve yapılanması yürürlüğe girmiştir. Bu yeni model ve

yapılanma, öncesinde 224 sayılı Kanun ile getirilen modeli tümünden değiştirmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çevre sağlığı hizmetleri de bu anlamda ciddi bir değişime uğramıştır. Bu temel farklılıklar bugünkü modeli değerlendirebilmek açısından önemlidir. Aile hekimliği mevzuatı ve 663 ile gelen ASM/TSM modeli, 224’ün getirdiği “sağlık ocağı modeli” ile çok derin farklılıklar içermektedir. Bu farklılıkların en önemlisi sağlık ocağı modelinin kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini bir arada, entegre ve bölge tabanlı yürütürken ASM/TSM modelinin bu entegrasyonu ve bütünlüğü bozarak hizmetleri ve görevleri ayırmasıdır. Diğer bir deyişle aile hekimliği sistemi kişiye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini birbirinden ayırmış, ilkinin ASM’ler ikincisinin de TSM’ler tarafından yürütülmesini öngörmüştür. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinde entegrasyon, ekip hizmeti, bütüncül hizmet ve epidemiyolojik bütünlük sağlanması açısından sıkıntılar doğurabilecek bir yapı oluşturmuştur.

Aile hekimliği sisteminde çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin TSM’ler tarafından yürütülmesi TSM’lerin altyapı, personel, yönetsel ve işlevsel durumlarının incelenmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık ocağı modelinde sağlık ocağı nüfusunun bulunduğu bir nüfus ölçeğinde kişiye ve çevreye yönelik hizmetler sürdürülmeye çalışılırken aile hekimliği sisteminde ilçe düzeyinde bir nüfusa TSM tarafından çevreye yönelik koruyucu hizmet vermesi beklenmektedir. Türkiye’de toplam 978 TSM bulunmakta ve bazılarının hizmet verdiği nüfus bir milyonu geçmektedir. TSM’lerin çoğu henüz kendi bölgelerinin nüfus özelliklerini, hareketliliğini bile takip edememektedir. TSM’nin kuruluşunda başlangıçta nüfus temelli bir yapı amaçlanmış iken, daha sonra ilçe sınırlarına bağlı yapılanmaya geçilmiştir. İlçe sınırları esas alındığında, nüfusu bir milyon civarında olan ilçelere hizmet sunması pratik olarak imkânsız hale gelmiştir. Sık sık değiştirilen TSM yönergesi, aynı zamanda TSM yapısındaki kararsızlığın bir göstergesi olmuştur.

Sağlık Bakanlığı’nın rol, işlev ve mevzuat sorumluluklarının değişimi; Çevreye yönelik hizmetler

Bilindiği gibi sağlık ocağı modelinde sağlık ocağında yürütülmesi gereken çevre sağlığı hizmetleri 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun

