



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

**Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve
Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları**

EDİTÖRLER

Dr. Yasin ERKOÇ

Sağlık Bakanlığı
Müsteşar Yardımcısı

Dr. Nazan YARDIM

Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik
Durumlar Daire Başkanı

Ankara 2011

© Bu yayının tüm hakları

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz.

Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, yayın no ve tarihi" şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978-975-590-340-8

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 809

Ayrıntılı Bilgi İçin:

T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşa Caddesi No: 3, Sıhhiye 06430, Ankara, Türkiye

Tel: 0 312 585 10 00 (50 Hat);

e-posta: saglik@saglik.gov.tr, kronikdb@saglik.gov.tr

web:www.saglik.gov.tr

Anıl Matbaası, Özveren Sok. No:13/A Kızılay/ANKARA

Tel:(312)2293741/42 Belgeç:(312)2293742

web:www.anilmatbaasi.com

KATKI VEREN KİŞİLER VE KURUMLAR
(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Harun	ARSLAN	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, AR-GE Dairesi Başkanlığı Şube Müdürü
Berrak	BAŞARA	RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
Gültekin	BAYRAKTAR	Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hastane Hizmetleri Daire Başkanı
Elif	BOR EKMEKÇİ	Sağlık Bakanlığı, AB Koordinasyon Daire Başkanı
Nejla	CAN GÜLER	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, AR-GE Dairesi Başkanlığı, AB Uzmanı
Biriz	ÇAKIR	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı
Nevin	ÇOBANOĞLU	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi
Abdurrahman	ÇOHAZ	Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanı
Yasin	ERKOÇ	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Levent	GÖÇMEN	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, Şube Müdürü
Ertuğrul	GÖKTAŞ	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi Şube Müdürü
Ünal	HÜLÜR	Sağlık Bakanlığı, İdari ve Mali İşler Daire Başkanı
Hasan	IRMAK	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Hüseyin	İLTER	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Tütün Alkol ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Dairesi Başkanı

Akfer	KAHİLOĞULLARI	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Ruh Sağlığı Dairesi Başkanı
M. Nezir	KAHRAMAN	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanı
Kağan	KARAKAYA	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı
Cengiz	KESİCİ	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı
Orhan	KOÇ	Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Erol	KOÇ	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü AR-GE Dairesi Daire Başkanı
Emine	KURTLUK	Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı
Emire	OLCAYTO	Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Daire Başkanlığı
Nejat	ÖZGÜL	Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Daire Başkanlığı
Halil	POLAT	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Dairesi Şube Müdürü
Gülay	SARIOĞLU	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi
Meltem	SOYLU	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi
Murat	TUNCER	Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Daire Başkanı
Nefise Burcu	ÜNAL	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü
Nazan	YARDIM	Sağlık Bakanlığı, TSHGM, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Kağan KARAKAYA	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Şefik KUTLU	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Hakime ZAL	S.B. TSHGM, Şube Müdürü

ÇEVİRİ

Özlem BÜYÜKYUMAK	S.B. Proje Yönetimi Destek Birimi
Sadullah DEDE	S.B. Proje Yönetimi Destek Birimi
Başak TELLİ	S.B. Proje Yönetimi Destek Birimi
Ferište ZARALI	S.B. Proje Yönetimi Destek Birimi

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER DİZİNİ	9
TABLolar DİZİNİ	9
KISALTMALAR.....	11
ÖNSÖZ	13
1. GİRİŞ	15
2. DÜNYADA BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELE POLİTİKALARI.....	17
DSÖ Avrupa Bölgesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar: Kamu Politikası Yanıtlarının Yaygınlaştırılması	33
3. TÜRKİYE’DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELE POLİTİKALARI.....	41
3.1. Ülke Profili.....	41
3.2. Sosyo-ekonomik Gelişim	42
3.3. Sağlık Durumu.....	44
3.4. Sağlık Sisteminin Genel Özellikleri.....	46
4. TÜRKİYE’ DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELEDE POLİTİKA GELİŞTİRME YAKLAŞIMLARI	50
4.1. Sağlık Politikaları.....	50
4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 ve Sağlık Bakanlığı (2010-2014) Eylem Planı	51
4.3. Spesifik Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin Politikalar.....	59
4.3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları	60
4.3.2. Diyabet	62
4.3.3. Kronik Hava Yolu Hastalıkları (KOAH-Astım).....	65
4.3.4. Ruh Sağlığı.....	68
4.3.5. Kanserler.....	73
4.3.6. Tütün	83
4.3.7. Beslenme	88

4.4. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion) Stratejileri	95
4.5. Yerleşim Yerleri.....	96
4.6. Spesifik Gruplara Yönelik Politikalar-Yaşlı Sağlığı	110
4.7. Sağlık Bileşeni ile Sektörlerarası Politikalar.....	117
4.8. Avrupa Birliği İle Müzakere Süreci.....	119
5. KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ İLE MÜCADELE POLİTİKALARI İÇİN ALTYAPI VE KAYNAKLAR	120
5.1. Alt Yapı ve İnsan Kaynakları	120
5.2. Mali Kaynaklar	121
5.3. Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	121
5.4. Araştırma ve Geliştirme	124
5.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Yaygınlaştırılması	130
6. HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE KOLAYLIKLAR VEYA ENGELLER	132
7. TÜRKİYE DENEYİMİNDEN ÖĞRENİLENLER.....	136
7.1. Politik Çevre	136
7.2. Farkındalık Oluşturmaktan Politik Eyleme	137
7.3. Sürdürülebilir Politika Uygulamaları İzleme ve Revizyon.....	137
7.4. Kilit Sonuçlar	137
8. KAYNAKLAR	139

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Nedene Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Küresel Ölümler, Tüm Yaşlar, 2005	18
Şekil 2. Temel Nedenlere ve Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Ölümler, Tüm Yaşlar, 2005	19
Şekil 3. Seçilmiş Ülkelerde Kalp Hastalığı, İnme ve Diyabet Sebebiyle Feragat Edilen Ulusal Gelir Durumu, Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş, 2005-2015	20
Şekil 4. Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Projeksiyon İle Kronik Hastalık Ölümlerinin Küresel Dağılımı, Tüm Yaşlar, 2005	22
Şekil 5. Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Spesifik Nedene Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Ölüm Hızları, Tüm Yaşlar, 2005	23
Şekil 6. Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Kronik Hastalık Ölüm Hızları, 30-69 Yaş, 2005	24
Şekil 7. Cinsiyete Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Küresel Koroner Hastalık Ölümleri, Tüm Yaşlar, 2005	25
Şekil 8. Kalp Hastalığından Ölüm Hızları 30 ve Üzeri Yaş Erkekler, 1950-2002	28
Şekil 9. Kronik Hastalıkları Etkileyen Nedenler ve Sağlık Çıktıları	31
Şekil 10. Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi İçin Çerçeve	32
Şekil 11. Kişi Başına Düşen Milli Gelirdeki Değişimler 1968-2009	43
Şekil 12. Türk Sağlık Sisteminde Mali Akış Şeması	49
Şekil 13. Kronik Hava Yolu Hastalıkları Kontrol Programı Örgütlenmesi	67

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı Tarafından Yürütülen Projeler ve Oluşturulan Standartlar	123
Tablo 2: Bilgi ve İletişim Teknolojilerine İlişkin Temel Göstergeler	131

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
RSHMB	Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
TSHGM	Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
BOH	Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıklar
DSÖ	D¼nya Sağlık Örg¼t¼
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
URK	Uluslararası Resmi Kuruluşlar
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SH	Stratejik Hedef
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TAPDK	Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TNSA	T¼rkiye N¼fus Sağlık Araştırması
TÜİK	T¼rkiye İstatistik Kurumu
TÜBİTAK	T¼rkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örg¼t¼
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
BTK	Bilişim Teknolojileri Koordinatörl¼đ¼
SDÖ	Sağlıkta Dönüşüm Programı

ÖNSÖZ

Gerek demografik yapımızdaki değişiklikler, gerekse değişmekte olan sosyoekonomik yapıma paralel olarak ülkemizde sağlık gündemi, bulaşıcı ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarına doğru değişmektedir. Her zaman öncelik verdiğimiz temel sağlık hizmetleri göstergelerinden olan anne ve bebek ölümlerinde Milenyum Kalkınma Hedeflerini yakalama yolunda kaydetmiş bulduğumuz başarılı çalışmalarımızın yanı sıra Bakanlığımız bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarından kaynaklanan hastalık yükünü kontrol altına alma amaçlı çalışmalara da hız vermiş bulunmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne yönelik çalışmaları yürütmek üzere yeni bir yapılanma Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturularak Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler, Ruh Sağlığı ve Çevre Sağlığı Daire Başkanlıkları yanında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlıkları oluşturulmuştur. Önde gelen bir bulaşıcı olmayan hastalık olan kansere karşı ise Kanserle Savaş Daire Başkanlığı müstakil olarak hizmet vermektedir.

Değişen yaşam tarzları paralelinde sıklıkları artmakta olan risk faktörleri sebebiyle bulaşıcı olmayan hastalığı olan nüfusumuzun önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir. Aynı zamanda bu hastalıkların ve komplikasyonlarının tanısı, tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonuna dair maliyetlerin de artacağı düşünülmektedir. Toplumumuzda sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik davranış değişiklikleri oluşmasını sağlayarak hastalıklardan korunmak ve maliyet-etkili, verimli ve kanıta dayalı bir hizmet yaklaşımı ile erken tanı, etkili tedavi ve izlem sağlanması bu hastalıkların yönetiminde önemli yer tutmaktadır.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Risk Faktörleri; Birincil İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) ve Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) paralelinde geliştirilen faaliyetler hastalık ve risk faktörlerinin kontrolünde önemli rol oynayacaktır.

Bakanlığımız, stratejik plan ve eylem planlarını ve mücadele yaklaşımlarının Dünya Sağlık Örgütü strateji ve eylem planlarına paralel ve günümüzün mücadele tekniklerine uyumlu olmasına özel önem vermektedir. Bu bağlamda, ilgili strateji ve eylem planlarının kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör dâhil tüm paydaşların katkıları ile oluşturulması yaklaşımı benimsenmiş olup planların yürütülmesi ve izleme-değerlendirmesinin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin hayata geçirilmesi için çalışılmaktadır.

Bu kitapta ülkemizde yapılan bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele çalışmaları paylaşılarak politika geliştirme çalışmalarına katkı sağlanması amaçlanmıştır. Kitabın hazırlanmasında DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından hazırlanan ve Arnavutluk, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, Kırgızistan ve Litvanya'nın yer aldığı çalışma örnek alınmıştır.

Bu kitapta çeviri için sağladıkları destekten dolayı Proje Yönetim Destek Birimi Direktörüne ve herkes için hakkaniyete uygun, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanması ilkesi paralelinde geliştirilen sağlık politikamıza değerli katkı sağlayacağına inandığım bu çalışmada emeği geçenlere teşekkür ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

1. GİRİŞ

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış içinde olması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara doğru kaymasına yol açmıştır.

Yapılan çalışmalar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıkların günden güne arttığı konusunda alarm vermektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere) küresel ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. Bu da dünyadaki 58,7 milyon ölümün 35 milyonuna denk gelmekte ve bunların büyük kısmı (28,1 milyon) orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Yalnızca gelişmekte olan ülkelerde her yıl bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak gerçekleşen 60 yaş altında görülen sekiz milyon erken ölüm "önlenebilir" ölümlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin 2006-2015 yılları arasında %17 oranında artacağını bildirmekte ve bu artışın Afrika Bölgesi'nde %24, Orta Doğu Bölgesi'nde ise %23 ile en fazla olacağını tahmin etmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde daha ağır bir yük oluşturmakta

ve sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde bulaşıcı olmayan hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve oluşturdukları üretim kaybı meydana getirdikleri doğrudan sağlık maliyetinden dört kat daha yüksek olmaktadır.

Günümüzde önlenebilir bulaşıcı olmayan hastalıklardan erken ölümlerin engellenmesi için tütün ve sigara kullanımının, sağlıksız beslenmenin, fiziksel hareketsizliğin ve alkol kullanımının önlenmesine yönelik kanıtlanmış çözümler mevcuttur. Ayrıca halkın sağlık ihtiyaçlarına daha etkili cevap verebilmek için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi yaklaşımı da bu yönde önemli rol oynamaktadır. Bu amaçla; DSÖ Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planını hazırlamış ve altı ana hedef belirlemiştir. Bu hedefler:

- I. Küresel ve ulusal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede önceliğin artırılması,
- II. Ulusal düzeyde politika ve planların oluşturulması ve güçlendirilmesi,
- III. Temel ortak risk faktörlerine (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı) yönelik müdahalelerin geliştirilmesi,
- IV. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde araştırmaların teşviki,
- V. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde işbirliğinin teşviki,

VI. Tüm düzeylerde (ulusal, bölgesel, küresel) izleme ve değerlendirme.

DSÖ “Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı”nın uygulama sürecinde gerek görülen çok sektörlü benimsenme ve çok sektörlü faaliyetleri güçlendirme gayesi ile Temmuz 2010’da oluşturulan Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ağı (NCDnet) faaliyetlerine başlamış, 24 Şubat 2010 tarihinde Cenevre’de ilk Küresel Forum Toplantısını gerçekleştirmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı 24 Şubat 2010 tarihinde gerçekleştirilen “Birinci NCDnet Küresel Forumu”na katılım sağlamıştır.

Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklara ilişkin Binyılın Kalkınma Hedefleri içinde herhangi bir hedef yer almamaktadır. Ancak gerek demografik geçiş ve gerekse bu hastalık grubunun dünyada oluşturduğu hastalık yükü nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmaya ilişkin hedeflerin Binyıl Kalkınma Hedeflerine eklenmesinin ve bu yönde Avrupa Birliği ile DSÖ’nün dayanışmasının

gerekliliği bildirilmekte ve üye devletlere bu konuda çağrıda bulunmaktadır. Özellikle tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, aşırı alkol tüketimi gibi kronik hastalıklara yol açan risk faktörleri ve kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkların oluşturduğu sosyoekonomik yükün etkisi ile mücadelede sadece sağlık hizmetlerinin değil, atılacak kararlı politik adımların öneminden bahsedilmektedir. Bu amaçla; kalp hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolları hastalıklarının insan sağlığı ve ülke ekonomileri açısından yarattığı tehlikelere dikkat çekmek amacıyla Birleşmiş Milletler 64. Genel Kurulu’nun “Binyıl Zirvesi’nin Sonuçlarının İzlenmesi”ne ilişkin gündem maddesi çerçevesinde “Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü” başlıklı karar tasarısı yayınlanmış, Avrupa Birliği Delegasyonu tarafından da kabul edilmiştir. Eylül 2011’deki Birleşmiş Milletler 66. Genel Kurulunda bu konuda yüksek düzeyli bir etkinlik düzenlenmesi planlanmıştır.

2. DÜNYADA BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELER POLİTİKALARI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında hazırlanan Kronik Hastalıkların Önlenmesi: Hayati Bir Yatırım (Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment) isimli raporda yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına neden olduğu, yaşam süresinin uzamasının istenen bir şey olmakla birlikte, aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar) artışa sebep olduğu belirtilmektedir. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranında artış, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymasına yol açtığından hareketle aşağıdaki tespitlere yer verilmektedir:

Düşük ve orta gelirli çoğu ülkede kronik hastalıkların etkisinde artış görülmektedir. Kronik hastalıkların artan öneminin anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi hayati bir önem taşımaktadır. Bunun için, kronik hastalıkların önlenmesinin ve kontrolünün güçlendirilmesinde rol oynayan ulusal liderler ile uluslararası halk sağlığı camiası tarafından belirlenecek yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.

Sorun:

- Kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümlerinin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir ve erkeklerle kadınlarda eşit sayıdadır.
- Tehdit büyümektedir. Acı çeken, üzülen insan, aile ve topluluk sayısı artmaktadır.
- Büyümekte olan bu tehdit, yoksulluğun sebeplerinden biri olmasına rağmen bu anlamda yoksulluğun sebebi gibi pek algılanmamakta ve çoğu ülkenin ekonomik büyümesini engellemektedir.

Çözüm:

- Kronik hastalıklar tehdidinin üstesinden var olan bilgi kullanılarak gelinebilir.
- Çözümler etkindir ve yüksek oranda maliyet-etkilidir.
- Başarıya ulaşılmasında ulusal düzeyde hükümet tarafından yürütülen kapsamlı ve entegre eylem önemli bir araçtır.

Hedef:

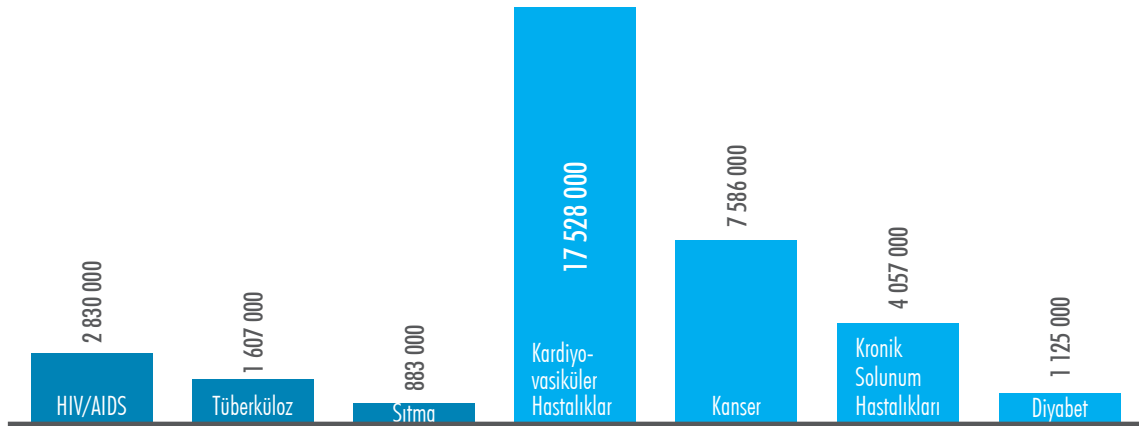
- Kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde gelecek 10 yıl için dünya çapında yıllık %2'lik ek bir düşüş sağlanması,
- Bu, 2015 yılı itibarı ile 36 milyon erken ölümün meydana gelmesini önleyecektir.
- Bu hedefe ulaşmaya yarayacak bilimsel bilgi zaten mevcuttur.

Kronik Hastalıklar Hemen Bütün Ülkelerde Ölümün En Temel Sebepleridir

Kronik hastalıklar; kalp hastalıkları, inme, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabeti kapsamaktadır. Görme yetersizliği ve körlük, işitme yetersizliği ve sağırılık, oral hastalıklar ve genetik hastalıklar küresel hastalık yükünün büyük bir kısmını oluşturan diğer kronik durumlardır.

2005* yılında tüm nedenlerden meydana gelen, projeksiyon ile tahmin edilen toplam 58 milyon ölümden, 35 milyonunun kronik hastalıklardan meydana geldiği hesaplanmış olup bu rakam tüm enfeksiyon hastalıkları (HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma dahil), maternal ve perinatal durumlar ve beslenme yetersizliklerinden meydana gelen ölümlerin sayısının toplamının iki katıdır. (*Veriler DSÖ tarafından ülke karşılaştırmaları yapılabilmesini maksimize etmek amacıyla kullanılan standart yöntemler aracılığı ile tahmin edilmiştir. Bunlar üye ülkelerin resmi istatistikleri değildir.)