Tablo. Eski ve yeni sisteme dair birinci basamak sağlık hizmetlerinde çevre sağlığı açısından görevlere ilişkin mevzuat (2001-2015)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001)	Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (2011)	Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (2015)
<p>Sağlık Ocağı Madde 54 - Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. İdeal olarak, 5 ile 10 bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulması gerekirken; köy, ilçe, il ve büyükşehirlerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olacakları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterir.</p> <p>Sağlık ocaklarında çok yönlü sağlık hizmeti verilir. Sağlık ocaklarında hizmetin gereği gibi yürütülebilmesi için personelin ekip olarak çalışması şarttır.</p>	<p>Tanımlar Madde 4: "Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıklı 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"</p>	<p>Tanımlar Madde 4: Toplum sağlığı merkezi (TSM): "Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıklı ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu"</p>
<p>Sağlık ocağında yürütülecek sağlık hizmetleri yönergenin 58.maddesinde tanımlanmıştır ve sıralananlar arasında çevre ile ilgili birçok başlık bulunmaktadır:</p> <p>a. Ana sağlığı hizmetleri, b. Çocuk sağlığı hizmetleri, c. Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, d. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, e. Kronik hastalıklarla mücadele, f. Bağışıklama hizmetleri, g. Okul sağlığı hizmetleri, h. Yaşlı sağlığı hizmetleri, i. Toplum beslenmesi hizmetleri, j. Ruh sağlığı hizmetleri, k. Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele, l. İçme ve kullanma sularının denetimi, m. Gıda maddelerinin denetimi, n. Gayri sıhhi müesseselerin denetimi, o. Çalışanların (esnaf) denetimi, p. Atıkların denetimi, q. Poliklinik hizmetleri, r. Erken tanı ve tedavi hizmetleri (Filyasyon arama ve hastalık taramaları), s. Laboratuvar işleri, t. İlk yardım ve acil bakım hizmetleri, u. Hasta sevki, v. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, y. Rehabilitasyon hizmetleri, x. Halkın sağlık eğitimi.</p>	<p>Toplum sağlığı merkezinin sunacağı hizmetler yönergenin 8.maddesinin 1. fıkrasında belirlenmiştir:</p> <p>a. İdari ve mali işler, b. Kayıt ve istatistik, c. Plan ve program yapma, d. Üniversitelerle işbirliği, e. İzleme ve değerlendirme f. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü g. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü h. Üreme sağlığı hizmetleri i. Ulusal programlar j. Adli tıp hizmetleri k. Acil sağlık hizmetleri l. Kaza ve yaralanmadan korunma hizmetleri m. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, n. Çevre sağlığı hizmetleri o. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri p. Afet hizmetleri q. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki r. Sağlık eğitimi hizmetleri s. Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri t. Sosyal hizmet çalışmaları u. Diğer görevler</p>	<p>Toplum sağlığı merkezinin sunacağı hizmetler yönetmeliğin 8.maddesinin 1. fıkrasında belirlenmiştir:</p> <p>a. İdari ve mali işler, b. Kayıt ve istatistik, c. Plan ve program yapma, d. Diğer kurumlarla işbirliği, e. İzleme ve değerlendirme çalışmaları, f. Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, g. Tüberküloz kontrolü, h. Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü, i. Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları, j. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, k. Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, l. Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri, m. Kanseri erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri, n. Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler, o. Ulusal programlar ile ilgili hizmetler, p. Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri, q. Acil sağlık hizmetleri, r. Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, s. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, t. Çevre sağlığı hizmetleri, u. Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler, v. Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri, w. Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, x. Evde sağlık hizmetleri, y. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, z. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları, aa. Sosyal hizmet çalışmaları, bb. Hizmet içi eğitimler, cc. Diğer görevler.</p>

Tablo. Eski ve yeni sisteme dair birinci basamak sağlık hizmetlerinde çevre sağlığı açısından görevlere ilişkin mevzuat (2001-2015)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001)	Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (2011)	Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (2015)
<p>Ayrıca yönergenin 78. maddesi sağlık ocaklarında yürütülecek çevre sağlığı hizmetlerini ve sorumlu personeli genel çerçevede olarak aşağıdaki gibi tanımlamaktadır. Bu tanımlardan bazıları yönergede ayrıca ayrıntılı olarak aktarılmıştır (İçme ve kullanma sularının denetimi, gıda maddelerinin denetimi, gayri sıhhi müesseselerin denetimi, atıkların denetimi vb)</p> <p>Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri Madde 78 - Sağlık ocağının bütün personeli çevre sağlığı hizmetlerini yürütmekle görevli ise de ocak hekimi, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık memuru ve hemşire birinci derecede sorumludur.</p> <p>Bu hizmetlerin başlıcaları içme ve kullanma sularının, çöp ve atıkların, gübreliklerin, bataklıkların ve mezarlıkların denetimidir.</p>	<p>Yönergenin 24.maddesi TSM'lerin çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili görevlerini sıralamaktadır.</p> <p>Madde 24-(1) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını izler ve değerlendirir. Önlem alınması gereken durumlarda ilgili kuruluşlarla işbirliği yapar.</p> <p>(2) İçme ve kullanma sularının kontrolünü yapar. İlgili mevzuata göre yerleşim birimlerindeki su kaynaklarının dökümünü çıkarır. Bölgesinde yıllık ve aylık olarak yapacağı klor ölçümü, bakteriyolojik ve kimyasal analiz sayısına göre hedeflerini belirler. Yaptığı çalışmaları bu hedefe göre değerlendirir. Tespit edilen eksiklikler veya oluşan kirliliklerin giderilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlara bilgi verir, alınacak önlemleri takip eder.</p> <p>(3) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin denetiminde mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirir.</p> <p>(4) Hava kirliliğini açık ve kapalı alan olarak değerlendirir. Özellikle umuma açık işyerlerinin kapalı alan kirliliğinin önlenmesinde bu işyerlerinin yeterli havalandırma sisteminin olması için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapar. Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik olarak ilgili kuruluşlarla işbirliği yapar.</p> <p>(5) Piyasa gözetim ve denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla bölgesinde gerekli çalışmaları yürütür.</p>	<p>Yönetmelikte TSM'lerin çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili görevleri 25.maddede sıralanmıştır.</p> <p>MADDE 25 – (1) TSM'nin çevre sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:</p> <p>a) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,</p> <p>b) İçme ve kullanma sularının kontrolünü yaparak bölgesindeki yerleşim birimlerinde bulunan su kaynaklarının envanterini çıkarmak,</p> <p>c) İlgili mevzuata göre; bölgesinde yıllık ve aylık olarak yapılacak olan bakiye klor ölçüm sayısı ile kontrol ve denetim izleme sayısına göre hedefleri belirlemek, numune almak; verileri, veri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,</p> <p>ç) İlgili mevzuata göre; yüzme sezonu içerisinde, yüzme amaçlı kullanılan deniz ve/veya göl suyundan müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; ilgili verileri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,</p> <p>d) İlgili mevzuata göre; bölgesinde bulunan yüzme havuzlarından müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; tespit edilen uygunsuzlukları müdürlüğe bildirmek; uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluğun giderilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak alınan önlemleri takip etmek,</p> <p>e) İlgili mevzuata göre; ambalajlı suların (kaynak, içme ve doğal mineralli su) piyasa denetimini yapmak; denetime ilişkin bilgi ve belgeler ile denetim sonuçlarını müdürlüğe bildirmek,</p> <p>f) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin ruhsatlandırma ve denetimi kapsamında mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirmek,</p> <p>g) Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,</p> <p>ğ) Bölgesinde piyasa gözetim ve denetim hizmetleri kapsamında gerekli olan çalışmaları yürütmek,</p> <p>h) Bölgesinde biyosidal ürünlerin üretim, satış ve kullanım yerlerinin denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla gereken çalışmaları yürütmek,</p> <p>ı) İlgili mevzuatına göre mezarlıkların yer seçimi ile alakalı işlemleri yapmak.</p>
<p>Hizmet sunulacak nüfus açısından değerlendirildiğinde sağlık ocaklarının ideal olarak 5 ile 10 bin nüfusa bir sağlık ocağı olacak şekilde planlandığı izlenmektedir.</p>	<p>Yönergede her ilçede ve 5126 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olmayan il merkezlerinde bir TSM kurulacağı, nüfusa göre de TSM'lerin tiplendirileceği belirtilmektedir (20 bin kişiye kadar D tipi, 20.001-50.000 kişi arası C tipi, 50.001-100.000 kişi arası B tipi, 100.001 kişinin üzeri A tipi).</p>	<p>Yönetmeliğe göre her ilçede ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulması esastır.</p>

Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesi ve 6/3470 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"de tanımlanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin

Yürütülmesi Hakkında Yönerge). TSM'lerle ilgili yasal çerçeve ise uzun yıllar bir yönerge ile sürdürülmüş ve 2015 yılında bir yönetmelik çıkarılmıştır (Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılması Hakkındaki Yönerge; Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler

Yönetmeliği). Eski ve yeni sisteme dair birinci basamak sağlık hizmetlerinde çevre sağlığı açısından görevlere ilişkin mevzuat incelendiğinde farklılıklar Tabloda görülmektedir.

Burada da görüleceği gibi çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili hizmet sunumunda birinci basamak sağlık kurumları görevleri açısından çeşitli değişimler bulunmaktadır.