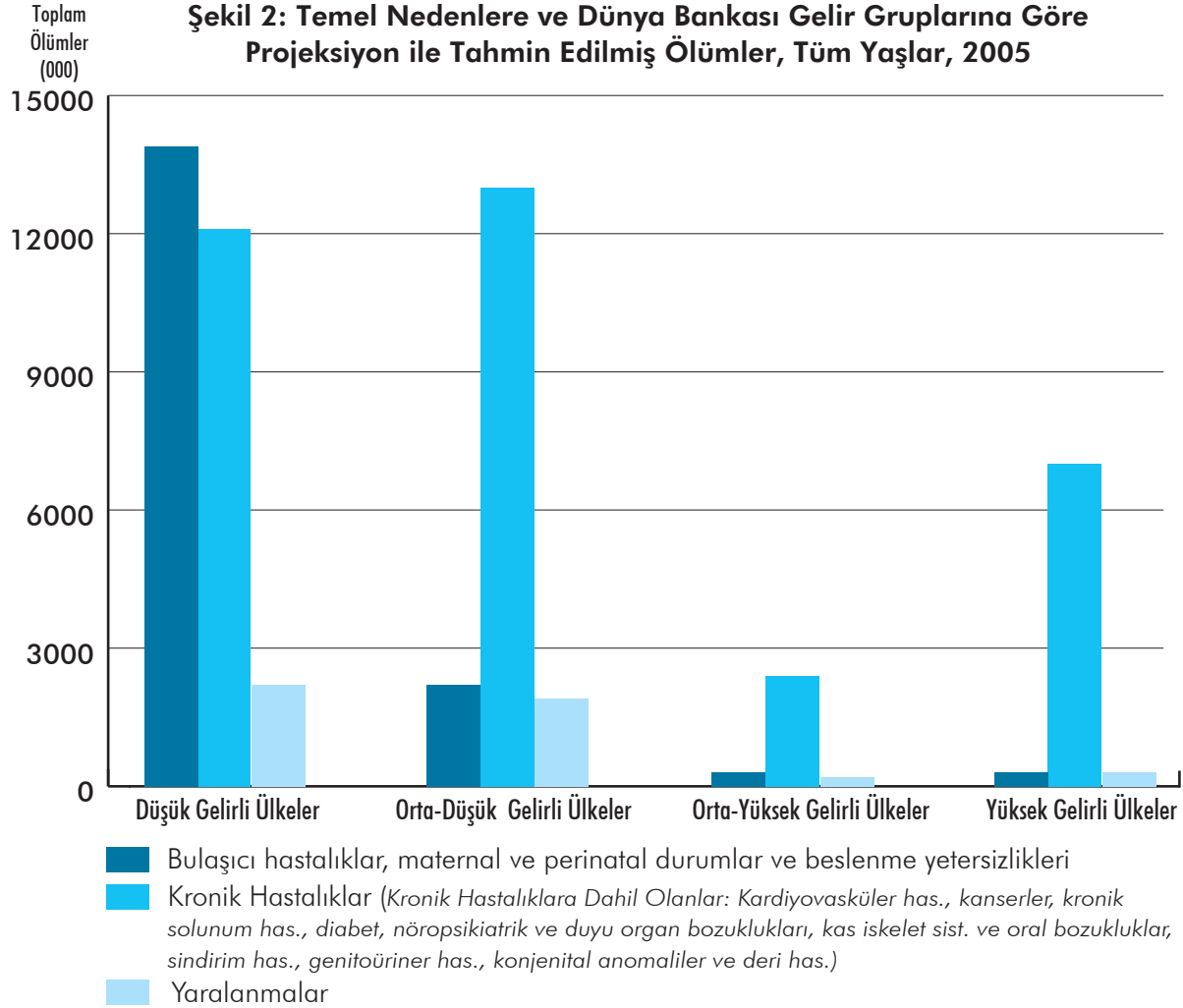
Şekil 1 : Nedene Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Küresel Ölümler, Tüm Yaşlar, 2005



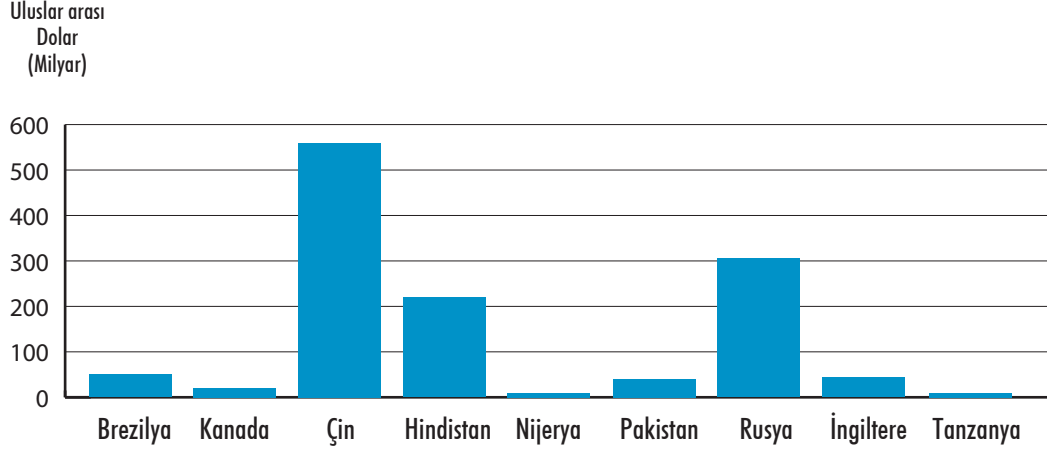
Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklardan meydana gelmektedir.

En Yoksul Ülkeler En Çok Etkilenenlerdir

Kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin sadece %20'si yüksek gelirli ülkelerde ortaya çıkarken %80'i dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır. DSÖ'nün kronik hastalıkların önlenmesi konusunda hazırladığı 2005 raporuna göre Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti gibi en az gelişmiş ülkeler bile büyüme probleminden etkilenmektedir.



Şekil 3. Seçilmiş Ülkelerde Kalp Hastalığı, İnme ve Diyabet Sebebiyle Feragat Edilen Ulusal Gelir Durumu, Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş, 2005-2015



Sorunun çok ciddi bir etkisi vardır:

Kronik hastalıkların hastalık yükü;

- Etkilenen bireylerin hayat kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkileri vardır.
- Erken ölüme sebep olur.
- Aileler, topluluklar ve genel olarak toplum için büyük olumsuz etkiler oluşturur ve ekonomi üzerindeki bu olumsuz etkiler pek algılanmaz, hesaba katılmaz.

Kalp hastalığı, inme ve diyabet nedeniyle meydana gelen erken ölümlerin sonucunda Çin'in gelecek 10 yıl için ulusal gelirinden feragat edeceği tahmin edilen miktar 558 milyar ABD\$'dir.

Risk Faktörleri Çok Yaygındır

Sık görülen ve önlenebilen risk faktörleri temel kronik hastalıkların altında yatan nedenlerdir. Dünyanın her yerindeki erkek ve kadınlarda tüm yaşlarda meydana gelen kronik hastalık ölümlerinin çoğu bu risk faktörleri ile açıklanabilmektedir. Bu risk faktörleri şunları içermektedir;

- Sağlıksız beslenme
- Yetersiz fiziksel aktivite
- Tütün kullanımı

Her yıl en az;

- 4.9 milyon kişi tütün kullanımına bağlı olarak ölmektedir.
- 2.6 milyon kişi aşırı kilolu ya da obeziteye bağlı olarak ölmektedir.
- 4.4 milyon kişi yüksek total kolesterol seviyesine bağlı olarak ölmektedir.
- 7.1 milyon kişi yüksek kan basıncına bağlı olarak ölmektedir.

Tehdit Büyümektedir

Enfeksiyöz hastalıklar, maternal ve perinatal durumlar ve beslenme yetersizliklerine bağlı ölümlerin gelecek 10 yıl içerisinde %3 azalacağı tahmin edilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin ise aynı dönemde %17 artacağı tahmin edilmektedir.

Bunun anlamı, eğer acilen eyleme geçilmezse 2015 yılında ölecek 64 milyon kişinin 41 milyonunun kronik hastalıklardan ölecek olmasıdır.

Küresel Yanıt Yetersizdir

Tütün kullanımına bağlı ölümleri ve hastalıkları dünya çapında azaltmak için hazırlanan ilk yasal enstrüman olan DSÖ Tütün Kontrolü Konvansiyonu Taslak Çerçevesi gibi küresel başarılar sağlanmış olmasına rağmen, kronik hastalıklar uluslararası sağlık ve gelişim uğraşlarında genellikle ihmal edilmiştir.

Dünyanın tüm bölgelerinde yetişkin hastalık ve ölümlerinin en temel sebebi olan kronik hastalıklar, her ne kadar DSÖ'nün sağlık ve kabul edilen Milenyum Gelişim Hedefleri (MGH) üzerine yaptığı son yayımlardan birisinde Hedef 6 (HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla savaş) dahilinde kapsanmakta ise de MGH'ye dahil edilmemiştir. Kronik hastalıkların önlenmesini de içeren geniş anlamda sağlık yoksulluğun giderilmesine ve Hedef 1 (Aşırı yoksulluk ve açlığın erdike edilmesi)'e katkıda bulunur. Bazı ülkeler kronik hastalıklar ve/veya risk faktörlerini dahil etmek için MGH'ni ve göstergelerini kendi ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde şimdiden adapte etmişlerdir.

DSÖ'nün raporu göstermektedir ki kronik hastalıklar ekonomik büyümeyi engellemekte ve ülkelerin gelişme potansiyelini azaltmaktadır ve bu durum özellikle Çin ve Hindistan gibi hızlı büyüme gösteren ülkelerde yaşanmaktadır. Bununla birlikte, şu da önemlidir ki kronik hastalıkların önlenmesi, kronik hastalık riskleri ve ölümlerinde şimdiden artış yaşanmaya başlanmış olan Birleşik Tazanya Cumhuriyeti gibi en az gelişmiş ülkelerde bile, uluslararası sağlık ve gelişim uğraşları kapsamında adres gösterilmektedir.



1.000.000.000 kişi aşırı kiloludur.



388.000.000 kişi gelecek 10 yıl içinde kronik hastalıklardan ölecektir.

KRONİK HASTALIKLAR İLE İLGİLİ GERÇEKLER HAKKINDA 10 YAYGIN YANLIŞ ANLAMA

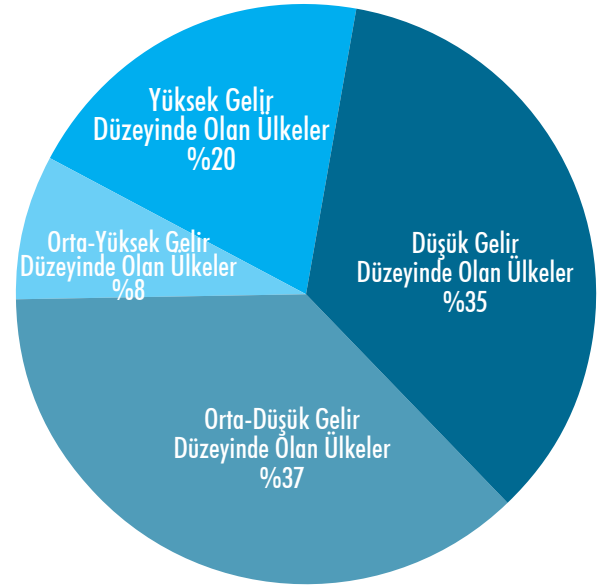
Bazı yanlış anlamalar kronik hastalıkların ihmal edilmesine katkıda bulunmuştur. Kronik hastalıkların uzak bir tehdit olduğu ve bazı enfeksiyöz hastalıklardan daha az önemli ve ciddi olduğu düşüncesi en güçlü kanıtlar ortaya konularak bertaraf edilebilir. En yaygın 10 yanlış anlama aşağıda sıralanmaktadır:

YANLIŞ ANLAMA 10

Kronik Hastalıklar Esas Olarak Yüksek Gelirli Ülkeleri Etkiler

Her ne kadar ortak görüş kronik hastalıkların esas olarak yüksek gelirli ülkeleri etkilemekte olduğu ise de gerçek şudur ki, kronik hastalık ölümlerinin beşte dördü düşük ve orta gelir düzeyinde olan ülkelerde meydana gelmektedir.

Şekil 4. Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Projeksiyon ile Kronik Hastalık Ölümünün Küresel Dağılımı, Tüm Yaşlar, 2005

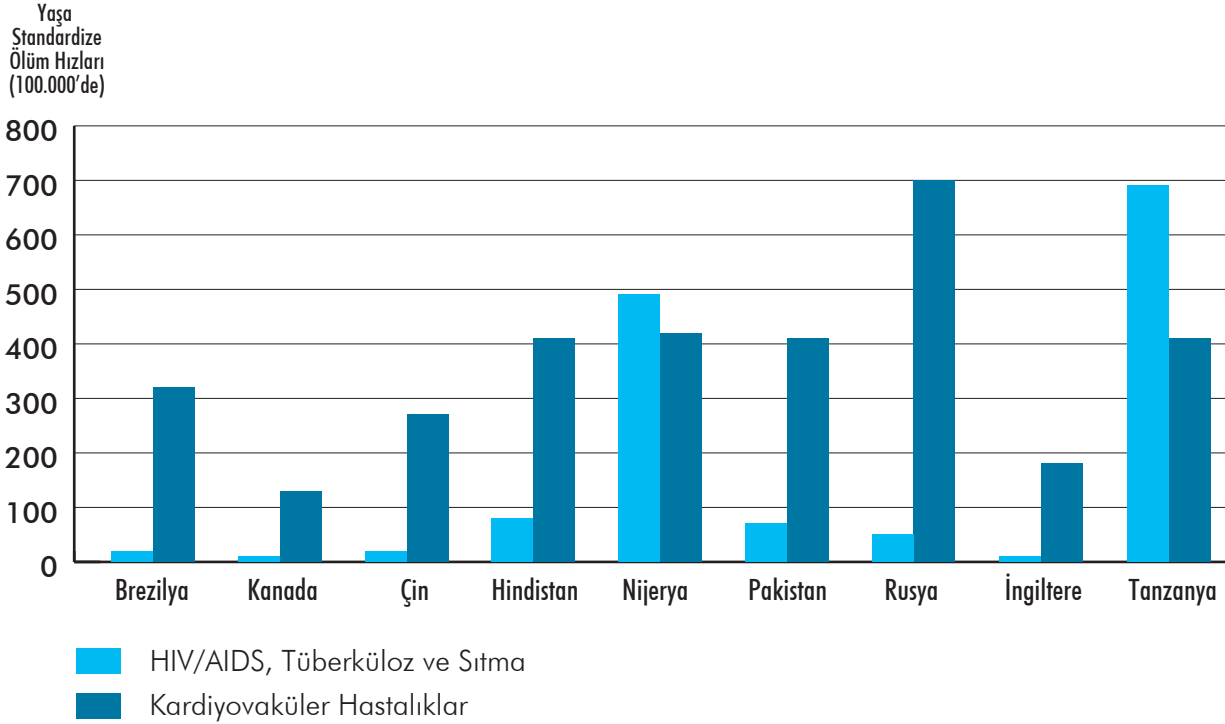


YANLIŞ ANLAMA 9

Orta ve Düşük Gelirli Ülkelerin Kronik Hastalıklardan Önce Enfeksiyöz Hastalıkları Önlemesi Gereklidir

Birçok insan düşük ve orta gelirli ülkelerin kronik hastalıklardan önce enfeksiyöz hastalıkları önlemesi gerektiğini düşünmektedir. Gerçek şudur ki, düşük ve orta gelirli ülkeler hem eski hem de yeni halk sağlığı tehditlerinin ortasında yer almaktadır. Bu ülkelerde enfeksiyöz hastalıkların yarattığı problemlerle uğraşılırken özellikle kentsel alanda olmak üzere, kronik hastalık risk faktörleri ve ölümlerinde çoğu zaman bir artış yaşanmaktadır. Bu risk düzeyleri, bu ülkelerdeki hastalık yükünün ciddi boyutlarda olduğunu habercisidir.

Şekil 5. Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Spesifik Nedene Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Ölüm Hızları, Tüm Yaşlar, 2005



YANLIŞ ANLAMA 8

Kronik Hastalıklar Esasen Zengin İnsanları Etkiler

Bir çok insan kronik hastalıkların esasen zengin insanları etkilediğini düşünmektedir. Gerçek şudur ki, en az gelişmiş olan ülkelerde daha fazla olmak üzere tüm dünyada yoksul insanlar kronik hastalıklara yakalanmaya ve sonucunda ölmeye varlıklı insanlara oranla daha fazla adaydırlar. Dahası, kronik hastalıklar oldukça fazla finansal yüke sebep olur ve bireyleri ve hane halklarını yoksulluğun içine itebilirler.

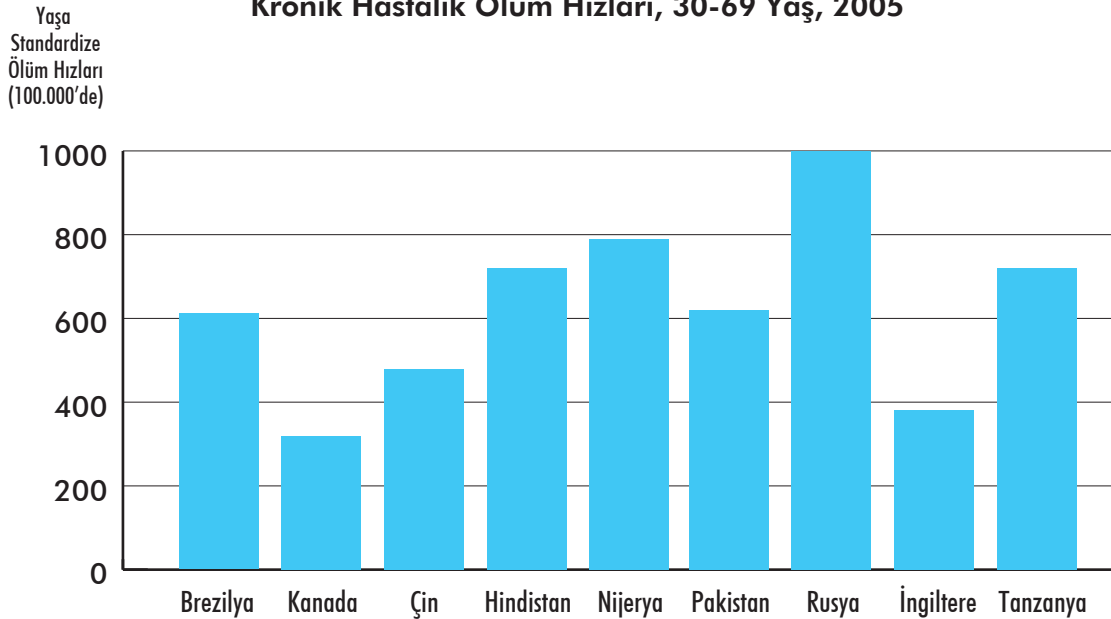
YANLIŞ ANLAMA 7

Kronik Hastalıklar Esasen Yaşlı İnsanları Etkiler

Çoğu kez kronik hastalıkların ilk önce yaşlı insanları etkilediği düşünülmektedir. Şu an bilmekteyiz ki, kronik hastalık ölümlerinin neredeyse yarısı 70 yaş altındaki insanlarda erken ölüm şeklinde meydana gelmektedir. Tüm kronik hastalık ölümlerinin dörtte biri 60 yaş altı insanlarda meydana gelmektedir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde orta yaşlı yetişkinler, kronik hastalıklara özellikle açıktırlar. Bu ülkelerdeki insanlar genç yaşlarda hastalığa yakalanma, çoğu

Şekil 6. Seçilmiş Bazı Ülkeler İçin Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Kronik Hastalık Ölüm Hızları, 30-69 Yaş, 2005



kez önlenebilir komplikasyonlarla olmak üzere daha uzun süre hastalıktan muzdarip olma ve yüksek gelirli ülkelerdeki insanlardan daha erken ölme eğilimindedirler.

Çocukluk çağı, aşırı kilolu olma durumu ve obezitesi yükselmekte olan bir küresel problemdir. 22 milyon civarında 5 yaş altı çocuk aşırı kiloludur. İngiltere’de iki ile on yaş arası çocuklardaki aşırı kilolu olma prevalansı 1995 ile 2003 yılları arasında %23’den %28’e yükselmiştir. Çin’in kentsel alanlarında iki ile altı yaş arası çocuklardaki aşırı kilolu olma ve obezite 1989’dan 1997’ye

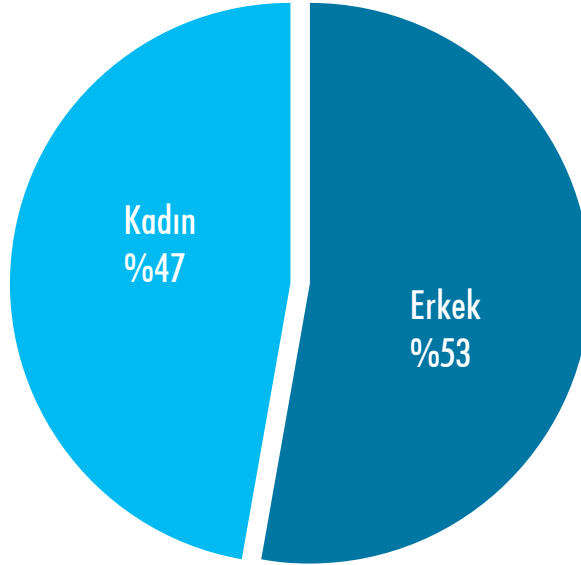
kadar oldukça artmıştır. Çocuk ve adölesanlardaki tip 2 diyabet bildirimleri dünyada daha önce hiç duyulmamış bir şekilde artmaya başlamıştır.

YANLIŞ ANLAMA 6

Kronik Hastalıklar İlk Önce Erkekleri Etkiler

Çoğu kez bazı kronik hastalığın, özellikle kalp hastalıklarının, ilk önce erkekleri etkilediği düşünülmektedir. Gerçek şudur ki kalp hastalıkları da dahil olmak üzere kronik hastalıklar kadın ve erkekleri neredeyse eşit etkilemektedir.

Şekil 7.Cinsiyete Göre Projeksiyon İle Tahmin Edilmiş Küresel Koroner Hastalık Ölümleri, Tüm Yaşlar, 2005



YANLIŞ ANLAMA 5

Kronik Hastalıklar Sağlıksız Yaşam Tarzı Sonucunda Oluşur

Birçok insan, eğer bir kimse sağlıksız yaşam tarzı sonucunda kronik hastalığa yakalanırsa tek suçlunun o kimsenin kendisi olduğuna inanmaktadır. Gerçek şudur ki, bireysel sorumluluğun tam etkisini gösterebilmesi, ancak bireylerin sağlıklı yaşama eşit ulaşım olanaklarına sahip olması ve bireylerin sağlıklı seçimler yapılması yönünde desteklenmesi ile mümkündür. Hükümetler, halkın sağlığını ve iyi olma durumunu geliştirmede, tehlikelere açık gruplara özel koruma sağlamada önemli bir role sahiptirler.

Bu durum, içinde yaşadıkları çevreyi ve beslenme şeklini seçememeleri, pasif olarak tütün dumanına maruz kalmaları nedeni ile özellikle çocuklar için geçerlidir. Çocuklar aynı zamanda davranışlarının uzun dönemdeki sonuçlarını anlamakta sınırlı bir kapasiteye sahiptirler.

Yoksul insanlar da yedikleri besinler, yaşadıkları fiziksel koşullar ve sağlık ile eğitim hizmetlerine ulaşım anlamında sınırlı seçeneklere sahiptirler. Özellikle maddi imkanı bulunmayanlar başta olmak üzere sağlıklı seçimlerin desteklenmesi riskleri ve sosyal eşitsizlikleri azaltmaktadır.

YANLIŞ ANLAMA 4

Kronik Hastalıklar Önlenemez

Bazı insanlar her nasılsa karamsar bir tutum takınarak yapılacak hiç bir şey olmadığına inanırlar. Gerçek şudur ki, kronik hastalıkların temel nedenleri bilinmektedir ve bu risk faktörleri ortadan kaldırılabilirse en azından tüm kalp hastalıkları, inme ve tip 2 diyabetin %80'i ile kanserlerin %40'dan fazlası önenebilir.

YANLIŞ ANLAMA 3

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Çok Pahalıdır

Bazı insanlar kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün düşük ve orta gelirli ülkeler için fizibilite açısından çok pahalı olduğuna inanmaktadırlar. Gerçek şudur ki, Afrika'nın Aşağı Sahra Bölgesi de dahil olmak üzere dünyanın tüm bölgelerinde bütün kronik hastalık müdahalesi türleri maliyet maliyet etkilidir. Bu çözümlerin çoğunun uygulanması da da pahalı değildir. Örneğin kalp hastalığı olan bir kişide komplikasyonları önlemek için uygulanan tedavi hususunda artık öne sürülen bahanelerin tersine ayda bir dolardan biraz daha fazla olan bir meblağ ile karşılanabilmektedir.

YARI GERÇEKLER:

Diğer bir grup yanlış anlama ise gerçeğin içinden/içeriğinden çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda gerçeğin içeriği çarpıtılarak geniş ve genel kapsama olan yanlış bir ifadeye dönüşmektedir. Bunlar gerçeğe dayandığı için böylesi yarı gerçekler her an her yerde bulunan ve kalıcı olan yanlış anlamalar içinde yer alır. İki temel yarı gerçek aşağıda sıralanmaktadır:

YARI GERÇEK 2

Dedem Hem Sigara İçerdi Hem de Aşırı Kiloluydu ve 96 Yaşına Kadar Yaşadı

Her popülasyonda belirli sayıda kişi o popülasyonun çoğunluğunda görülen tipik örüntüyü göstermez. Kronik hastalıklar için iki temel tip vardır:

- Kronik hastalık risk faktörlerinden bir çoğuna sahip olan, fakat buna rağmen sağlıklı ve uzun bir hayat sürenler;
- Hiç ya da çok az kronik hastalık risk faktörüne sahip olan, fakat buna rağmen kronik hastalığa yakalanan ve/veya kronik hastalık komplikasyonlarından genç yaşta ölenler.

Böyle kişilerin varlığı yadsınamaz fakat böyle kişiler çok ender görülür. Kronik hastalıkların büyük çoğunluğunun altında sık görülen risk faktörleri yatmaktadır ve bu risk faktörleri giderildiğinde kronik hastalıklar önlenabilmektedir.

YARI GERÇEK 1

Herkes Zaten Bir Şeylerden Ölecek

Elbette herkes zaten bir şeylerden ölecektir fakat ölümün yavaş, ağrılı ya da erken olması gerekmez. Çoğu kronik hastalık ani ölümle sonlanmaz. Daha ziyade kronik hastalıklar ilerleyici ve insanları zayıflatıcı, güçten düşürücü bir seyir izler ve bu durum özellikle hastalık iyi yönetilemediği zamanlarda ortaya çıkar.

Ölüm kaçınılmaz bir durumdur fakat sağlıksız bir hayat kaçınılmaz bir durum değildir. Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü insanların uzun ve sağlıklı hayatlar sürmelerine yardım eder.

GELECEK İÇİN BİR VİZYON: ÖLÜMLERİ AZALTMAK VE YAŞAMI GELİŞTİRMEK

Kronik Hastalıklar Önlenebilir ve Kontrol Edilebilir

Küresel sağlığı tehdit eden durumlardaki hızlı değişiklikler bu değişikliklere süratle yanıt verilmesini gerektirmektedir. Yarının büyük epidemileri dünyayı eskiden etkilemiş, silip süpürmüş olan epidemilerden daha farklı gibi görünmektedirler. Yeni influenza pandemisi gibi salgınların ortaya çıkma riski sürekli uyanık olmayı gerektirirken kalp hastalığı, inme, diyabet, kanser ve diğer kronik hastalıkların “görünmeyen” epidemisi yakın gelecekte meydana gelecek ölümler ve sakatlıklar için ölüm çanlarını çalmada en büyük paya sahip olacaklardır.

Fakat bunun anlamı gelecek için umutsuz olunması değildir. Kanıtlarla iyi desteklenmiş günümüz

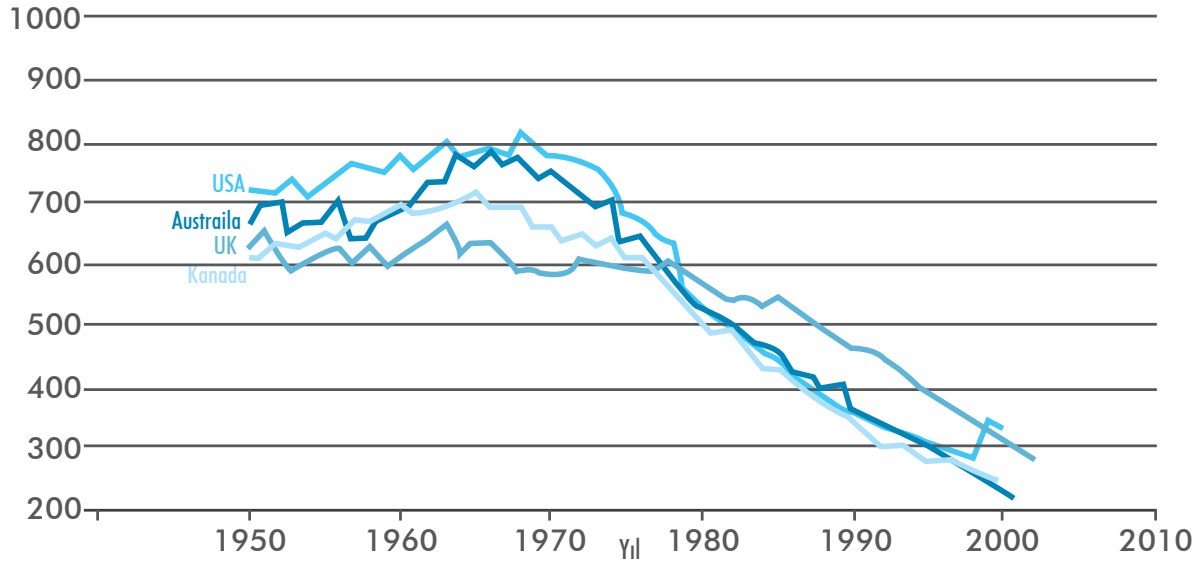
gerçeklerinden birisi de şudur ki, kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi ile milyonlarca erken ölümün ve çok büyük bir sakatlık yükünün önlenmesi şansı halihazırda mevcuttur.

Var olan bilginin uygulanması çeşitli ülkelerde orta ve yaşlı kişilerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesinde büyük ilerlemeler kaydedilmesini sağlamıştır. Örneğin, Avustralya, Kanada, İngiltere ve A.B.D.'de son otuz yıl içinde kalp hastalığı ölüm hızları %70 oranına kadar düşmüştür. Polonya gibi orta gelirli ülkeler de son yıllarda

oldukça ilerleme kaydetmiştir. Böylesi kazanımların sağlanması büyük oranda, hem tüm topluma hem de bireylere yönelik olan ve altta yatan sık görülen risk faktörleri ile özel bazı hastalıklara odaklanan kapsamlı ve entegre yaklaşımların uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Bu kazanımlar sayesinde kurtarılan yaşamların toplam sayısı çok büyüktür. DSÖ'nün tahminlerine göre 1970'den 2000 yılına kadar sadece A.B.D.'de 14 milyon kardiyovasküler hastalık ölümü önlenmiştir. İngiltere aynı dönemde 3 milyon kişiyi kurtarmıştır.

**Şekil 8. Kalp Hastalığından Ölüm Hızları
30 ve Üzeri Yaş Erkekler, 1950-2002**

Yaşa Standardize
Ölüm Hızları
(100.000'de)



Şimdiki mücadele ise diğer ülkelerin de davaya katılmalarıdır.

Kronik Hastalıkların Önlenmesi: 2015 İçin Küresel Hedef

Avustralya, Kanada, Polonya, İngiltere ve A.B.D. gibi ülkelerde sağlanan kazanımlardan cesaret alarak DSÖ'nün raporu öngörmektedir ki, önümüzdeki yıllarda böylesi kazanımlar artacaktır. Fakat gerçekçi olunursa 2015 yılında bu kazanç ne kadar olacaktır? Elde edilebilen tüm kanıtlar dikkatle incelendiğinde elde edilen veriler sağlık camiasına yeni bir küresel hedef sunmaktadır: Tüm kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin her yıl %2 oranında azaltılması ve gelecek 10 yıl süresince eğilimi azaltmak. Bu çarpıcı hedef ile pek çok kronik hastalık için zaten projeksiyonla tahmin edilmiş yaşa özel ölüm hızlarındaki düşüşe ek olarak 2015 yılı itibarıyla çoğu orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmekte olan 36 milyon kronik hastalık ölümünün önlenmesi sağlanacaktır. Bu hedefe ulaşılması ülkeler için aynı zamanda kayda değer maddi kazanç da sağlayacaktır.

Önlenen her ölüm bir kardır; fakat hedef ek bir pozitif özellik de içermektedir: önlenen ölümlerin yaklaşık yarısı 70 yaş altındaki erkek ve kadınlarda olacak ve bunların yaklaşık onda dokuzu düşük ve orta gelirli ülkelerde olacaktır. Bu yaşamların, bireylerin kendilerinin, ailelerinin ve toplumlarının yararı için uzatılması hedeflerin en kıymetlisidir.



36.000.000 hayat kurtarılabilir.

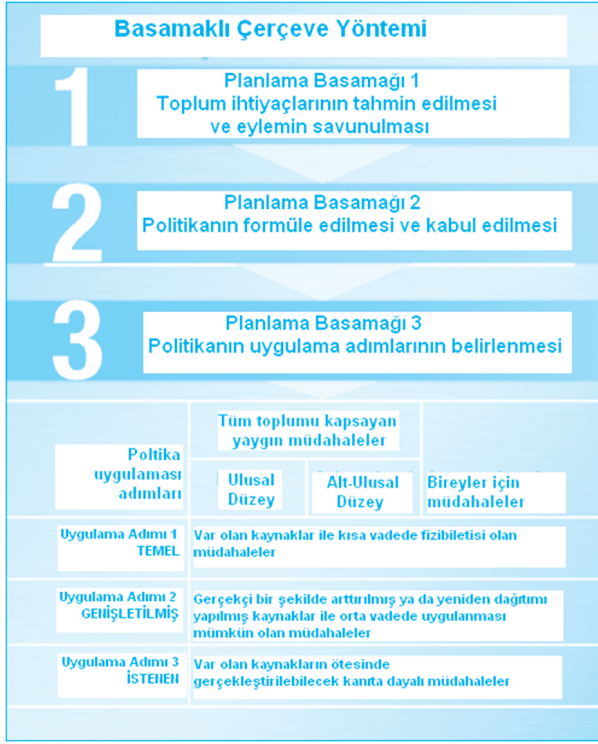
İlk Adımların Atılması

Her ülke kaynaklarının durumuna bakılmadan kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde belirgin ilerleme kaydedebilme ve bu hedefe ulaşmak için gerekli adımları atabilme potansiyeline sahiptir. Bunların gerçekleştirilebilmesi için her ne kadar kaynak ayrılması gerekmekte ise de küçük masraflarla çok büyük miktarda kazanım elde edilebilmekte ve sağlanan yararlar maliyetin çok ötesinde olmaktadır. Liderlik etmek işin temelidir ve zaten sağlık sistemleri fazlası ile masraf iken işe sadece para ayırmaktan çok daha etkilidir.

Gelişmişlik durumundaki her ülke için yapılacak önemli işler bulunmaktadır. Kronik hastalık risklerinde artış yaşamakta olan en yoksul ülkelerde riskleri azaltmak ve epidemileri başlamadan kontrol altına alacak destekleyici politikaların benimsenmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Kronik hastalık problemlerinin sabit olduğu ülkelerde sadece hastalığı önlemek için değil, aynı zamanda hastalığı ve sakatlığı yönetmek için de ek önlemler alınmalıdır.

DSÖ'nün raporunda önerilenlerin uygulanması için Basamak/Adım Adım Çerçevesi'ni detaylı olarak ele almaktadır. Bu çerçeve, kanıta dayalı müdahaleler uygularken bakanlıklara muhtelif ihtiyaçları ve öncelikleri kapsamında yardımcı olacak esnek ve pratik bir halk sağlığı yaklaşımı sunmaktadır.

Her duruma uyacak tek bir uygulama modeli olamayacağı için her ülke kendinin önceliklerine göre basamak/adım adım çerçevesini kullanması kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne büyük bir katkı sağlayabilir ve ülkelerin 2015 yılında hedefe ulaşmasına yardımcı olabilir.



Son Sözler

Bizler pek çok yönden bizden önceki kuşakların (politikacılar, iş dünyası liderleri, finanse edenler ve sıradan insanlar) yapmış olduğu seçimlerin mirasçısıyız. Gelecek kuşaklar da bizim bugün yaptığımız seçimlerden etkilenecektir.

Hepimizin bir seçeneği vardır: mevcut durumu devam ettirmek ya da mücadeleye başlayıp kronik hastalıkların önlenmesi için yatırım yapmak.

Mevcut Durum

Eylem olmazsa 388 milyon kişinin gelecek 10 yıl içinde kronik hastalıklardan ölecektir. Bu ölümlerin çoğu erken ölümler olacaktır ve aileleri, toplulukları ve toplumları etkileyecektir.

Makroekonomik etki de büyük olacaktır. Çin, Hindistan ve Rusya Federasyonu gibi ülkelerin kalp hastalıkları, inme ve diyabet nedeni ile gelecek 10 yıl içinde ulusal gelirlerinde 200 ila 550 milyar ABD\$ pay ayırmaları gerekecektir.

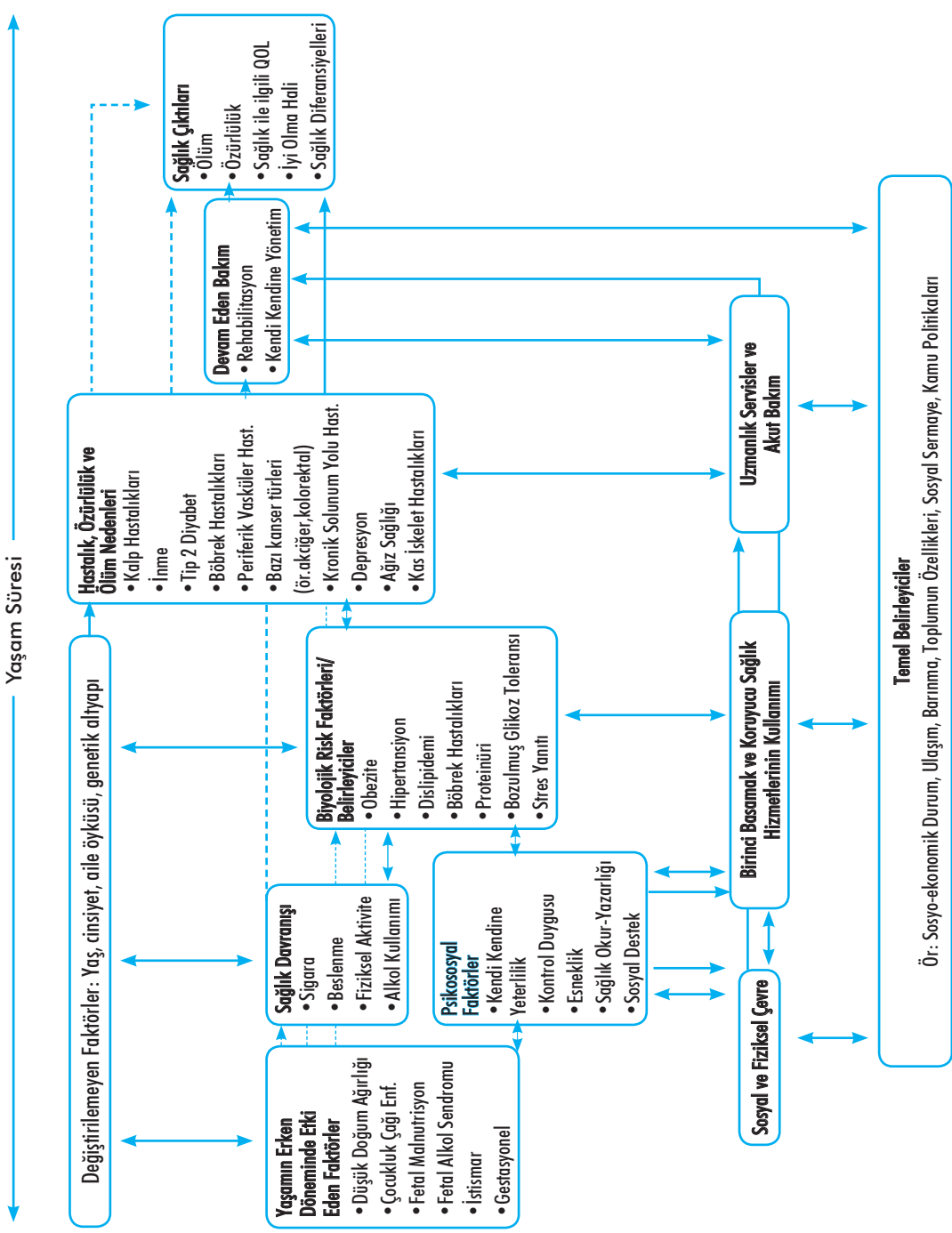
Şimdi Yatırım Yapın

Ana hatları ile belirtildiği üzere kronik hastalıkların önlenmesi için yapılan yatırımların artması sayesinde gelecek 10 yıl içinde 36 milyon erken ölümün önlenmesi mümkün olacaktır. Önlenecek bu ölümlerden 17 milyonu 70 yaş altındaki kişiler olacaktır.

Bu önlenen ölümler aynı zamanda ülkelerin ekonomik büyümelerine de oldukça katkı sağlayacaktır. Örneğin küresel hedefe ulaşılması, gelecek 10 yıl içinde Çin'de 36 milyar ABD\$, Hindistan'da 15 milyar ABD\$ ve Rusya Federasyonu'nda 20 milyar ABD\$'lik ulusal gelir artışı sağlayacaktır.

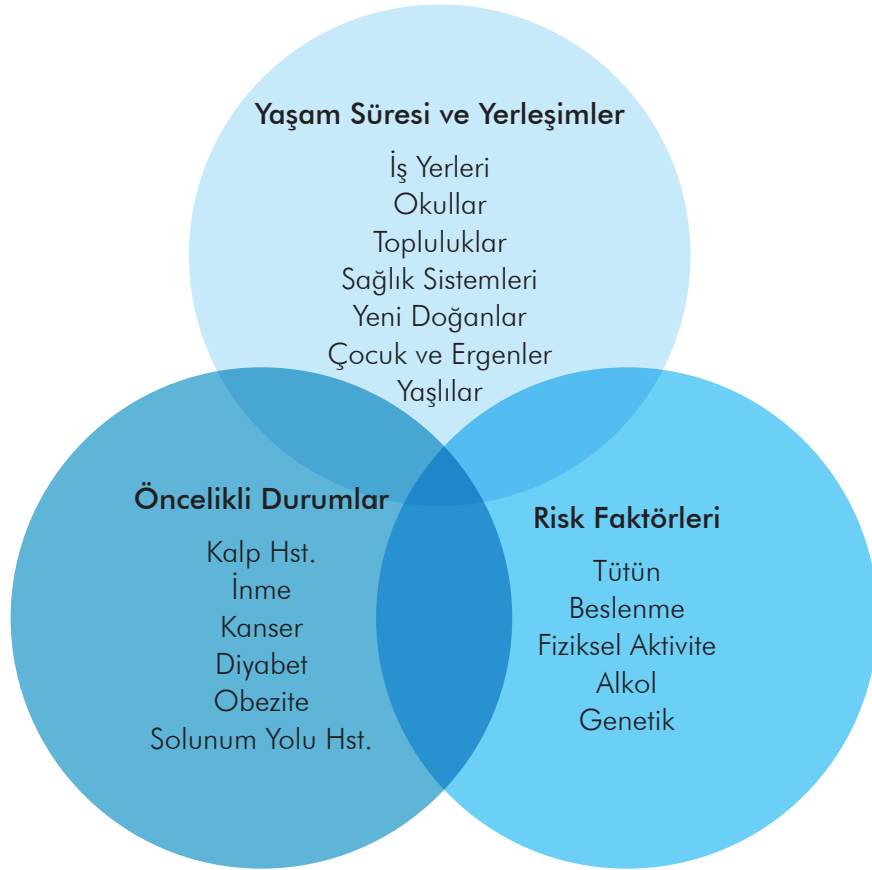
Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili elde edilebilen bilginin kullanılmasındaki ihmal, gelecek nesilleri boşu boşuna tehlikeye atmaktadır. Günümüzde kronik hastalıklardan meydana gelen erken ölümlerin önlenmesine dair bir idrak mevcut iken sağlık gündeminde önemi gözden kaçırılarak kronik hastalıkların her yıl milyonlarca erken ölüme yol açmaya devam etmesini makul kılacak hiç bir geçerli gerekçe bulunmamaktadır.