Konunun bir diğer boyutu da Sağlık Bakanlığı'nın çevre ile ilgili hizmetlerdeki rol ve işlevleri ile mevzuatla belirlenmiş görevlerinin değişimidir. Bu değişimler arasında belki de en önemlisi gıda denetimi ile ilgili değişimlerdir. Yıllar içerisinde yapılan düzenlemelerle önce gıda üretim yerlerinin denetimi sonrasında da hem üretim hem de tüketim/satış yerlerinin denetiminde Sağlık Bakanlığı yetkisi büyük oranda kaldırılmış ve "kamu sağlığını ilgilendiren durumlar" dışında gıda denetimde işlevi kalmamıştır.

Bu rol işlev değişikliği birinci basamakta sunulan çevre sağlığı hizmetlerinin de değişimini getirmektedir. Özellikle GSM mevzuatının UHK'da hükümler halen varlığını sürdürmesine rağmen yönetmeliklerle yapılan düzenlemelerin yürürlükten kaldırılması, 663 sayılı KHK ile portör ve esnaf muayene zorunluluklarının kaldırılması da hizmetin değişimini getirmiş ve birinci basamakta yürütülen çevre sağlığı hizmetlerini daha işlevsiz bir duruma getirmiştir.

Ayrıca 2013 yılına kadar oyuncakların piyasa gözetimi ve denetimi faaliyetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülmüştür. 2013'de çıkan "Oyuncaklar Hakkında Yönetmelik" ile yetki Gümrük ve Ticaret Bakanlığına devredilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı vb birçok kuruluşun çevre sağlığı ile ilgili önlemlerde yetki tartışması içerisinde bulunmaları en önemli sorunu oluşturmaktadır. İlgili her kuruluş çıkan mevzuatı kendi yetkilerine ağırlık vermek, kadrolaşma ya da propaganda gücü kazanmak amacıyla biçimlendirmeye çalışmaktadır. Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı, Belediyeler, Tarım Bakanlığı, İmar İskan Bakanlığı vb aynı uygulamaları standartları birbirinden çok farklı örgütlenme modelleri, personel, araç, gereç ve donanımla yapmakta, bu ise sadece hizmetin etkinliğinin azalmasına hatta etkisiz hale gelmesine neden olmaktadır. Mevzuat dağınıktır. Kimi mevzuat doğrudan

çeviridir. Kimi mevzuat ise akademik endişelerle çok yüksek standartta hazırlanmakta pratikte öngörülenlerin uygulanması mümkün olamamaktadır. Örneğin Çevre ve Şehircilik Bakanlığı çevre yönelik birçok yetki ve sorumluluğu bünyesinde bulundurmakla birlikte ilçelerde taşra teşkilatının olmaması bir yönüyle ilçe düzeyinde sağlık örgütlenme birimi olarak TSM'lere bu konuda bir izleme/değerlendirme görevi vermiştir denebilir. Ancak yetki ve sorumluluk olmaksızın oluşan bu işlev de belirsiz kalmaktadır.

Getirilen birçok mevzuat hükmünün saha pratiğinden uzak olması nedeniyle uygulanamaması da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumdaki işsizlik vb zorlaması nedeniyle mevzuat hükümlerinin çoğu pratikte uygulanamamaktadır. Çevre sağlığı uygulamalarında toplumun gereksinimi ve birey haklarının yanı sıra doğal ve ekolojik etkiler gündeme gelmektedir. Çevre sağlığı ile ilgili müdahaleler bir yandan toplum çıkarları ile ters düşerken bir yandan ekolojik zararlara yol açabilir. Sözelimi sağlığa zararlı koşulları bulunan bir işyerine yönelik uygulamalar işyerinin kapanmasına ve zarar görenlerin işsiz kaldıkları için tepki göstermelerine neden olabilir. Bozuk gıda, sağlıksız ve güvenliksiz çalışma koşulları, kötü konut gibi durumlar için birçok ülkenin yasal düzenlemeleri bulunmaktadır. Ancak toplumsal ve ekonomik zorlamalar nedeniyle gevşek tutulmakta, sıkı kurallar kâğıt üzerinde kalmaktadır (Güler, 2005; Last, 1992; Last, 1989).