Şekil 9 : Kronik Hastalıkları Etkileyen Nedenler ve Sağlık Çıktıları



Kaynak: Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework National Public Health Partnership October 2001

Şekil 10: Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi İçin Çerçeve



Kaynak: CDC, The Power To Prevent The Call To Control at a Glance 2009

DSÖ Avrupa Bölgesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar: Kamu Politikası Yanıtlarının Yaygınlaştırılması

Son 40 yıl içinde Avrupa ülkeleri, artan ortalama yaşam süresi ve azalan çocuk ölüm oranlarından da anlaşıldığı üzere, ölümleri önleme ve ömrü uzatma konusunda çarpıcı bir ilerleme kaydetmiştir. Yine de Avrupa ülkelerinde tüm vatandaşlara yönelik olarak sağlık hiçbir şekilde güvenceye alınmış değildir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) dört tipi-kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet-hali hazırda DSÖ Avrupa Bölgesindeki tüm ülkelerde prematüre ölüm ve sakatlıkların en yaygın nedenleridir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bölgede 2004 yılında 8,1 milyon ölüme neden olmuştur (yani bölgedeki toplam ölümlerin %86'sıdır). Bunların içinde 1,5 milyon ölüm 60 yaş öncesindeki ölümlerdir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre ölümlerin dörtte üçü (1,1 milyon), DSÖ Avrupa Bölgesindeki düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Tütün kullanımı ve alkolün zararlı kullanımı, DSÖ Avrupa Bölgesindeki en yüksek davranışsal risk faktörleridir ve bölgenin her iki risk faktörüne yönelik politika yaklaşımları konusundaki deneyimi, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kalkınmaya yönelik küresel yaklaşımlarda işbirliği için önemli dersler sağlamaktadır.^{1,2} Bulaşıcı olmayan hastalık yükünün hızlıca artması, yoksul ve dezavantajlı nüfusu (göç vb.) oransız olarak etkilemekte, ülkeler içinde sağlık boşluklarının genişlemesine neden

olmaktadır. Eylem yaygınlaştırılmazsa bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümler, 8,1 milyondan (2004) 8,6 milyona (2015) çıkacaktır. 60 yaşından önce gerçekleşen bu prematüre ölümler, çoğunlukla dört yaygın değiştirilebilir risk faktörüyle (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkolün zararlı tüketimi) mücadele eden etkin müdahaleler yoluyla önlenabilir niteliktedir. Ayrıca, geliştirilmiş hastalık yönetimi; morbidite, sakatlık ve ölümleri azaltabilir ve daha iyi sağlık sonuçlarına katkı sağlayabilir. Avrupa bölgesindeki kullanılabilir kaynakların çokluğuna rağmen; bazı ülkelerde benimsenen zorlayıcı fikir ve yaklaşımlar, tüm Avrupa ülkelerini etkisi altına almamıştır.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 'Sağlık 2020' adlı bir Avrupa Sağlık Politikası ve 2011-2015 yıllarını kapsayan bir BOH Eylem Planı oluşturmaktadır.

Hükümet çapında bir yaklaşım ortaya konarak diğer sektörlerdeki politikalar incelenmediği ve epideminin sosyal belirleyicilerine odaklanılmadığı sürece BOH epidemisinin etkin bir şekilde ele alınması mümkün değildir. Bu noktada Avrupa politika çerçevesi, en yüksek düzeyde siyasi irade ile desteklenen yatay sağlık yönetimi yaklaşımlarını desteklemektedir.

Avrupa Sosyal Belirleyiciler Çalışması da yapılmamıştır. Bu çalışma, hem düşük ve orta gelirli hem de yüksek gelirli ülkelerde Sağlık 2020'nin gelişmesine katkıda bulunacaktır; Sağlık 2020 sürecinde özellikle sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanındaki önemli halk sağlığı işlev ve müdahalelerine odaklanacaktır. Avrupa'da bulaşıcı

1 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package. World Health Organization, 2008.

2 Global Health Risk. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization 2009.

olmayan hastalıklara ilişkin bir taahhüt verilmiştir ve beş yıllık Avrupa BOH Önleme ve Kontrol Eylem Planına ilişkin çalışmalar da bu taahhüdün sürdürüleceğinin göstergesidir. Ayrıca Dünya Sağlık Asamblesi ve Bölge Komitesi tarafından kabul edilen Küresel Strateji ve Avrupa Stratejileri de bu taahhüdün bir yansımasıdır. Bu kapsamda BOH'lerin önlenmesi ve kontrolüne ilişkin bütüncül yaklaşım, öncelikli hastalıklarının ele alınmasına ilişkin belirli faaliyetler ve bu hastalıklar ile yaşayan kişilerin kendi sağlıklarını idare edebilmeleri için güçlendirilmesine odaklanılmaktadır.

Avrupa ülkelerinde kamu alanındaki politika yapıcılar, sağlık sonuçlarını iyileştirme çabaları kapsamında BOH'lerin önlenmesi ve kontrolü konusuna öncelik vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Komitesi, 2006 yılında stratejik eylem çerçevesi olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin Avrupa Politikasını kabul etmiştir. Bu amaçla, DSÖ Avrupa Bölgesindeki en az 15 Üye Ülkede Sağlık Bakanlığı bünyesinde BOH alanında çalışan bir birim veya daire bulunmaktadır. Ayrıca en az 14 Avrupa ülkesinde BOH'lerin önlenmesi ve kontrolüne ilişkin ulusal düzeyde kabul görmüş bir politika belgesi uygulamaya konmuştur. Avrupa BOH Önleme ve Kontrol Stratejisi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne dair Küresel Strateji ve Eylem Planı ile tam olarak uyumludur.

Avrupa'daki düşük gelirli ülkeler, bulaşıcı olmayan hastalık yükü ile mücadelelerinde özel zorluklar ile karşılaşmaktadır. Bu ülkeler, genellikle sağlam bir birinci basamak altyapısına sahiptir; ancak hastalıkları önleme kapasiteleri yeterli değildir

veya BOH'lere odaklanılmamaktadır. BOH'lerin önlenmesi için yalnızca yüksek riskli bireylere odaklanılmasından ziyade toplum temelli bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu ülkelerin sürveyansı destekleyen bir alt yapıya ihtiyacı vardır. Bu altyapı, halk sağlığı ile bilimi bir araya getirmeli, izlemeyi kolaylaştırmalı ve uygulanan programların etkilerini gösteren bir araç teşkil etmelidir. Bu ülkelerde sıklıkla stratejik planlama kapasitesi ile tedbirlerin eylem planlarına dönüştürülmesi ve verilerin kıyaslanabilir şekilde toplanmasını sağlayacak araçlara ilişkin kapasite yetersiz olmakta ve çalışanlar, halk sağlığı kurumlarını mesleki kapasitelerini geliştirmede rol oynayan bir yer olarak görmektedir. Doğru bir stratejik çerçeve, zaman çizelgesi belirlenmiş bir eylem planına sahip olmalı, uzlaşmayı sağlamalı ve mali ve siyasi açılardan sürdürülebilir olmalıdır.

Kapsamlı politikaların geliştirilmesi noktasında, geleneksel halk sağlığı programlarının finansmanı ve BOH'lerin programa dâhil edilmesi arasında bir kaynak tahsisi ikilemi ortaya çıkmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar ve sağlık sistemleri arasında karşılıklı bir ilişki bulunduğu ve güçlendirme yapılmasının her iki alana da katkı sağlayacağı unutulmamalıdır. Örnek olarak, iş gücü içinde görev değişimi, gerekli ilaçlara erişim, finansman, iyi bilgi ve izleme sistemleri, iyi idare ve yönetim verilebilir. Hizmet sunumu, sağlığın geliştirilmesinden hastalıkların önlenmesine ve palyatif bakıma kadar uzanan bir hizmet zincirinin varlığını gerekli kılmaktadır. Birinci basamak sağlık sisteminin iyi işlemesi, zincirin tümü için faydalı olacaktır.

Tarım, ticaret, finans, vergilendirme, gıda üretimi, ilaç üretimi, sanayi, eğitim, ulaşım ve kentsel

kalkınma gibi sektörlerin politika kararları; tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, aşırı kilo ve obezite ile zararlı alkol tüketimi gibi risk faktörlerinin toplum içindeki düzeylerini önemli oranda etkileyebilir. Bu nedenle, yalnızca sağlık politikasında değişikliğe gitmek yerine bu sektörlerdeki kamu politikaları üzerinde bir etki yaratılması ile daha fazla kazanım elde edilebilir.

BOH'lerin önlenmesi alanında sektörler arası eylemin etkili olduğu hâlihazırda kanıtlanmıştır: alkol ve tütün vergileri ile fiyat politikaları gibi yapısal önlemler bilinçli şekilde uygulanmış ve toplu reklam yasağı gibi diğer önlemler ile bir araya geldiğinde maliyet etkinlik artmış ve nispeten kısa bir süre içerisinde büyük bir etki yaratılmıştır. Bu alandaki çalışmalar sürmektedir. Gittikçe artan sayıda ülkede, tütün ve alkol vergileri ile fiyatları yükseltmekte, insanlar tütün ve zararlı alkol kullanımı konusunda uyarılmakta ve tütün ve alkol reklamları yasaklanmaktadır. Bazı ülkelerde, serbest şeker içeren alkolsüz içeceklerin vergi ve fiyatları da yükseltilmeye başlanmıştır. Politika geliştirme yaklaşımlarının devletin tüm kurumları tarafından kabul görmesi zordur; ancak BOH meselesine sektörler arası bir yanıt verilebilmesi için gereklidir. Düşük ve orta gelirli ülkeler, pilot projelerin ulusal düzeye çıkarılması için yapısal ekonomik ve sosyal sorunların çözülmesine yönelik müdahale projelerinin desteklemesinde mali araçlardan faydalanılmasının örneğin; kalkınma yatırımları-önemli olduğunu vurgulamaktadır. BOH'lerin önlenmesi ve kontrolüne ilişkin mevcut bölgesel ve yerel ağlara aktif katılım sağlanması, yüksek gelirli ülkelerde edinilen derslerin anlaşılması ve paylaşılması açısından önem arz etmektedir. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık davranışları ile sağlık sonuçlarının

geliştirilmesi için halk sağlığı müdahalelerinin maliyet etkinliğinin değerlendirildiği daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Sivil toplum, toplum genelindeki yaklaşım açısından önemli bir rol oynamaktadır. STK'lar BOH'lere karşı mücadelede 'aynı takımda yer almakta' ve hükümetler için önemli bir kaynak teşkil etmektedir.

BOH'ler ile mücadelede iletişim önemli bir bileşendir. Sağlığın diğer sektörlerde de teşvik edilmesi için iyi bir iletişim kapasitesine ihtiyaç vardır. Sağlık personelinin diğer bakanlıklar ile iletişim becerilerinin kuvvetli olması ve tartışmaların ekseninin fiyattan değere kaydırılması gerekmektedir. İletişim stratejilerinin farkındalık yaratması ve **sağlık okuryazarlığının artırılması**, kişilerin bireysel seçim yapma kapasitelerinin politika düzeyindeki sorumluluklar ile dengeli şekilde güçlendirilmesi, yeni iletişim ve sosyal medya araçlarına yatırım yapılarak gençlere ulaşılması ve Avrupa'da sağlık okuryazarlığının artırılması gerekmektedir.

- a. Gelişmekte olan tüm ülkelerde ve her ölçüye göre BOH'ler şu anda prematüre ölümlerin ve yoksulluğun büyük bir kısmından sorumludur. Bu yüzden ulusal sağlık bütçelerinde sağlık, BOH'lerin önlenmesi, kontrolü ve süveyansına yönelik tahsisatları ve önceliği artırmaya ihtiyaç vardır. Buna ilaveten kalkınma ortaklarının ulusal önceliklere uygun şekilde etkili, uygun ve maliyet etkin müdahalelere odaklanarak BOH'leri ve risk faktörlerini Resmi Kalkınma Yardımı önceliklerine dahil etmeyi düşünmesi gerekmektedir.

- b. Sağlık dışındaki sektörlerdeki ulusal politikaların BOH'lere yönelik risk faktörleri ile önemli bir ilişkisi vardır. Sadece sağlık politikasında değişiklikler yapmak yerine ticaret, vergi, eğitim, tarım, kentsel kalkınma, gıda ve ilaç üretimi gibi sektörlerdeki kamu politikalarını etkileyerek sağlık kazanımları daha kolay elde edilebilir. Bu yüzden ulusal düzeylerde tüm kamu kurumlarını içeren BOH'leri önleme ve kontrol yaklaşımlarının benimsenmesini teşvik etmek gerekir.
- c. BOH'lerden kaynaklanan prematüre ölümleri durdurmak ve tersine çevirmek amacıyla global hedeflerin ve göstergelerin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Tüm ülkelerin savunuculuk, politika gelişimi ve ulusal eyleme temel olması için BOH'lerin boyutu ve eğilimleri hakkında verilere ve bilgilere ihtiyacı vardır. Yükü göstermek, ilerlemeyi izlemek ve cinsiyet ve gelir gibi sosyal belirleyicilerin etkilerini göstermek için bu veri ve bilgilerin yeterli, güvenilir, zamanlı ve parçalara ayrılmış olması gerekir. DSÖ, BOH'ler ve risk faktörleri konusunda sınırlı sayıda global hedef ve gösterge geliştirmek üzere çalışmaya davet edilmiştir. DSÖ Tütün Konulu Çerçeve Anlaşması (BM tarihinde en yaygın kabul gören anlaşmalardan biridir ve bugün itibarıyla 172 taraf kabul etmiştir) temel alınmıştır ve olası global hedeflerden biri, erişkinler arası tütün kullanımı prevalansının azaltılmasıdır (bu konuda 140'tan fazla ülkede veri vardır ve buna Afrika'daki ülkelerin üçte ikisi dahildir).
- d. BOH'ler, bir kalkınma meselesidir ve sağlığa ilişkin Binyıl Kalkınma Hedefleriyle (BKH) ve yoksullukla çok yakından ilgilidir. Bir yandan BOH'lerin ele alınması, BKH'lere ulaşılmasını hızlandıracaktır: Örneğin daha yoksul hanelerin katastrofik bakım maliyetlerinden korunmaya ihtiyacı vardır. Tüberküloz kontrolü için tütün, diyabet ve alkol konusunda harekete geçilmesi gerekir. Tedavide HIV/AIDS; diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser ile yakından bağlantılı kronik bir hastalık haline gelir. Serviks kanseri ve gebeliğe bağlı şeker, düşük gelirli ülkelerde kadın sağlığını olumsuz etkiler. Diğer yandan BKH'ye ulaşılması, BOH'lerin önlenmesi ve kontrolü için zaruridir, çünkü BKH'ler yoksulluğu (MDG1) ve cinsiyet eşitsizliğini azaltmayı (MDG3), ana ve çocuk sağlığını (MDG4-5), bulaşıcı hastalıkları (MDG6), zaruri ilaçları (MDG8) ve iklim değişikliği sonuçlarını sınırlandırmayı ve güvenli suya erişim sağlamayı (MDG7) amaçlamaktadır. Bu nedenle BKH'lara ulaşılması; sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin iyileştirilmesinin bir parçasıdır ve aynı zamanda BOH'lerin önlenmesi ve kontrolünü de desteklemektedir.
- e. BOH'ler, kalkınma için bir tehdittir ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bunlara mali gücü yetmez. BOH yükü hızla artmakta ve tüm ülkelerde ve her ölçüye göre kalkınmayı (sağlık ve daha geniş sosyoekonomik kalkınmayı) tehdit etmektedir. Eylemsizliğin maliyeti kabul edilemez: BOH'lerin artması; ulusal ekonomileri, sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliğini ve daha yoksul hanelerin refahını tehdit eder. Bu epidemiyi ele almak için

yanıtı yaygınlaştırmak ve sürdürmek üzere ulusal ve global düzeyde güçlü politik iradeye ihtiyaç vardır. BOH kaynaklı prematüre ölümlerin dağılımı, düşük ve orta gelirli ülkelerde yükün arttığına işaret etmektedir. Bu da küresel olarak sağlık ve zenginliğin haksız dağılımına katkıda bulunmaktadır. Mali ve ekonomik kriz, gıda ve enerji fiyatlarının değişkenliği, iklim değişikliği ve biyolojik çeşitlilik gibi sorunlar belirsizliği artırmakta, ülke içi ve ülkeler arası eşitsizlikleri derinleştirmekte ve kalkınmayı olumsuz yönde etkilemektedir.

- f. Üye Devletler, bireylerin ve toplumların BOH risk faktörlerine maruz kalma düzeyini azaltmalı ve DSÖ Anayasası uyarınca her insanın asli insan haklarının parçası olarak BOH'lu insanların sağlık hizmeti ihtiyaçlarına etkin ve hakkaniyetli yanıt vermelidir³. Sağlığın korunması bakımından devletin ve bireyin sorumlulukları arasında karşılıklı bir ilişki olmasına karşın esas sorumluluk devlete aittir. Sosyal gruplar ve gelir dilimlerinde yer alan toplumlar ve bireyler arasında BOH yükünün adaletsiz dağılımı ve koruyucu hizmetlerle tedavi hizmetlerine erişimdeki engellerin adaletsiz dağılımı, insan sağlığına ve haklarına karşı bir tehdittir.
- g. BOH'lerle mücadele tedbirleri, hem hastalıkların kendilerini hem de sağlık davranışlarını ve bunların sosyal belirleyicilerini ele almalıdır. BOH'lerin önlenmesi ve kontrolü için alınan tedbirler, sağlık okuryazarlığını

artırmalı ve BOH'li insanların kendi sağlık sorunlarını daha iyi yönetmesine yardımcı olmalıdır. Bu tedbirler; eğitim, teşvik ve öz-yönetim (self-management) ve bakıma yönelik araçlar sağlanmasını içerir. Bunu başarmak için BOH'lerin temel nedenleri ve sağlık adaletsizliklerini ele alan kaynak yönlü sosyal politikalara daha fazla dikkat edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik genel stratejiler, daha hedefe-yönelik hastalık önleme tedbirleriyle birleştirilmelidir.

- h. İletişim ve eğitim stratejileri, politika yapıcılarda ve toplumda BOH'ler ve risk faktörleri hakkında farkındalık yaratılması ve sosyal değişim için olumlu ortam oluşmasında önemli rol oynar. BOH'ler için yaşam boyu bir perspektif gerekir çünkü riske maruziyet rahim içinde başlar ve yaşam boyu birikir. Çocuklara ve ergenlere özellikle önem verilmelidir; çünkü BOH risk faktörlerine maruziyet seviyesi, gençler arasında yüksektir. Gençler aynı zamanda savunuculuk ve sosyal değişime yönelik bir güçtür. Bu nedenle gençler arasında tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve zararlı alkol kullanımını azaltmaya yönelik stratejiler; öncelik olarak değerlendirilmelidir.
- i. Anne sağlığı, yaşam boyu sağlığın bir belirleyicisidir. Kadın sağlığının korunması, uygun doğum öncesi hizmetlerin sağlanması ve bebeklerin ve küçük çocukların doğru beslenmesine dikkat edilmesi hem özünde zaruridir hem de önlenebilir BOH'lerin önlenmesi için bir yatırımdır.

3. "Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından faydalanmak; ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir" DSÖ Anayasasının 9 ilkesinden biridir.

j. Çevresel faktörler, BOH'ler için önemli belirleyicilerdir. BOH'ler ve risk faktörleri, global iklim değişikliği ve sürdürülebilirlik zorluklarıyla (ör. tütün yetiştirmek için arazi tahsisi ve et talebine cevaben büyükbaş hayvancılık kaynaklı sera gazı emisyonu) bağlantılıdır. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Çevre ve Sağlık Konulu Parma Bakanlar Deklarasyonu ile benimsenen yaklaşım; BOH'leri, çevresel belirleyicilerini ele alarak önlemek üzere fırsatlardan tam olarak yararlanılması için güçlü ve tutarlı bir politika altyapısı sağlamaktadır. Uluslararası Resmi Kuruluşlar (URK) ve STK'larla ve Üye Devletlerde çevre ve sağlık alanında sektörler arası eyleme yönelik yirmi yıllık deneyim incelenerek alınan dersler BOH sorununa uygulanabilir.

k. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre mortalite ve morbiditeyi durdurmak ve azaltmak için özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde (LMIC) daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunan politika yapıcılarını, bireylerin ve nüfusların başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklara maruz kalma seviyesini azaltan ve bulaşıcı olmayan hastalıkların etkili yönetimini teşvik eden kanıtlanmış düşük maliyetli politika müdahaleleri hakkında ("best buys") bilgilendirmek için, gerekli kanıt temeli ve sürveyans verileri hakkındaki bilgileri artırmak ve yaymak konusunda ülkelerle çalışmalar yapılmalıdır. Politika yapıcılarını öncelikler belirleme ve yatırımları harekete geçirmeye ikna etmek için, eylemsizliğin finansal etkileri hakkındaki araştırmalar bir araç olarak kullanılabilir. Politika yapıcılarını

bilgilendirmek için, tütün kullanımı ve zararlı düzeyde alkol kullanımını azaltmaya yönelik politika müdahale paketleri hakkında mevcut maliyet etkinlik çalışmalarının, yayılması gerekmektedir. Bu paketler; mali tedbirleri, gençler arasında tütün ve alkol bulunabilirliği ve reklamlar hakkındaki yasal düzenlemeleri içermektedir. Sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizliği azaltmayı amaçlayan maliyet etkin politika müdahalelerine yönelik benzer paketlerin geliştirilmesi gerekmektedir ve bunlar bireylerin daha sağlıklı seçim yapmalarını kolaylaştıracak yapısal tedbirleri ve uygun yasal düzenlemeleri içermelidir. Sağlık sistemlerinin bulaşıcı olmayan hastalıkları olan kişilerin sağlık bakım ihtiyaçlarına daha etkili ve daha adil şekilde yanıt vermesi için benzer paketler geliştirilmelidir.

l. Düşük maliyetli politika müdahalelerinin düşük ve orta gelirli ülkelerde başarılı bir şekilde uygulanması için yüksek gelirli ülke hükümetlerinin, düşük gelirli ülkelerdeki ilgili bakanlıklar, yerel yetkililer ve sivil toplumda halk sağlığı ve yönetim kapasitesi oluşturmaya yardımcı olma konusunda işbirliği yapması gerekmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların bütünsel bir şekilde önlenmesi ve kontrol edilmesine yönelik ulusal kapasitenin geliştirilmesi için iletişim ağı ve tecrübe paylaşım mekanizmaları güçlendirilmeli ve kolaylaştırılmalıdır.

m. Nüfusun yaşlanması ve BOH'lerdeki artış, ülkelerin hastalık önleme ve bakım konularını aynı anda ele almasını gerektirmektedir. Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi yaklaşımının yanında, nüfusa dayalı koruyucu bir strateji

gereklidir. Sağlık sisteminin altyapısı, hem kamu hem özel sektörde kronik durumların etkili şekilde önlenmesi, yönetimi ve tedavisi için gerekli unsurları içermelidir. Bu unsurlar, gerekli ilaçlara ve temel teknolojilere erişim, birey merkezli yaklaşıma yeniden yönelme ve temel sağlık hizmetlerinin bütünleşmiş ve kapsamlı bir şekilde sunulmasını içermektedir. Avrupa Bölgesinde Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri hakkındaki Tallinn Şartı, sağlık sistemlerini temel sağlık müdahalelerine dayalı olarak güçlendirmeye yönelik bir çerçeve sunmaktadır. Tallinn Şartı, sağlıkta hakkaniyet, dayanışma, sosyal adalet, hizmetlere herkesin erişebilmesi, çoksektörlü eylem, şeffaflık, hesap verebilirlik, topluluk katılımı ve yetkilendirme ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konularına dikkat çekmektedir. Bu çerçevede, halk sağlığı kapasitesi oluşturma, ilaçlara erişimi iyileştirme, teknoloji gelişimi ve transferini teşvik etme, sağlık çalışanlarının eğitimi ve personel hareketliliğinin azaltılmasına yönelik iyi uygulamaları paylaşarak uluslararası işbirliğinin artırılması vasıtasıyla BOH yanıtlarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminin, hem tüm nüfusa hem de risk altındaki hastalara tavsiyede bulunma ve riski azaltmak için tedbirler uygulamada kilit rolü bulunmaktadır. Davranış değişikliklerine yardımcı olan, bu konuda motivasyon ve destek sağlayan lokal “sağlıklı yaşam merkezleri” temel sağlık bakımına önemli bir ilave olabilir.

n. Hükümet her düzeyde, toplumun BOH müdahalesini yönlendirerek harekete geçirerek ve koordine ederek bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede yerel

topluluklarla ortaklık içinde çalışmalıdır. BOH’lerin önlenmesi ve kontrolünde merkezi hükümet çok önemli rol oynar. Özellikle uygun yasa ve yönetmeliklerin kabul edilmesi gibi bazı tedbirler için bu çok önemlidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, insanların “yaşadığı, oynadığı ve çalıştığı” ortamlarda yerel topluluklarda da meydana gelir. Yerel yönetimlerin, örneğin iyi kentsel planlama vasıtasıyla sağlığı destekleyici çevreler geliştirmede önemli bir rolü vardır. Bundan dolayı önemli bir konu, yerel yönetimlerin bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik müdahalelerinin nasıl güçlendirileceği, sivil toplumun nasıl yetkilendirileceği ve her bireyin sağlık kaynaklarının nasıl harekete geçirileceğidir.

o. Sivil toplum, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede kamu sektörü için önemli bir kaynak ve ortaktır. Birçok ülkede sivil toplum, tedavi, bakım ve destek ile birlikte hastalık önleme ve fakir ve dezavantajlı nüfuslara ulaşmada ön safhalarda yer alır. Sivil toplumun en aktif üyeleri, kendileri BOH epidemisini bizzat tecrübe etmiş olanlardır. BOH müdahalesi için hükümet ve sivil toplumun birlikte çalışması gerekmele birlikte, birçok ülkede sivil toplumun faydalı katılımını sağlamada zorluklar devam etmektedir. Mevcut uluslararası iletişim ve işbirliği ağları ve ortaklıklar, ulusal yaklaşımları güçlendirmeye yönelik fırsatlar sunar.

p. BOH’lerin Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Küresel Strateji ve Eylem Planı, uygulandığında, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı prematüre ölümlerin prevalansını durduracak

ve tersine çevirmeye başlayacaktır. Eylem Planı, hükümetler arası bir süreçte DSÖ Üye Devletler tarafından geliştirilmiştir. Mevcut bilimsel bilgiler, kanıtlar ve uluslararası tecrübenin incelenmesine dayalı bir plandır. Bu eylem planı, üye devletler ve diğer paydaşlarla birlikte gerçekleştirildiğinde, artan BOH yükü ile mücadele sağlayacak bir dizi eylemi içinde barındırmaktadır. Eylem Planının başarılı bir şekilde uygulanması için üst düzey politik taahhüt gerekmektedir.

- r. Bölgesel İstişare'deki başlıca tartışmalar özellikle dört tip BOH'ye odaklanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diyabet. Bunlar çoğu ülkede mortaliteye en fazla katkıda bulunan ve birlikte, koordineli eylemi gerektiren hastalıklardır. Eylem Planı'nda da vurgulandığı üzere, bu hastalıklar, ortak risk faktörleriyle yani tütün kullanımı, sağlıklı beslenme,

fiziksel hareketsizlik ve zararlı alkol tüketimi gibi faktörlerle mücadele eden etkili müdahaleler vasıtasıyla büyük ölçüde önlenabilir hastalıklardır. Dört tür BOH ve dört ortak BOH risk faktörünü tanımakla birlikte ayrıca, *BOH'lerin Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Avrupa Stratejisi'nde* ana hatlarının çizildiği üzere, kapsamlı ve entegre bir yaklaşıma ihtiyaç olduğunu ve ruh sağlığı (örneğin depresyon) ve yaralanmaların (örneğin trafik kazaları), DSÖ Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programına⁴ uygun şekilde ve DSÖ'nün Trafik Kazalarındaki Yaralanmaların Önlenmesi⁵, Şiddet ve Sağlık⁶, ve Çocuklarda Yaralanmaların Önlenmesi⁷ raporlarında verilen tavsiyelere uygun şekilde ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Kapsamlı ulusal stratejilerde ülkeye özgü öncelikler belirlenecek ve çeşitli ortak risk faktörleri, bunların altında yatan belirleyiciler ve sinerjilerden faydalanacaktır.

4. www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html

5. www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html

6. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html

7. www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/index.html

3. TÜRKİYE'DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELE POLİTİKALARI

Dr.Berrak Bora Başara

3.1.Ülke Profili

Türkiye, Asya kıtasının güneybatı ucunda, Anadolu yarımadası üzerinde yer alır. Topraklarının bir bölümü, Avrupa'nın güneydoğusunda yer alan balkan yarımadasının bir kısmını oluşturan Trakya'da bulunur. Bu yönüyle Türkiye, Doğu ve Batı'nın birleştiği, Avrupa ve Asya kıtalarının ve bu iki kıtanın kültürlerinin birbiri ile karşılaştığı ve harmanlandığı tarihi bir ülkedir. Türkiye hem Asya hem de Avrupa ülkesidir. Yunanistan, Bulgaristan ile Trakya'da, Suriye, Irak, İran, Gürcistan, Ermenistan ve Azerbaycan ile Güney ve Doğu Anadolu'da sınırı bulunmaktadır. Türkiye'nin üç tarafı denizlerle çevrili olup kuzeyde Karadeniz, kuzeybatıda Marmara, batıda Ege ve güneyde Akdeniz vardır. Marmara Denizi, Çanakkale Boğazı ile Ege Denizine, İstanbul Boğazı ile de Karadeniz'e bağlıdır. Ege Denizi güneyde, Akdeniz ile birleşir. Akdeniz ise batıda Cebel-i Tarık Boğazı ile Atlas Okyanusuna bağlantılıdır. Bu sebeple, Türkiye'nin üç tarafını çevreleyen denizler, dünya okyanuslarına açılmaktadır. Türkiye'de iklim koşulları, yüzey şekillerine ve yüksekliklere bağlı olarak ısı ve yağış bakımından çeşitlilik gösterir. Yıllık ortalama yağış miktarı beş yüz milimetredir; ancak, Karadeniz kıyısındaki Rize ilinde bu ortalama iki bin milimetreye kadar yükselirken Orta Anadolu'nun bazı kesimlerinde 300 milimetrenin altına düşer. Türkiye'nin tipik iklim özelliği, özellikle İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde, yazların sıcak ve kurak, kışların ise soğuk, yağmurlu, kar yağışlı ve

rüzgârlı olmasıdır. Yazın sıcaklıklar bölgelere göre büyük farklılıklar göstermez, ancak kışın değişik yöreler arasında önemli ısı farklılıkları gözlenir. Kışın ortalama sıcaklıklar doğuda -10°C'ye kadar düşerken güneyde +10°C dolayında gerçekleşmektedir.

Türkiye, dünyanın en kalabalık yirmi ülkesi arasında olup Avrupa'nın Almanya'dan sonra en fazla nüfusa sahip ikinci ülkesi ve Orta Doğu'nun ise İran'dan sonra en fazla nüfusa sahip ülkesidir. 2009 yılı itibariyle Türkiye'nin toplam nüfusu 72.561.312'dir Bu nüfusun 36.462.470'ini (%50,3) erkekler, 36.098.842'sini ise (%49,7) kadınlar oluşturmaktadır. Yıllık nüfus artış hızı %14,5 olarak gerçekleşmiş olup nüfusun %75,5'i il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Nüfusun yaş dağılımına bakıldığında, yarısının 28,8 yaş ve daha altında olduğu görülmektedir. 15-65 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun %67'sini oluşturmaktadır. Nüfusun %26'sı 0-14 yaş grubunda, %7'si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır. Türkiye'nin değişik yöreleri arasındaki coğrafi, iklimsel, kültürel, toplumsal ve ekonomik farklılıklar, Türkiye'yi bölgelere ayırarak incelemenin temelini oluşturmaktadır. Türkiye, genel hatlarıyla birbirinden farklı sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine ve demografik özelliklere sahip olan beş bölgeye (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) ayrılmıştır. Bu bölgesel ayırım, örnekleme ve analiz amacıyla sosyal araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Buna ek olarak 2002 yılından itibaren AB uyum süreci çerçevesinde yeni bölgeleme sistemi benimsenmiş olup bunlar NUTS 1 (12 bölge), NUTS 2 (26 bölge) ve NUTS 3'tür (81 il). Sağlık'ta Dönüşüm Programı çalışmaları kapsamında

da 29 bölge oluşturulmuştur. Türkiye'nin idari yapısını, Cumhuriyetin kurulmasından bu yana üç Anayasa (1924, 1961, ve 1982 anayasaları) şekillendirmiştir. Bu üç anayasa, ülkenin parlamenter sisteme dayalı bir Cumhuriyet olduğunu ilan etmiş ve halkın iradesinin Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nce temsil edildiğini vurgulamaktadır. Her üç anayasada da temel bireysel, toplumsal ve siyasal haklar benimsenmiş olup güçler ayrılığı (yasama, yürütme ve yargı) ilkesi kabul edilmiştir.

Cumhuriyet'in yasama organı TBMM'dir. TBMM dört yılda bir yapılan seçimlerle göreve getirilen 550 milletvekilinden oluşmaktadır. Cumhurbaşkanı ise Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri veya bu niteliklere ve milletvekili seçilme yeterliğine sahip Türk vatandaşları arasından, halk tarafından seçilir.

Cumhurbaşkanı devletin başındadır ve Türkiye Cumhuriyetini ve ulusun birliğini temsil eder. Anayasayı uygular ve farklı devlet birimlerinin uyum içinde çalışmasını sağlar. Yasama, yürütme ve yargı alanlarında yetki ve güce sahiptir (Savaş S, 2002). Yürütme organı olan Bakanlar Kurulu, Başbakan ve Bakanlardan meydana gelir. Yargı organları ise Anayasa Mahkemesi, Yargıtay, Askeri Yargıtay, Danıştay, idari ve adli mahkemeler ile askeri mahkemelerden oluşur (HÜNEE, 2009). Bağımsız mahkemeler ve yüksek yargı organları yargı gücünü kullanır. Anayasanın yargı bölümü, hukuk devleti ilkesinin belirleyicisi olarak mahkemelerin ve hâkimlerin bağımsızlığı ile hâkimlerin hak ve yetkilerinin güvence altına alınmasını sağlar.

Türkiye idari olarak 81 ile ayrılmıştır. Bu iller de kendi içlerinde yönetsel olarak ilçe, bucak ve

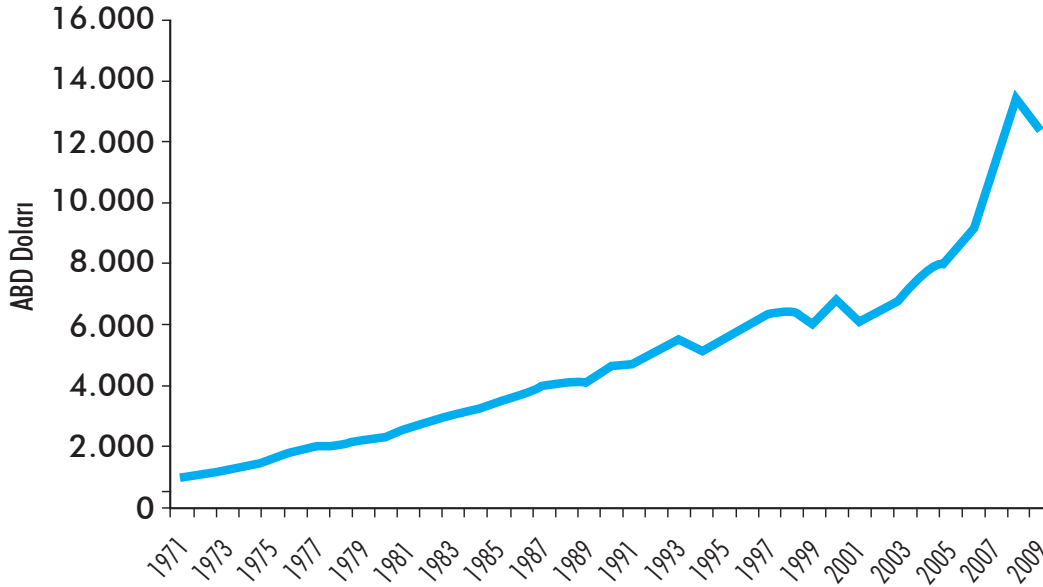
köy olarak ayrılırlar. İl, bakanlar kurulu tarafından atanan, Cumhurbaşkanı'nın onayladığı ve merkezi hükümete karşı sorumlu olan vali tarafından yönetilir. İlin en yüksek düzeyde yöneticisi olan vali, hükümetin politikalarını yürütmek, ilin genel yönetimini denetlemek, başkent Ankara'daki merkezi hükümet tarafından atanan çeşitli bakanlık temsilcilerinin çalışmalarının koordinasyonunu sağlamak ve kendisine tanınan yetkilerle il içindeki kanun ve düzeni korumakla yükümlüdür.

Beş yılda bir yapılan yerel seçimlerle göreve gelen yerel yönetimler (belediyeler), belediye başkanı ve belediye meclisi üyelerince yönetilirler. Nüfusu 2000'den fazla olan her yerleşim yerinde bir belediye yönetimi olması yasa gereğidir. Elektrik, su ve gaz hizmetleri, yol yapımı ve bakımı, kanalizasyon ve çöp toplama gibi altyapı hizmetlerini belediye sınırları içinde sunmak belediyelerin görevleri arasındadır. Eğitim ve sağlık hizmetleri esasen merkezi hükümet tarafından sağlanmakla beraber, bazı metropollerdeki belediyeler de kendi sınırları içinde düşük ekonomik ve sosyal koşullarda yaşayanlara çok sınırlı sağlık hizmeti vermektedirler.

3.2. Sosyo-ekonomik Gelişim

Türkiye ekonomisi, 1950 sonrası dönemin en yüksek büyüme hızlarından birine 2002-2007 yılları arasında ulaşmıştır. Bu dönemde ekonomi yılda ortalama %6,74; birikimli olarak ise %50 dolayında büyümüştür. İncelenen dönemde en yüksek büyüme hızına %9,4 ile 2004 yılında ulaşılmıştır. Çeyrek dönemlere bakıldığında, 24 dönem boyunca ekonomide kesintisiz bir büyüme gözlenmiştir. Bu performans, çeyrek dönemler

Şekil 11. Kişi Başına Düşen Milli Gelirdeki Değişimler, 1968-2009



itibarıyla büyüme oranının açıklandığı 1987 yılından beri en uzun kesintisiz büyüme sürecine karşılık gelmektedir.

Türkiye’de kişi başına düşen gelir, ekonomik kriz dönemlerindeki durağanlaşma ve kısmi azalmalar dışında sürekli bir artış içindedir. 1960’lı yılların sonunda satın alma gücüne göre düzeltilmiş kişi başına düşen milli gelir 1000\$’ın altında iken 2000’li yılların başında 6800\$’a ve 2008 yılında ise 13500\$’a yükselmiştir. 2009 yılında ise kişi başı milli gelirde hafif bir düşme olmuş ve yaklaşık 12340\$ seviyesinde bulunmuştur (Şekil 9). Kişi başına düşen gelirin özellikle 1980’li yıllardan sonra hızlı bir şekilde artmasında, bu dönemde uygulanmaya başlanan ihracata dayalı ekonomik büyüme modelinin önemli bir katkısı bulunmaktadır.

Türkiye’de 2000’li yılların başında %1,4 olan gıda yoksulluğunun –açlık seviyesinin- 2000’li yılların ortalarından itibaren %1’in altına düştüğü, günümüzde ise %0,5’e gerilediği görülmektedir. Gıda ve gıda dışı yoksulluk oranı 2000’li yılların başında %28 seviyesinde iken 2000’li yılların ortalarında %21 seviyesine, 2000’li yılların sonunda ise %17 seviyesine gerilemiştir. 2008 yılı için kişi başına günlük harcaması, satınalma gücü paritesine göre 1\$’ın altında kalan fert bulunmamaktadır. Buna karşın satınalma gücü paritesine göre kişi başı günlük 2,15 \$ olarak tanımlanan yoksulluk sınırı altında bulunan fert oranı %0,47’dir. Türkiye’de gelir dağılımı zaman içerisinde daha eşit bir dağılıma doğru gitmektedir. 1960’lı yıllarda 0,55 değerini alan Gini katsayısı, gelir dağılımındaki kısmi iyileşmelerin bir sonucu olarak günümüzde 0,41 seviyesine gerilemiştir.