Diğer Sorunlar

Ayrıca TSM'ler bir bina standardı olmaması nedeniyle sıkışık, uygun olamayan binalarda hizmet vermektedir. Bakanlık TSM'lere en uygun binaları ayırması gerekir iken, çoğu yerde fiziki olarak yetersiz, konum olarak uygunsuz binalarda hizmet vermeye mecbur edilmiştir.

Personelin bazı yerlerde az, bazı yerlerde gereğinden fazla olması da sorundur. Bazı TSM'lerde personel sayısal olarak yetersiz, bazılarında özellikle de merkez TSM'lerde personel fazlalığı vardır. Her iki durumda hizmetleri olumsuz olarak etkilemektedir. Buna personelin nitelik olarak eksikliği eklendiğinde TSM hizmetleri daha fazla olumsuz olarak etkilenmektedir.

Personel hareketliliğinin fazla olması, personelin TSM'nin görevlerine yabancı olması ve uyum eğitimlerinin yetersiz olması gibi durumlarda hizmetleri olumsuz etkilemektedir.

Sonuç

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve dolayısıyla yönetmelikteki eksiklere ait sorunları salt TSM'lere ve yönetmeliğe özgü bir sorun olarak değerlendirmekten öte, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir sonucu olarak ve bir sistem sorunu olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Aile hekimliği sisteminde iki kişiye düşürülen ekip nedeniyle ekip çalışmasından uzaklaşıldığı, rekabet nedeniyle dayanışmanın azaldığı, kapanan sağlık ocakları ve sağlık evleri nedeniyle köylerdeki sağlık hizmetlerinin zayıfladığı, çevre sorunlarıyla mücadele ve filyasyon çalışmaları başta olmak üzere toplumsal bakış açısından uzaklaşıldığı ve aile hekimliği sisteminin tüm sorunlarının ve eksikliklerinin TSM'lere yüklenmeye çalışıldığı acı bir gerçektir (**Halk Sağlığı Uzmanları Derneği**).

Not: Bu makalenin hazırlanmasında, editörlüğünü Prof. Dr. Kayıhan Pala'nın yaptığı "Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi" kitabının "Çevre Sağlığı Bölümü" için aynı yazarlar tarafından yazılan metinden yararlanılmıştır.

Kaynaklar

- Fişek N.** (1985) *Halk Sağlığına Giriş*, s 5, Çağ Matbaası, Ankara.
- Güler Ç.** (2012a) *Çevre Sağlığı (Çevre ve ekoloji bağlantıları-yla)*, Cilt 1. Bölüm 1.S 1-13, Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2012.
- Güler Ç, Akın L.** (2012b) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Eds: Güler Ç, Akın L. Cilt II Bölüm 10, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara, 2012*

Güler Ç. (2012c) *Çevre Sağlığı (Çevre ve ekoloji bağlantıları-yla)*, Cilt 1. Bölüm 4.s 39-51, Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2012.

Güler Ç. (2005) *Halk Sağlığı ve Çevre Sağlığı Uygulamalarında Sektörlerarası İşbirliği Açısından Güçlükler*, III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Bildiri Kitabı, 5-6 Mayıs 2005, Manisa.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. *Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Hakkında Görüş*, HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma grubu. 13. Şubat 2015. www.hasuder.org, Erişim: 14.02.2015

Last JM. (1991) *Obligations of epidemiologists to research subjects*, *J.Clin. Epidemiol*, 44 (Suppl5) 95S-101S, 1991.

Last, JM. (1992) *Ethics and Public Health Policy*, in M. Last, Robert, B. Wallace (eds), *Maxcy Rosenau-Last, Public Health and Medicine*, Prentice Hall International Inc., 1187- 1196, NewYork, 1992.

Last J. (1989) *M. Epidemiology: questions of science, ethics, morality and law* *Am.J. Epidemiol*, 130,1073, 1989.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.

http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/24_01_2011_14_52_16.pdf erişim tarihi:23.02.2015.

Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılması Hakkındaki Yönerge <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonergerge.pdf> erişim tarihi:23.02.2015

Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm> erişim tarihi:23.02.2015