İstihdam ve işsizlik durumuna bakıldığında; TÜİK Hanehalkı İlgücü Araştırması 2010 Haziran Dönemi sonuçlarına göre kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus, geçen yılın aynı dönemine göre 859 bin kişi artarak 52 milyon 503 bin kişiye ulaşmıştır. 2010 yılı Haziran döneminde istihdam edilenlerin sayısı geçen yılın aynı dönemine göre 1 milyon 541 bin kişi artarak 23 milyon 488 bin kişiye yükselmiştir. Bu dönemde tarım sektöründe çalışan sayısı 446 bin kişi, tarım dışı sektörlerde çalışan sayısı ise 1 milyon 95 bin kişi artmıştır. Haziran 2010 döneminde istihdam edilenlerin %26,6'sı tarım, %19,3'ü sanayi, %6,7'si inşaat, %47,4'ü ise hizmetler sektöründedir. Önceki yılın aynı dönemi ile karşılaştırıldığında, tarım sektörünün istihdam edilenler içindeki payının 0,2 puan, sanayi sektörünün payının 1,2 puan, inşaat sektörünün payının 0,1 puan arttığı, buna karşılık hizmetler sektörünün payının 1,6 puan azaldığı görülmektedir. Türkiye genelinde işsiz sayısı geçen yılın aynı dönemine göre 518 bin kişi azalarak 2 milyon 751 bin kişiye düşmüştür. İşsizlik oranı ise 2,5 puanlık azalış ile %10,5 seviyesinde gerçekleşmiştir. Kentsel yerlerde işsizlik oranı 2,9 puanlık azalışla %13,1, kırsal yerlerde ise 1,5 puanlık azalışla %5,5 olmuştur.

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 1996 yılında yüzde 2 iken 2002 yılında yüzde 3,8 olarak gerçekleşmiş olup bu oran 2007 yılında yüzde 4,1 olmuştur. Bu oran AB-27 ülkelerinde yüzde 6,7, OECD ülkelerinde yüzde 6,4'tür. Diğer taraftan ilaç ve tedavi masraflarını kendi karşılayanların oranı 2003 yılında %32,1 iken 2009 yılında 14,7 olmuştur.

3.3. Sağlık Durumu

Türk toplumunun sağlık durumu, son 8 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin ölçeği ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte önemli ölçüde ilerleme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir yol kat edilmiştir.

Türkiye'de sağlık durumu son yıllarda hızla iyileşmekte ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaşmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye'de ortalama yaşam süresi diğer OECD ülkelerindekilerden daha düşük, bebek ölümleri ise daha yüksektir. 2006 ve 2007 yılına ait verilerimizde, üst orta gelir sahibi diğer ülkelerle kıyaslandığında önceki yıllara göre önemli düzeyde iyileşmeler sağlandığı görülecektir. Örneğin; koruyucu hizmetlere verilen önemle birlikte aşılama düzeyi, anne ve bebek ölüm oranları, doğumda beklenen yaşam süresi gibi çeşitli göstergelerde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 1990 yılında 67,4 iken 2008 yılında 73,6 yıla çıkmıştır. Bu süre aynı yıllar için kadınlarda 69,5'ten 75,8'e, erkeklerde ise 65,4'ten 71,4'e yükselmiştir. Bebek ölüm hızında da 2003 yılından 2008 yılına ciddi bir düşüş yaşanmıştır. 1993 yılında bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 52,6 iken 2008 yılında bu oran binde 17'ye düşmüş olup 2010 yılında ise binde 10 olarak belirlenmiştir. Aynı düşüş 5 yaş altı ölüm hızında da görülmektedir. 1993 yılında 5 yaş altı ölüm hızı 1000 canlı doğumda 61 iken 2008 yılında 24'e düşmüştür.

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) tarafından hazırlanan bir raporda, Türkiye, Binyıl Kalkınma Hedeflerine zamanından önce ulaşan ve bu hedefi geçen az sayıdaki ülke arasında gösterilmektedir. Yine aynı raporda Türkiye tüm OECD ülkeleri arasında beş yaş altı ölüm hızında en büyük azalmayı gerçekleştiren ikinci ülke olarak gösterilmektedir (UNICEF, 2009). Ancak, halen Avrupa Birliği ülkelerindeki bebek ölüm hızından yüksek bir bebek ölüm hızına sahip olan Türkiye bu durumun düzeltilmesi için tüm gayreti ile çalışmalarını sürdürmektedir ve yıllar itibarı ile görülen azalmanın devam etmesi hususunda karardır.

Türkiye'deki kaba doğum hızı 2008 yılı için binde 17,8 (TÜİK, 2009) olup 2025 yılı sonrasındaki döneme ilişkin demografik öngörüler Türkiye'de yüzyılın ortalarından itibaren kaba doğum hızı ile kaba ölüm hızının eşitleneceğini ve bunun sonucunda doğal nüfus artış hızının sıfır olacağını göstermektedir (Koç İ, 2010). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında elde edilen verilere göre toplam doğurganlık hızında bir azalma söz konusudur. 1983 yılında doğurganlık hızı 4,04 iken 2008 yılında yapılan TNSA araştırmasına göre doğurganlık hızı 2,16 olarak bulunmuştur. Özellikle 1950'li yılların ortalarından itibaren doğurganlık seviyesinin hızlı bir biçimde azalmasının ardında, eğitim seviyesinin yükselmesi, kentleşme hızının artması, gelir artışı ve kadınların nakit gelir getiren işlerde çalışmaya başlaması gibi makro düzeyde gerçekleşen sosyoekonomik gelişmeler aracılığı ile etkilenen gebeliği önleyici yöntem kullanımı, evlilik yaşı ve isteyerek düşük gibi demografik belirleyicilerde meydana gelen değişimler yatmaktadır.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem ve yapılan çalışmalar çerçevesinde bulaşıcı hastalıkların görülme sıklıkları ve sayılarında önemli azalmalar olmuştur. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele başarısı, ana-çocuk sağlığındaki başarılar sonucunda hastalık yükü sıralamasında kronik hastalıklar ön sıralara çıkmaktadır. Kronik hastalıkların, hastalık yükü sıralamasında daha da ön sıralara geçeceği ve bunun sonucunda tedavi maliyetlerinin yükseleceği beklentisi söz konusudur. Bu sebeple, kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele etmeyi öncelemek, vatandaşlarımızın kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmek gerektiği aşikardır. Halen tüm dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresinin ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının artışı ile birlikte kronik hastalıklar da artmaktadır. Dünyada 2005 yılında otuz beş milyon kişi kronik hastalıklardan hayatını kaybetmiştir ve ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre ülkemizdeki ölümlerin %71'i kronik hastalıklar nedeniyle oluşmakta ve ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk yirmi hastalık içinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (İskemik Kalp Hastalıkları, Serebrovasküler Hastalıklar, KOAH, Trakea Bronş ve Akciğer Kanseri, Hipertansif Kalp Hastalıkları, Diyabetes Mellitus gibi) ilk sıralarda yer almakta ve önemli hastalık yükü oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulması ve erken ölümleri önlemek, dönemimizin önemli sağlık programlarını teşkil etmiştir. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik

solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlanmış, uygulamaya konmuştur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 2008 Kanseri Raporu'nda Türkiye, kanser kontrol stratejisi açısından "örnek ülke" olarak belirlenmiştir. Bütün bu başarıların sebebi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artık kanser kontrolünün gerek farkındalığının artırılması, gerek taramalar, gerekse tedaviler açısından bir devlet politikası haline getirilmiş olmasıdır.

3.4. Sağlık Sisteminin Genel Özellikleri

Türk Sağlık Sistemi (TSS), dönüşüm geçirmektedir. Hükümet, SDP'nin bir parçası olarak, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu sistemlerinde parçalanmayı ve duplikasyonu (tekrarlama) engellemek; sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamak için kurumsal ve yapısal reformlar gerçekleştirmektedir. Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organıdır. Sağlık Bakanlığı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti ile anne sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Birinci basamak, ikinci basamak, uzmanlaşmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren tüm yurda yayılmış sağlık merkezleri ile ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi de Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısı şu anda bir bakan, bir müsteşar, beş müsteşar yardımcısı ve bunlara bağlı idari birimlerden oluşmaktadır. Bakanlıktaki örgütlenme, sorumluluğun aşağıdan yukarıya yöneldiği

dikey bir yapıdadır ve il düzeyinde müdürlükler, işlevlerine göre ayrılmış bölümler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetlerin il düzeyinde idaresinden il sağlık müdürlükleri (81 ilde) sorumludur. İl sağlık müdürlükleri, idari konularla ilgili ilin en yüksek mülki amiri olan Vali'ye, teknik konularla ilgili ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapması beklenmektedir. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda-kural geliştiren ve kuralları icra eden birimlerin ayrılması- yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olarak belirginleşmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmalıdır.

Türkiye’deki sağlık hizmetleri kamu ve özel hizmet sunucularından sağlanır. En büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı olup SSK hastanelerinin de devredilmesiyle birlikte etkisi daha da artmıştır. Daha önce diğer devlet bakanlıkları (Savunma, Ulaştırma ve Milli Eğitim), bazı kamu kuruluşları ve belediyelerin de sundukları sağlık hizmeti de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Yine üniversite hastaneleri de önemli hizmet sunucusudur. Sağlık Bakanlığı; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi ve koruyucu hizmetlerin de tek tedarikçisidir. Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci, ihtisaslaşmış yataklı ve ayakta tedavi kurumları ile çok geniş bir ağ dâhilinde hizmet vermektedir. Kamu sektöründeki bu geniş ağ, özel sektörde hem ayakta hem de yataklı tedavi hizmeti veren daha az sayıdaki özel kurumla tamamlanır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aile hekimliği uygulaması 2005 yılında başlamış olup 2010 yılının sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimi; ailenin henüz doğmamış çocuğundan en yaşlı üyesine kadar, ailenin tüm bireylerinin hekimi olarak tanımlanır. Türkiye de sağlık sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesindeki sistemde primli sisteme dayalı sosyal güvenlik rejimi üç farklı sosyal güvenlik kurumu tarafından uygulanmaktaydı: Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur). SSK, özel sektör çalışanları ve kamu işçilerine; Bağ-Kur, bağımsız çalışanlara ve ES, emekli devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti sunmaktadır. Bu güvenlik fonları hem emeklilik sigortası hem de sağlık sigortası işlevlerini üstlenmektedirler. Aktif memurların sağlık masrafları bağlı bulundukları kamu kurumu bütçesinden karşılanmaktadır. Ayrıca 1992 yılından itibaren ‘Yeşil Kart’ programı çerçevesinde sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayan veya çok kısıtlı olan düşük gelirliilere kamu tarafından ücretsiz sağlık bakım hizmetleri sunulmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur (BK) ve Emekli Sandığı (ES) primlerle finanse edilirken yeşil kart ile aktif memurların sağlık harcamaları bütçeden finanse edilmektedir. SSK, BK ve ES esasta primlerle finansmana dayalı iken son yıllarda açıkları yüzünden bütçeden de sübvansede edilir duruma gelmişlerdir. Sosyal güvenlik fonlarının uygulamalarında ve aktüeryal hesaplarında norm ve standart birliğini sağlamak için 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. SGK ile SSK Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü aynı çatı altında toplanmıştır.

Türkiye’de sağlık sistemi ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmektedir. Sağlık harcamaları için 1999-2007 yıllarını kapsayan Ulusal Sağlık Hesaplarına bakıldığında sağlık harcamaları için ana finansman kaynağı Genel Devlet ve Sosyal Güvenlik Kurumlarıdır. Özel sektör içinde ise en

önemli finansman kaynağı hane halkı cepten sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamasının GSYİH'deki oranı 1999 yılında 4,8 iken yıllar içerisinde artış göstermiş ve 2007 yılında bu oran 6,0 olarak verilmiştir. Sağlık harcamasının kamu ve özel ayırımına bakıldığında, 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının %38,9'u özel sağlık harcaması iken %61,1'i kamu sağlık harcamasıdır. Yıllar içerisinde kamu sağlık harcamasının oranında bir artış görülmekte ve 2007 yılında toplam sağlık harcamasının %67,8'ini oluşturmaktadır. Özel sağlık harcaması ise yıllar içerisinde bir düşüş sergilemekte ve 2007 yılında toplam sağlık harcamasının %32,2'sini oluşturmaktadır. Kişi başına yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında 1999 yılında 187 ABD \$ düzeyinde iken 2007 yılında yaklaşık 553 ABD \$ (SGP 813 ABD \$) olarak gerçekleşmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sisteminin finansmanı açısından en önemli gelişmelerden birisi de Genel Sağlık Sigortası uygulamasıdır. Genel Sağlık Sigortası ile sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın önüne geçilerek uygulamada standartların ve norm birliğinin oluşturulduğu bir sistemin kurulması amaçlanmıştır.

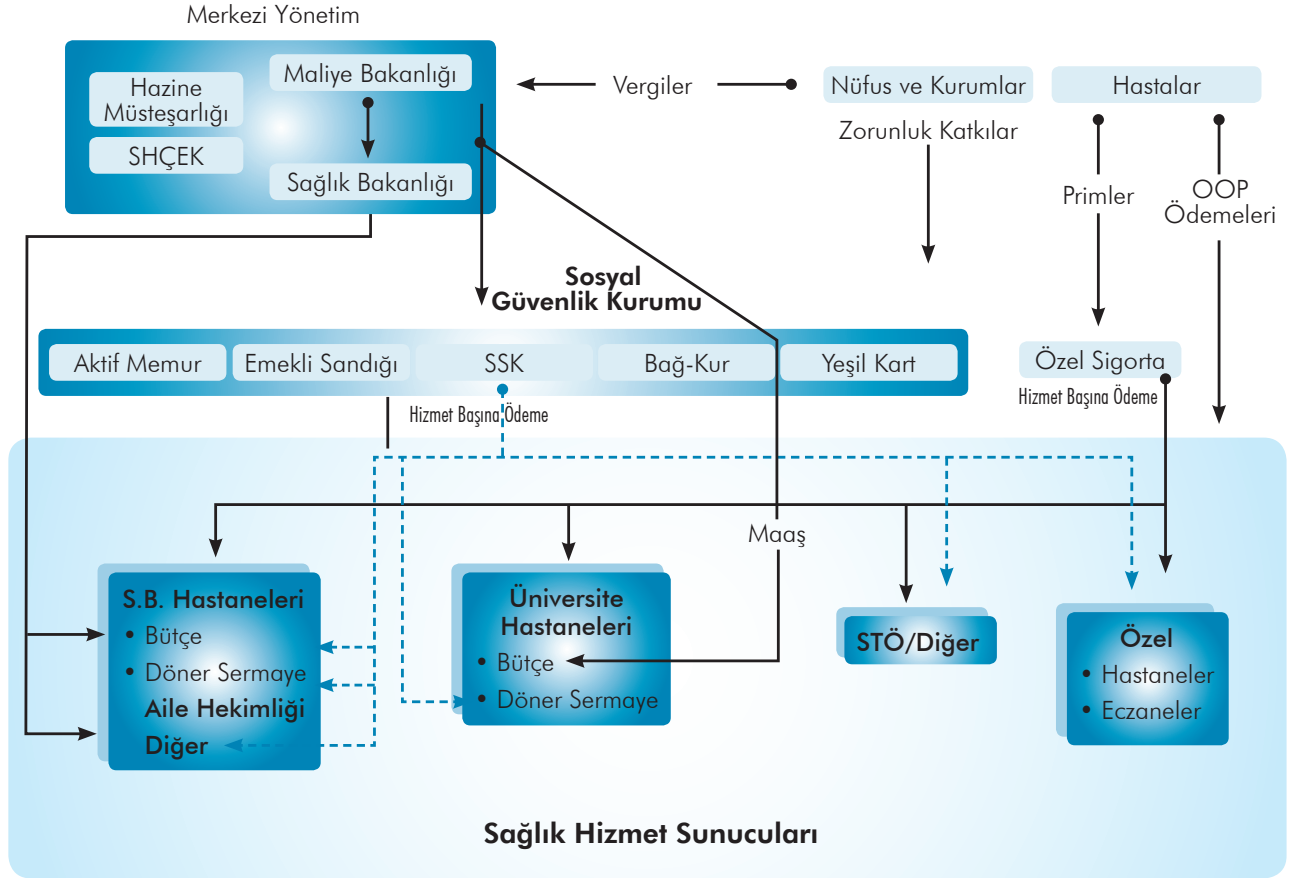
Sağlık sisteminin finansmanında meydana gelen değişimler sonucunda sistemin genel işleyişini, yer alan aktörleri ve bunların arasındaki ilişkiler Şekil 12'de gösterilmiştir.

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası'nı başlatan mevzuatın kabul edilmesiyle Türkiye'deki etkili sağlık sigorta kapsamını iyileştirmeye yönelik uzun soluklu çabalar, yüksek sağlık harcamalarına karşı hem yoksul kesim için malî korumayı hem de

nüfusun sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti iyileştirmiştir. Önceki yıllarda sağlık sigorta kapsamının eksikliği ve nüfus içinde yer alan daha dezavantajlı bazı gruplara yönelik kapsamın yetersiz olması, Türkiye'de belli göstergeler için nispeten daha düşük bir sağlık statüsü ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamıştır. Fakat katastrofik sağlık harcamaları yüzünden yoksullaşan nüfusun yüzdesi küçüktür ve daha da azalmaktadır. Bu oran, hakkında veri sahibi olunan diğer ülkelere göre de düşüktür.

Sağlık işgücünün ülke genelinde dengesiz bir dağılıma sahip olması sorununa Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde çözüm bularak özellikle kalkınmada öncelikli yörelere özendirme politikası izlenmiş, çalışan sayısının artırılması hedeflenmiştir. Bakanlığımıza bağlı kamu sağlık kuruluşlarında Temmuz 2010 itibarı ile yedi yılda 168 bin yeni personel istihdamı sağlanmıştır. 2004 yılında yapılan bir yasal düzenleme (4924 sayılı kanun) ile Sağlık Bakanlığı'na özgü bir istihdam modeli geliştirilmiştir. Bu modelin temeli gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali hakları eşdeğer görevdeki personele göre daha yüksek gerçekleşmektedir. Ayrıca 10 yıllık sözleşmeli çalışma süresi sonunda personele sürekli sözleşmeli olma hakkı verilmektedir. Bunun dışında var olan ancak geçmişte kısıtlı biçimde kullanılan bir sözleşmeli çalışma modeli (4/b) özellikle personel sıkıntısı çeken bölge ve tesislerde personel istihdamında değerlendirilmiştir. Bu sayede uzman hekim açısından en iyi durumdaki il ile en kötü durumdaki il arasındaki oran 1/14'ten 1/2,7'ye; pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,5'e ebe ve hemşire için ise 1/8'den 1/3,6'ya düşmüştür.

Şekil 12. Türk Sağlık Sisteminde Mali Akış Şeması



4. TÜRKİYE’DE BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELEDE POLİTİKA GELİŞTİRME YAKLAŞIMLARI

4.1.Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuş olup temel halk sağlığı hizmetleri (PHC) bu tarihten itibaren kurulmuştur. Ancak aşağıdaki dönemlerde çeşitli yöntemlerle bu hizmetler verilmiştir.

1923-1946 yılları arasında 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 ilkeleri 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.

1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları
Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 10.8.1947/10.6.1948 hazırlanmış olup temel yapı olarak o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

1961-2002 halk sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında bir dönüm noktası olan 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.

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

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 oluşturmıştır.

1992 ve 1993’te 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.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

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

Bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 ve Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Eylem Planı

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirmesi önerilmektedir. Sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi zorunluluğu vardır. Adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak herkese sağlık güvencesi sağlanmalı, cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırım sağlık hizmetinden yararlanmaya engel teşkil etmemeli, sağlık hizmetleri kolay erişilebilir olmalı, sunulan sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmıştır. 3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkese Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- 1- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Acil Eylem Planı'nın 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.

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulamaya konulmuştur. Program, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır. Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkılmıştır.

2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına, edinilen 5 yıllık tecrübe ışığında, aşağıdaki 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.

Programın sadece bugünü değil, yarını da ciddi anlamda etkileyeceği ve sağlık alanında amaçlanan hedeflere ulaşılmasında önemli bir mihenk taşı olma özelliğini taşıyacağı kuşkusuzdur.

Sağlık Bakanlığı, bu programın uygulanması ve sağlık alanında arzulanan noktaya ulaşılması hususundaki kararlılığını göstermiş ve birçok uygulamayı hayata geçirmiştir. Bu dönemde vatandaşımızın hayatını kolaylaştıran adımlar cesaretle ve kararlılıkla atılmıştır. Bu anlayış içinde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Dar gelirli kesimlere yönelik olarak sosyal güvenlik sisteminde vatandaşlarımızın hakları genişletilmiştir; Yeşil Kart sahiplerinin "ayakta tedavi" kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır olmuştur.

İlaçtaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış ve ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü büyük ölçüde hafifletilmiştir. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve yaygınlaştırılmıştır.

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırmıştır. Son yedi yılda 476'sı hastane ve ek binası; 1295'i birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 1.771 yeni sağlık tesisi hizmete sunulmuştur.

Son 8 yılda dünyanın takdir ettiği büyük ölçekte bir dönüşüm programı uygulanmasına rağmen, faiz dışı genel kamu harcamaları ve kamu sağlık harcamalarındaki artış eğilimlerinin paralel olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu kaynakları daha verimli kullanılmaya başlanmıştır.

Sosyal ve ekonomik kalkınmanın farklı aşamalarındaki ülkeler sağlık sistemlerinin dört temel fonksiyonunu güçlendirmeye çalışmaktadır: Vekilharçlık, finansman, kaynaklar ve hizmet sunumu. Sağlık sistemleri bu fonksiyonlarla aşağıdaki nihai amaçlara ulaşmayı hedeflemektedir:

- Gelişmiş sağlık düzeyi,
- İnsanların sağlık ihtiyaçlarına cevap verme
- Sağlık maliyetleri karşısında mali koruma.

Ülkemizde 2002 yılı sonundan itibaren 58, 59, ve 60. hükümetlerce uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetleri sunumunun daha etkili, verimli ve erişilebilir olması, çağdaş düzeyde ve nitelikli hâle getirilmesi için bir dizi değişiklik ve yenilik uygulanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel sağlık göstergelerine olumlu etkilerinin yanı sıra, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının artışına da katkısı olmuştur. 2003 Yılında %39,5 olan sağlık

hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2009 Yılı sonunda %65,1'e ulaşmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye-2008 Raporunda aşağıdaki şekilde vurgulanmıştır: "Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın bu ilk safhalarında Türkiye'nin "devasa" bir reformu etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir. Program, hem Türkiye'nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini yansıtmakta hem de aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere "iyi uygulama" örneği teşkil etmektedir.

Stratejik yönetim anlayışı çerçevesinde **Sağlık Bakanlığı 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik plânını hazırlamıştır.**

Plânda yer alan amaçlar ve onları tamamlayan hedefler, Sağlık Bakanlığı'nın vazifesini (misyonunu) başarmak için beş yıl boyunca yapacağı yatırımların ve yürüteceği faaliyetlerin odak noktasını teşkil etmektedir. Bu faaliyetler sağlık sistemlerinin dört temel fonksiyonu çerçevesinde incelenerek stratejik amaçlara ulaşmada izlenecek metotlar üzerinde değerlendirilmiştir.

Plânda bir adet nihai amaç belirlenmiştir: **"Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek"**. Bu nihai amaca ulaşmak için de üç stratejik amaç tespit edilmiştir.

Belirlenen bir nihai amaç, üç stratejik amaç ve bulaşıcı olmayan hastalıkların ve ilgili risk faktörlerinin kontrolü ile ilişkili olan stratejik hedefler (SH) aşağıda görülmektedir:

NİHAİ AMAÇ: Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek

Stratejik Amaç 1: Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak

SH 1.1. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak.

SH 1.5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve hastalık sıklıklarını %25 azaltmak.

SH 1.6. On beş yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını 2014 yılına kadar %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak.

SH 1.7. Sağlıklı ve güvenli fiziki çevrede yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak.

SH 1.8. Çalışanların iş sağlığı hizmetlerine bütünüyle erişimini sağlamak, meslek hastalıklarından kaynaklanan ölüm ve maluliyet oranlarını azaltmak.

Stratejik Amaç 2: İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak.

SH 2.1. Hastane hizmetlerini idari, yapısal ve fonksiyonel olarak geliştirmeye devam etmek, hizmet standartlarını yükseltmek ve verimliliği artırmak.

SH 2.2. Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini artırmak, erişilebilirlik, etkililik, verimlilik,

ölçülebilirlik ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde yürütülmesini sağlamak.

- SH 2.3.** Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması çerçevesinde liderlik etme, düzenleme, planlama ve denetleme rolünü 2011 yılına kadar belirgin hale getirmek.
- SH 2.4.** "Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonu (TTSHO)"nu 2014 yılı sonuna kadar tamamlayarak bölgeleri kendi içerisinde yeterli sağlık alanları haline getirmek.
- SH 2.5.** Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında, ARGE çalışmaları ve bilimsel yayınları desteklemek.
- SH 2.6.** Sağlıkta ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerini geliştirmek ve güvenli, erişilebilir, kaliteli şekilde sunumunu sağlamak.
- SH 2.7.** Karar ve hizmet sunumu sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/E-Sağlık'ı kurmak, işletmek ve geliştirmek.
- SH 2.8.** Sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulmalarını sağlamak, çoksektörlü sağlıksorumluluğu politikasını geliştirmek.
- SH 2.9.** Sağlık Turizmi konusunda Türkiye'yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek ve sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum kapasitesini artırmak

Stratejik Amaç 3: Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak.

- SH 3.1.** Sağlık hizmet sunumunda insan odaklı yaklaşımı temel alarak bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek.
- SH 3.2.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetini artırmak ve insan odaklı hizmet üretmek için aile hekimliği uygulamasını 2010 yılı sonuna kadar tüm yurda yaymak.
- SH 3.3.** Sağlık hizmet sunum süreçlerinde tıbbi gerekliliklerle birlikte hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine cevap vermek ve memnuniyet düzeyini yükseltmek.
- SH 3.4.** Halkımızın sağlık hizmetlerine erişiminde finansal riskten korunmasını sağlamak.

Stratejik Planlama Süreci

Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu’nun ilgili maddesi gereğince Sağlık Bakanlığı 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planını hazırlamak için çalışmalarına başlamış ve Bu kapsamda stratejik planlama sürecinde birim çalışmalarını yönlendirmek ve yapılan çalışmaların üst yönetimle paylaşılmasını sağlamak ve önerilerin birimlere iletilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi oluşturulmuş ve Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’nda stratejik yönetimin temel bileşenlerinin hayata geçirilmesi amacıyla Stratejik Planlama Yol Haritası hazırlanmıştır. Stratejik planlama sürecinin iyi yönetilmesi amacıyla ilk olarak koordinasyon ekibi ve SPE’ye yönelik üyeler arasında ortak kavramsal bir dil sağlayacak ve uygulanabilecek yöntemler konusunda gelişimi destekleyecek eğitim ve çalışma programları düzenlenmiştir. Bu eğitimlerin ardından birim amirlerinin bilgisi dahilinde oluşturulan alt çalışma gruplarına ve orta ve alt düzey diğer yöneticilere yönelik bilgilendirmeler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yöneticileri ve stratejik planlama ekip üyeleri ile birlikte birçok defa uygulamalı eğitimler ve atölye çalışmaları yapılmıştır. İç paydaş toplantılarında merkez ve taşra teşkilatında çalışan sağlık personelinin görüş ve önerileri alınmış ve analiz edilmiştir. Yapılan dış paydaş anketi ile de dış paydaşların görüş ve önerileri alınmış ve analiz edilmiştir.

Bu çalışmalar neticesinde çıkan sonuçlar Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi (SYKE) tarafından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte yürütülen “Sağlık Sistemlerinin Performansının Değerlendirilmesi” (HSPA) projesi kapsamında oluşturulan “Türkiye Sağlık Sistemi İçin Bir Strateji Haritası” modeli de göz önüne alınarak hizmet sunumu, kaynaklar, veki harçlık, finansman gibi kriterlere göre düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın stratejik amaç ve hedeflerini gerçekleştirecek olan sorumlu ve destek birimler “Hedef/Birim Matrisi” ile tespit edilmiştir. Böylece stratejik hedeflerin, hedefe yönelik stratejilerin ve performans göstergelerinin sorumluluk düzeyleri ortaya konulmuştur. Sorumlu birimlerin idare performans programında yer alan ulaşmak istedikleri performans hedefleri ve performans göstergeleri arasındaki ilişkiler belirlenmiştir.

Stratejik Planlama Sürecinde Yer Alan Ekipler ve Görevleri

Strateji Geliştirme Üst Kurulu (SGÜK): Kurul, yapılacak çalışmaları yönlendirerek Sağlık Bakanlığı’nın amaç ve politikalarının belirlenmesini sağlamak üzere Bakan, Müsteşar, Müsteşar Yardımcıları ve birim amirlerinden oluşmaktadır. Yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve hazırlanan raporların incelenip onaylanmasından sorumludur.

Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi (SYKE): Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi, stratejik planlama sürecinde liderlik ve yönlendiricilik görevini sağlamak, birimlerin çalışmalarını yönlendirmek ve yapılan çalışmaların üst yönetimle

paylaşılmasını sağlamak amacıyla kurulmuştur. SYKE stratejik planlama çalışmaları ve faaliyetlerini koordine etmek ve SPE üyelerine stratejik planlama çabalarının önemini bildirmek ve üst yönetimin talimatlarının birimlere iletilmesi ile görevlidir. SYKE, misyon, vizyon, stratejik konular, stratejik amaç ve hedeflerin belirlenmesi, kurumsal ilke ve değerlerin tanımlanması, kilit başarı faktörlerinin tespiti, iç ve dış paydaşların tespiti, iç çevre tarama takımlarının oluşturulması ve çalışması, dış çevre anket formlarının oluşturulması ve bu çalışmalardan edilen sonuçların analizi ve gözden geçirilmesi gibi çalışmaları koordine etmiştir.

Strateji Geliştirme Başkanlığı (SGB): Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde stratejik yönetim sisteminin oluşturulması için gerekli planlama faaliyetlerini belirlemek, birimler arası çalışmaları koordine etmek ve bürokratik iş ve işlemleri gerçekleştirmek üzere Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı (SYPDB) kurulmuştur. Stratejik Planlama çalışmalarında; toplantıların organizasyonu, kuruluş içi ve dışı iletişimin sağlanması gibi destek hizmetler bu birim tarafından yapılmıştır. Planlama ile ilgili yazışmalar ve belge yönetimi, ihtiyaç duyulan birimlere eğitim ve bilgi verilmesi, verilerin toplanması ve sonuçlarının ilgili birimlere gönderilme işlemi doğrudan bu birim tarafından yürütülmüştür.

Stratejik Planlama Ekibi (SPE): Stratejik planlama sürecinde yapılacak faaliyetlerin etkili bir şekilde yürütülmesi için birimler arası ve birim içi çalışmaların koordine ve konsolide edilmesi amacıyla alanında yetkin, çeşitli yönetim kademelerinden ve değişime açık yetmiş yedi kişiden Stratejik Planlama Ekibi (SPE) oluşturulmuştur.

Stratejik Planlama Alt Çalışma Grupları (SPAÇG): Stratejik planlama sürecinde tüm birimler bünyesinde Stratejik Planlama Ekibi (SPE) ile ortaklaşa çalışan Stratejik Planlama Alt Çalışma Grupları (SPAÇG) oluşturulmuştur. Bu ekipler stratejik planlama sürecinde çalıştığı birimi temsil edebilecek ve grup çalışmalarına katkıda bulunabilecek bilgi ve birikime sahip birim çalışanlarından oluşturulmuştur.

Stratejik Planlamanın Unsurları: Stratejik planlama çalışmalarında; başta DPT Müsteşarlığınca hazırlanan “Kamu Kuruluşları için Stratejik Planlama Kılavuzu-2” temel doküman olarak kullanılmış, ayrıca verilen eğitimlerde ve kullanılan planlama tekniklerinde kıyaslama yöntemi ile diğer ülkelerin sağlık bakanlıklarının planları incelenmiş ve literatürde konulara ilişkin kaynaklardan yararlanılmıştır. Kurumsal Değerler, Bakanlığa ilişkin algılamalar, iş yapma tarzı, iç ve dış paydaşlarla olan ilişkilerde göz önünde bulundurulmuş düzenleyici kuralları, yönetim biçimi ve kurumsal davranış kalıplarıdır. Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal değerleri, Stratejik Planlama Ekibi tarafından belirlenmiştir.

- Bu çalışmada üyelerden Sağlık Bakanlığı çalışanları olarak” Hizmet Sunduğu Hedef Kitleye,
- Çalışanlarına,
- Kendisine Hizmet Sunanlara,
- Hizmetleri İle İlgili Olarak Tedarikçilerine,
- Kendisine Ürün Satanlara,
- İlişki İçinde Olduğu Diğer Kurum/ Kuruluşlara,

Nasıl davranacağız sorularının cevabının aranması istenmiştir:

Son aşamada SPE üyelerinin tamamının üzerinde mutabakata vardığı kurumsal değerler belirlenmiştir. Bu kapsamda kurum kültüründe yapılması düşünülen kültürel değişim alanları belirlenmiş ve bu değişimin nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin stratejiler ve eylemler geliştirilmiştir.

Faaliyet Alanları ve Stratejik Konular, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen faaliyetlerin ana amacı, Ülkedeki herkesin ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde sağlığının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmektir. Sağlık Bakanlığı'nın temel faaliyet alanları, yasal yükümlülükler de dikkate alınarak yapılan atölye çalışmasında SPE tarafından belirlenmiştir.

Stratejik konu, kurumun görev ve sorumluluklarını, vazifesini, sunduğu hizmet düzeyini ve hedef kitlesini, harcamalarını, finansal durumunu, kurumun yönetimini etkileyen temel konuları kapsamakta, bir başka ifadeyle kurumun önceliklerini tarif etmektedir. Stratejik konuların tespitinin temel çıktısı; stratejik amaç ve hedeflerinin belirlenmesi ve önceliklendirmeye girdi sağlamaktır. Stratejik önceliklerin tespitine GZFT analizi çıktıları temel teşkil etmiş, konunun vazife ve yasal yükümlülükler açısından önemi dikkate alınmıştır. Çalışma kapsamında stratejik konuların mümkün olduğunca sonuç odaklı olması hedeflenmiş ve stratejik önceliklerin tespitinde sayısal bir sınırlama

yapılmayarak konular stratejik planlama ekibi ile ortaklaşa belirlenmiştir. Mevcut misyondan arzu edilen vizyona ulaşmak için gerekli görülen alanlar beyin fırtınası yöntemiyle listelenmiş ve daha sonra bu liste üzerinde yapılan değerlendirmeler sonucu stratejik konular belirlenmiştir.

Stratejik Amaçlar, Stratejik amaç ve hedeflerin tespiti çalışması ile genel olarak Sağlık Bakanlığı'nın ulaşmak istediği noktanın belirlenmesi öngörülmüş; söz konusu amaçların, Sağlık Bakanlığı'nın faaliyetlerini daha ileri bir noktaya götürecek nitelikte olmasına ve ayrıca, gerçekçi ve ulaşılabilir bir özellik taşımasına dikkat edilmiştir. Bu çalışma sırasında GZFT matrisi sonuçları da dikkate alınmıştır. Stratejik amaçların; vazife, ülkü, kurumsal değerlerle uyumlu, vazifenin yerine getirilmesine katkıda bulunacak ve mevcut durumdan gelecekteki arzu edilen duruma dönüşümü sağlayabilecek nitelikte, ulaşmak istenen noktayı açık bir şekilde ifade eden ve stratejik planlama sürecinin sonraki aşamalarına rehberlik edecek şekilde olmasına dikkat edilmiştir.

Kilit başarı faktörleri SPE tarafından Sağlık Bakanlığı hizmet sunumunda başarılı olmak için nelere odaklanacak? sorusunun yanıtlanması ile tespit edilmiştir.

Stratejik hedefler, stratejik amaçların gerçekleştirilmesi için SMARTER hedefler tespit edilmiştir.

- S** (Specific-Özel)
- M** (Measurable-Ölçülebilir)
- A** (Cesur-Audacious-İddialı)
- R** (Results Focused-Sonuca Odaklanmış)
- T** (Time Bound-Zaman Sınırlı)
- E** (Encompassing-Kapsayıcı)
- R** (Reviewed-Gözden Geçirilmiş)

Böylece, hedeflerin özel, ölçülebilir, cesur, sonuca odaklı, zaman sınırlı ve kapsayıcı olması sağlanmıştır. Hedeflerin vazife, ülkü ve stratejik amaçlarla uyumlu olmasına dikkat edilmiş ve paydaş beklentileri, konulara ilişkin alternatifler ve mevcut durum analizi göz önünde bulundurulmuştur.

Stratejik amaçlar, Sağlık Bakanlığı'nın beş yıl süresince planı başarmak için yapacaklarının çok genel ifadeleridir. Her amaç için ayrıntılı alt hedefler belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın vazifesini başarmak amacıyla her bir hedef için amaçlarla da uyumlu olacak şekilde ayrıntılı hedefe yönelik stratejiler belirlenmiştir.

Diğer yandan DSÖ 2008-2013 Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Eylem Planı ve DSÖ Avrupa Bölgesinin hazırladığı Sağlığı Kazanmak Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi kitapları Türkçeye çevrilerek ilgili kurum ve yerel sağlık müdürlüklerine çalışmalarında yararlanmaları için dağıtımı yapılmış ve Bakanlığımız web sayfasında da yer almaktadır.

4.3. Spesifik Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin Politikalar

Dr.Nazan Yardım, Gülay Sarıoğlu, Meltem Soylu

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da önemli boyutlardadır. 2000 yılında gerçekleşen toplam 430.459 ölümün 305.467 tanesi kronik hastalıklar nedeni ile olmuştur. Bunların 205.457 tanesi ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. Ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde kronik hastalıklar ilk üç sırayı (iskemik kalp hastalığı %22, Serebrovasküler hastalıklar %15 ve KOAH %6) tutmaktadır. İlk on ölüm nedeni içerisinde iskemik kalp hastalıkları 1.sırada, hipertansif kalp hastalıkları ise 6. sırada, inflamatuvar kalp hastalıkları ise 10. sıradadır. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri sıralamasında ilk iki sırada kronik hastalıklar yer almakta olup kardiyovasküler hastalıklar %48 ile ilk sıradadır.

Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 102.386'dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700'e, 2020 yılında 175.663'e, 2030 yılında ise 235.567'ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır. 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. Otuz yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir.

Hastalık yükü açısından bakıldığında da ilk on hastalık yükü sıralamasında kronik hastalıklar 2. (iskemik kalp hastalığı) ve 3. sırada, temel hastalık grupları açısından ilk iki sırada (kardiyovasküler hastalıklar %19, Nöropsikiyatrik hastalıklar %13) yer almaktadır.

DSÖ günlük beş ve üzeri sebze-meyve porsiyonu tüketimini yeterli sebze ve meyve tüketimi olarak bildirmektedir. Türkiye’de ise ortalama günde 1,64 porsiyon meyve tüketimi, 1,57 porsiyon sebze tüketimi tespit edilmiştir. Ulusal Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye’de nüfusun %20,32’sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,99’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. Obezite sıklığı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %22-48 ve erkeklerde %17-21 arasında bulunmuştur.

Tansiyon yüksekliği, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, obezite gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı olan:

- ◆ 860.083 DALY yükünün 772.814’sinin önlenebileceği ve
- ◆ 300.000’den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır

Dünya ile paralellik gösteren ülkemizdeki yukarıda kısaca ifade edilen mevcut durumun ışığında, DSÖ başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve risk faktörlerinin kontrolüne yönelik aşağıda ifade edilen bir dizi çalışmayı yürütmektedir.

Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde daha önce kurulan Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı ile Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığının yanı sıra 18.01.2008 tarihinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlığın Geliştirilmesi Daire Başkanlıkları kurulmuştur.

4.3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları

Üç temel risk faktörüne (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) yönelik olarak hazırlanan ve entegre toplum tabanlı bir program olan “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” 25 Aralık 2007 Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi’nin imza töreninde açıklanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu Eylem Planı’nın devamı niteliğinde olan ve daha sağlıklı bir Türkiye için, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile bu alanda kontrolün sağlanmasını amaçlayan kalp ve damar hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik yüksek risk stratejilerini de içeren “Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014”de tamamlanmıştır. Belirtilen eylem planlarının hazırlanmasında Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, DSÖ 2008-2013 Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejileri Eylem Planı (DSÖ 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases), T.C. Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan ve Eylem Planı, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı, Obezite ile Mücadele

Ulusal Eylem Planı 2010-2014; Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008, Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi (European Heart Health Charter), DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa İnme Stratejilerine Yönelik Helsinborg Deklarasyonu 2006 (Helsinborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies, WHO Europe), DSÖ Herkes İçin Sağlık 21 Hedefleri, Kardiyovasküler Risk Platformu Ortak Bildirisi, DSÖ'nün Kronik Hastalıkların Önlenmesine ilişkin politika dökümanları, Avrupa Birliği Müktesebatı ve Beyaz Kitap, Sağlık İçin Hep Birlikte: Avrupa Birliği Stratejik Yaklaşımı (White Paper, Together For Health: A Strategic Approach for the EU), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Kamu İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu 2006 göz önünde bulundurulmuş ve ilgili dokümanlarla uyumlu olmasına özen gösterilmiştir.

Bu plan,

- Kalp ve damar hastalıklarında risk faktörleri ve korunma,
- Örgütlenme, insan gücü planlama ve eğitim,
- Acil tedavi hizmetleri ve kardiyopulmoner resusitasyon
- Cihaz ve ilaç yönetimi,
- Çocuklarda kalp ve damar hastalıkları,
- Kardiyovasküler cerrahi,
- Serebrovasküler hastalıklar ve inme
- Rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri,

- Geleceğe yönelik uygulamalar.
- Sektörler arası işbirliği

Planın hazırlanmasında geniş bir konsensüs sağlanarak ilgili tüm kamu kurumları, üniversiteler ve STK'lar görev almışlardır.

Programın yürütülmesi için gerekli olan idari yapılanmada GARD Türkiye modeline benzer bir yapılanma planlanmaktadır.

Bunların yanı sıra, Sağlık Bakanlığı Sivil Toplum Kuruluşları ve üniversiteler ile yürütülen proje ve programlara da oldukça büyük önem ve destek vermektedir. Bu çalışmalar hekim ve halk eğitimleri; toplum taramaları ve model geliştirme çalışmalarını içermektedir.

Nüfusumuzun 2023 yılında %13,2 artacağı tahmin edilmektedir. Ancak koroner kalp hastalığı için risk grubu olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun artış oranının ise yaşlanan nüfusumuz nedeniyle %39,7 olarak tahmin edilmektedir. Bu dinamiklere göre, kalp-damar hastalarının sayısının yılda ortalama %7'nin üzerinde artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle ulusal plan çalışmaları kapsamında, kardiyoloji ve KVC hizmetlerinin geliştirilmesi ve nitelikli hizmet verilmesi hedeflenmiştir.

Bölgesel sağlık planlaması kapsamında; 26 ilde kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkez kurulması planlanmış ve çalışmalar, belirlenen 7 koordinatör hastanenin desteği ile başlatılmıştır. Buralarda çalışan personel eğitime alınmış ve eğitimler büyük ölçüde tamamlanmıştır. Hastalarımız artık kendi yaşadıkları yere en yakın hastanede KVC gibi son derece ileri teknoloji ve ekip gerektiren hizmetleri alabilir hale gelmişlerdir.

4.3.2. Diyabet

Dr.Nazan Yardım, Nevin Çobanoğlu

Ülkemizde 20 yaş üzeri nüfusta diyabet 1997 yılında %7 iken 2009 yılında %13 olarak bulunmuştur. 2003 yılında diyabet tanısı olduğunu belirtenler %5 iken 2009 yılında bu rakam %9 olmuştur. 35 yaş üstü nüfusta ise %11,3 ve 14,5 (2009) olarak bulunmuştur. Diyabet, Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır. Cinsiyetlere göre bakıldığında ise erkeklerde 11., kadınlarda ise 7. sıradadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında, 15-59 yaş grubunda 6., 60 yaş ve üzerinde ise 8. sırada yer alan ölüm nedenidir. Diyabet, kentsel alandaki toplam ölüm nedenleri arasında %2,1; kırsal alandaki toplam ölüm nedenleri arasında ise %2,3’ü teşkil etmektedir. Ölüm nedenlerine bölgesel dağılıma göre bakıldığında diyabetin, batı bölgesinde %2,3; doğu bölgesinde ise %1,8’lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Diyabet, 15-59 yaş grubu için ulusal düzeyde hastalık yüküne (DALY) neden olan ilk 10 hastalık arasında yer almaz iken 60 yaş ve üzerinde %4,9 ile 4. en yüksek hastalık yükünü oluşturan hastalık olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca 60 yaş ve üzeri nüfus için ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk 10 hastalık arasında erkeklerde %3,9; kadınlarda ise %5,8’lik bir orana sahip bulunmaktadır. Diyabet kaynaklı ölümler erkeklerde 2010 yılı için 3982, 2020 yılı için 4366, 2030 yılı için ise 4868 olarak tahmin edilmiştir. Kadınlar içinse diyabet kaynaklı ölümler 2010 yılı için 6174, 2020 yılı için 6902, 2030 yılı için ise 8175 olarak tahmin edilmiş olup Ülkemizde çocuk yaş grubunda görülen Tip 1 diyabete dair sıklıklar kesin olarak bilinmemektedir. İstanbul’da

6-18 yaş arası okul çocuklarını kapsayan geniş bir popülasyonda Mart-Haziran 2009 tarihlerinde yapılan bir taramada prevalans 0,66/1.000 olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde 20 yaş üstü nüfusun 1/3’üne yakını metabolik sendromludur. Kadın nüfusumuz erkek nüfusa oranla daha fazla risk altında olup Türkiye genelinde metabolik sendroma yakalanma sıklığı oranı erkekler için %28,8; kadınlar içinse %41,1’dir (2009).

Sağlık Bakanlığı Türkiye için önemli bir sakatlık yükü (YLD-Years Lost of Disability) yapan hastalıklardan birisi olan diyabete yönelik mücadele çalışmaları kapsamında çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde yol gösterici olan diyabet surveyansı verilerinin edinilmesi konusunda iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına özel önem vermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin (2004-2009) bileşenlerinden biri, karar süreçlerinde etkili bilgiye erişim sağlama amacı ile Sağlık Bilgi Sisteminin geliştirilmesi olmuştur. Halen devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi II. Fazı olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (2009-2013) kapsamında Bakanlığımız İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı Bilgi Sistemleri ve Teknolojileri Koordinatörlüğü, Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Projesi bünyesinde Sağlık Net veritabanını geliştirme çalışmasını devam ettirmektedir. Halen aktif halde bulunan Hastane Bilgi Sistemi (HBS) ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kullanılarak ilgili Minimum Sağlık Veri Seti (MSVS) içeriğinde

yer verilen değişkenler sağlanabilmektedir. Karar Destek Sistemlerinin (KDS) geliştirilmesi ile bu veriler kullanarak istenen göstergeler hesaplanabilmekte ve elektronik ortamda güncel süveyans verisi sağlanması mümkün olmaktadır.

Diyabet Minimum Sağlık Veri Seti, tüm diyabet hastaları için uygulanan tespitler ve izlem işlemleri üzerine olup içeriğinde; kurum, ilk tanı tarihi, boy, ağırlık, bel çevresi, egzersiz (yok, hafif, orta, ağır), tıbbi beslenme tedavisine uyum (var, yok), sistolik ve diyastolik kan basıncı, tiroit muayenesi (tiroit ele gelmiyor, nodüler ele geliyor, diffüz ele geliyor) ve birlikte sık görülen ek hastalıklar (hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı) yer almaktadır. Diyabetin tedavisi, bakımı ve izlem kalitesi üzerine göstergelerin (başta HbA1c değeri) sağlanmasına yönelik iyileştirme çalışmaları devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı ayrıca, güvenilirliği yüksek süveyans çalışmaları için işbirliği sağlamaktadır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması 2010 (TURDEP II) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ile birlikte yürütölmüş olup ilgili saha araştırması Sağlık Bakanlığı personeli tarafından gerçekleştirilmiştir. Yine, İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study, PURE Çalışması) Türkiye Ayağı Sağlık Bakanlığı onayı ile yürütölmektedir.

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, önceki yıllarda da diyabetle programlı bir şekilde mücadele etme yaklaşımı paralelinde çalışmalar geliştirilmiş ve yürütölmüşür. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Uluslararası Diyabet Federasyonunun girişimi ile geliştirilen ve 1989 yılında ilan edilen “St.Vincent Bildirisi” bölgemiz için bir diyabet stratejisi belirlemiş ve bu bildiri ölkemiz adına 1992 yılında imzalanmıştır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığı önderliğinde “Ulusal Diyabet Programı” adı ile geliştirilen program uygulamaya konmuş, bu kapsamda diyabet poliklinikleri/merkezleri oluşturulup yaygınlaştırılmıştır. St.Vincent Bildirisinin 10. yıldönümüne denk düşen Beşinci Toplantısı 1999 yılında Sağlık Bakanlığı ev sahipliğinde İstanbul’da düzenlenmiş ve neticesinde “İstanbul Bildirisi” yayınlanmıştır. Bu süreç 2003 yılında revize edilmiş ve “Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı” olarak düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2009 yılı başından itibaren, diyabete yönelik mücadele ve diyabet hastalığının yönetimi politikalarını, DSÖ’nün ilgili strateji ve eylem planlarına paralel ve günümüzün mücadele tekniklerine uygun olarak yeniden düzenleme çalışması başlatmış bulunmaktadır. “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı” adı altında geliştirilmiş olan ölkemizin resmi diyabet stratejisi beraberinde, ilgili eylem planları hazırlanmıştır. Eylem planları aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

1. Diyabet Verisi Yönetiminin Geliştirilmesi
2. Diyabete Yönelik Risk Faktörlerinin Önlenmesi Stratejileri
3. Diyabet ve Komplikasyonlarına Yönelik Sağlığı Geliştirme Faaliyetleri
 - 3.1. Diyabetin Önlenmesi ve İyi Yönetiminde Gerekli Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Sağlanması
 - 3.2. Diyabetin Önlenmesi ve İyi Yönetiminde Destekleyici Çevreler Oluşturulması
 - 3.3. Diyabetin Önlenmesi ve Yönetiminde Sivil Toplum Desteğinin Teşviki
4. Diyabette Erken Tanı ve Tanı Standartlarının Güçlendirilmesi
5. Diyabet Tedavisinin Güçlendirilmesi ve Diyabet Yönetiminin İyileştirilmesi
 - 5.1. Diyabet Tedavi ve Takibinin Geliştirilmesi
 - 5.2. Diyabet Tedavisinin Güçlendirilmesi
 - 5.3. Diyabet Hastalarının Sağlık Hizmetine Erişimlerinin İyileştirilmesi
 - 5.4. Gebelik Diyabeti Yönetiminin Geliştirilmesi
 - 5.5. Diyabette Acil Durumların Tanı ve Tedavisinin Güçlendirilmesi
 - 5.6. Diyabet Hastalarında Bağışıklama
 - 5.7. Diyabette Özel Durumlar için Tedavi Kriterleri Geliştirilmesi
 - 5.8. Diyabet Bakımında Yaşlılara Özel Durumlara Dair Farkındalığın Yükseltilmesi
 - 5.9. Diyabet Bakımında Fizyoterapi ve Rehabilitasyonun Güçlendirilmesi
 - 5.10. Diyabetikler için Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi
 - 5.11. Diyabetiklerin Özbakımlarının İyileştirilmesi
 - 5.12. Diyabete Eşlik Edebilen Diğer Sağlık Koşulları Hakkında Farkındalığın Yükseltilmesi
6. Diyabet Komplikasyonlarının Azaltılması
7. Diyabet Bakımının Geliştirilmesinde Çocukluk Çağına Özel Yaklaşımlar
8. Diyabet Konulu Eğitimlerin Güçlendirilmesi
 - 8.1. Diyabet Konulu Halk Eğitimi, Diyabetli Hasta Eğitimi ve Örgün Eğitimde Diyabet Konusunun Güçlendirilmesi
 - 8.2. Diyabet Konulu Hizmetiçi Eğitimlerin Güçlendirilmesi
9. Diyabetin Yönetiminde Maliyet Etkililik ve Sosyal Güvenlik (Sağlık Güvencesi) Boyutunun Geliştirilmesi
10. Diyabet Bakımına Yönelik Sağlık İş Gücünün Planlanması

Stratejik plan ve eylem planı, bu unsurların belirleyiciliğinde, diyabetle etkin mücadeleyle yönelik stratejik planlar hazırlayan ve iyi uygulama örneği gösteren ülke deneyimlerinden de faydalanılarak proje grubuyla yapılan çalışmalar sonrasında beş temel amaç üzerine şekillendirilmiştir:

Amaç 1: Diyabetin önlenmesi

Amaç 2: Diyabetin ve komplikasyonlarının etkin tedavisi

Amaç 3: Diyabetik yaşam kalitesinin yükseltilmesi

Amaç 4: Çocukluk çağı diyabetinin kontrolü

Amaç 5: Diyabet yönetimine destek alanlarda güçlendirme

Hazırlanan programın uygulamasında GARD Türkiye modeline benzer bir yapılanma benimsenmiştir.

Programın uygulanmasında yerel yönetimlerin hem fiziksel aktivite olanakları sunma hem de üniversiteler ve STK ile işbirliği yaparak toplumsal farkındalık çalışmalarına destek vermeleri açısından önemli rolleri bulunmaktadır.

Bunların yanı sıra, Sağlık Bakanlığı Sivil Toplum Kuruluşları ve üniversiteler ile yürütülen ulusal ve uluslar arası proje ve programlara da oldukça büyük önem ve destek vermektedir. Bu çalışmalar hekim ve halk eğitimleri; toplum taramaları ve model geliştirme çalışmalarını içermektedir. Bu kapsamda bütün dünyada 17 ülkede, kentsel ve kırsal bölgelerde yaşam tarzı değişikliklerini, risk faktörlerini ve kronik hastalıkları belirli aralıklarla veri toplayarak izleyen 12 yıllık ileriye dönük bir kohort çalışması olan İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma Türkiye Ayağı–PURE Çalışması (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study: PURE) Kanada Ontario Hamilton’daki McMaster Üniversitesi, Halk Sağlığı ve Araştırma Enstitüsü (Population Health and

Research Institute) Metabolik Sendrom Derneği tarafından Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe EAH Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi işbirliğiyle yürütülmektedir.

4.3.3. Kronik Hava Yolu Hastalıkları (KOA -Astım)

Dr.Nazan Yardım,Ertuğrul Gökteş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için acil eylem çağrısında bulunmuş ve bu amaçla Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel Birlik (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases - GARD) kurulumunu gerçekleştirmiştir. GARD ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya vizyonu çerçevesinde çalıştığı bir birlik olup hedefi kronik solunum yolu hastalıklarının küresel yükünü azaltmak ve bu hastalıklarla mücadelede geniş kapsamlı bir yaklaşım başlatmaktır. DSÖ; GARD ile uluslararası kuruluşların işbirliğini sağlayarak her ülkenin kendi programları ile GARD içinde sürmekte olan programlar arasında işbirliği oluşturmayı hedeflemektedir. Bu programların hükümetler tarafından yönetilmesi şartı bu birliğin diğer benzeri kuruluşlardan en önemli farkı ve ayrıcalığıdır.

Sağlık Bakanlığınca 2009-2013 yıllarını kapsayan “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı” oluşturulması çalışmaları kapsamında 26 Ekim 2007 tarihinde Ankara’da I. GARD Türkiye Genel Kurulu yapılarak programda yer alan tüm paydaşların görev ve sorumlulukları belirlenmiştir. GARD Bölge Ülkeler Toplantısı, GARD Türkiye Tanıtım Toplantısı ve III.

Dünya GARD Genel Kurulu 29-31 Mayıs 2008 tarihleri arasında İstanbul'da yapılmıştır. Mayıs 2009 tarihinde ise eylem planları uygulamaya konulmuştur. Bu Ulusal Eylem Planının geliştirilip uygulanmasıyla bu hastalıklara bağlı hastalıkların ölümlerin ve beraberinde getirdiği ekonomik yükün azaltılması hedeflenmektedir.

Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme Kontrol Programı ve Eylem Planının altı hedefi aşağıda sıralanmıştır:

1. Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nın oluşturulması,
2. Oluşturulan programın kamuoyuna tanıtılması ve benimsetilmesi,
3. Hastalık gelişiminin önlenmesi,
4. Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi,
5. Hastalıklarının etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması,
6. Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programının izlenmesi ve değerlendirilmesi.

Bu programın uygulanmasında ilk defa Sağlık Bakanlığı bir sivil toplum kuruluşu ile ortaklaşa çalışmaktadır. Ortaklaşa yürütülen programın yapılması ise:

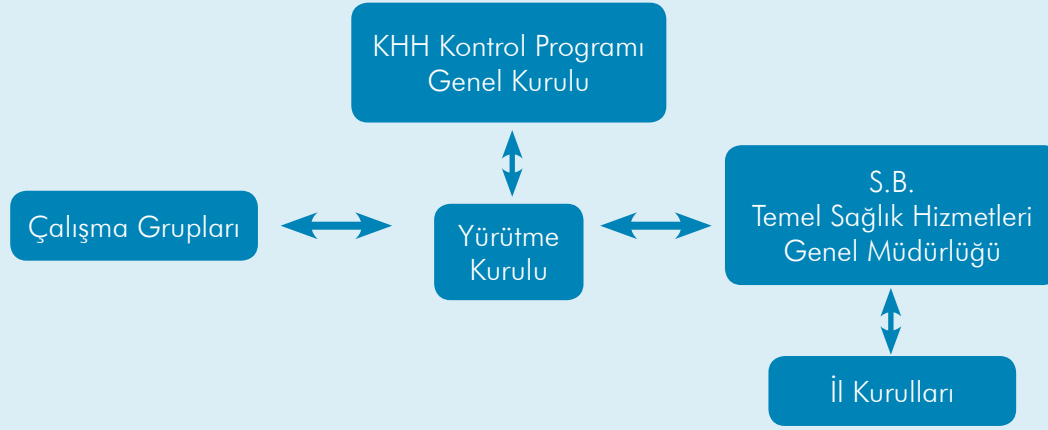
Genel Kurul: Bütün paydaşların temsilcilerinin yer aldığı genel kurul, yılda en az bir kez toplanır. Çalışma gruplarının eylem planlarını değerlendirir,

yürütme kurulu tarafından sunulan çalışma raporları ve etkinlikleri tartışır ve görüş oluşturur. Genel kurulun toplanma tarihi, gündemi ve yeri, yürütme kurulu tarafından belirlenir ve sekreteryaya tarafından organize edilir.

Yürütme Kurulu: Programın yönetiminden ve genel stratejilerinin belirlenmesinden sorumludur. Çalışma gruplarının hazırladığı önerileri genel kurulda görüşülmeden önce inceler ve Genel Kurulun görüşüne sunar. Yılda en az üç kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri yürütme kurulunca belirlenir ve Sekreteryaya tarafından organize edilir. Yürütme kurulu kendi içinde başkan ve başkan yardımcısını seçer. Başkan ve başkan yardımcısı görevleri iki yıl sürelidir, en fazla iki dönem görev yapılabilir. Yürütme Kurulu; GARD ülke koordinatörleri (1 asil, 1 yedek üye-asil üye olmadığında yerine temsil eder), GARD üyesi Türk Toraks Derneği ve Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği temsilcileri, çalışma grubu başkanları ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Genel Müdür Yardımcısı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı, Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanı, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı, Çevre Sağlığı Daire Başkanı, Aile Hekimliği Daire Başkanı ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sağlık Kurumu'ndan belirlenen birer temsilciden oluşur.

Çalışma Grupları: Genel kurul üyelerinin görev tanımlarına uygun olarak içinde yer aldığı,

Şekil 13.Kronik Hava Yolu Hastalıkları Kontrol Programı Örgütlenmesi



program hedeflerine göre oluşturulan gruplardır. Her çalışma grubu eylem planlarında belirtilen kendi alanı ile ilgili çalışmaların planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için öneriler hazırlar, Yürütme Kuruluna sunar, onaylanan etkinlikleri yürütür. Yılda en az iki kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri yürütme kurulunca belirlenir ve sekreteryaya tarafından organize edilir. Genel kurulda sunulmak üzere çalışmalarının sonuçlarını içeren yıllık rapor hazırlar. Çalışma grubu başkan ve sekreterleri iki yıl süreli olarak grup tarafından seçilir.

İl Kurulları: Her ilin kendi içinde eylem planı aktivitelerinin desteklenmesi ve koordinasyonundan sorumludur. İl sağlık müdürü veya yardımcısı başkanlığında paydaşların varsa il temsilcilerinden oluşur. İl kurullarının çalışma usul ve esasları yürütme kurulunca belirlenir ve kurullar bu usul ve esaslara göre çalışmalarını sürdürür. İl kurullarının başkan veya temsilcileri genel kurulun doğal üyesidirler.

Sekreteryaya: Sekreteryaya hizmetleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğü tarafından yürütülür.

Oluşturulan programın kamuoyuna benimsenilip tanıtılması çalışmaları kapsamında Bakanlığımız web sayfasından ulaşılabilir şekilde www.saglik.gov.tr/GARD adresinde eylem planı ile ilgili bir web sayfası hazırlanmıştır.

Program 2010 Dünya Akciğer Yılı çalışmaları kapsamında kronik solunum hastalıklarına yönelik televizyonlarda kısa reklam filmi gösterilmiştir. Ayrıca sigara kampanyaları içerisine Astım ve KOAH farkındalığına yönelik mesajlar verilmektedir.

Programın il sağlık müdürlüklerinde tanıtım çalışmaları kapsamında; eylem planı basılı olarak illere gönderilmiş, GARD İl Kurulları Çalışma Usul ve Esasları belirlenmiş ve GARD İl kurulları teşekkül

etmiştir. Ayrıca 2009 yılı Ağustos ayında Ankara’da yapılan toplantıda il sağlık müdürlerine eylem planı hakkında gerekli bilgi ve tanıtım yapılmıştır.

Hastalık gelişiminin önlenmesi başlığında “Türkiye’de İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği ve İklim Değişikliğinin Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Kontrolü Yönünden Değerlendirilmesi Raporu” hazırlanmış ve basılmıştır.

Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi çalışmaları içerisinde Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanı ve Tedavisinde I. Basamak Hekimler İçin Hizmet İçi Eğitim Modülü - Eğitimci Rehberi hazırlanmış ve basımı yapılmıştır. Konu ile ilgili 2011 yılı içerisinde Hizmet içi eğitimler planlanmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) çalışmalarına GARD çalışma üyeleri dahil edilmiştir.

Hastalıklarının etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması evde bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yaygınlaştırılması çalışmaları kapsamında 24-26 Kasım 2010 tarihlerinde Evde Bakım Çalıştayı yapılmıştır.

Aktiviteler kapsamında ulusal kronik hastalıklar araştırması yapılacaktır; hekimlerde kronik solunum yolu hastalıkları farkındalık ve sigara kullanım çalışması yapılmış olup çalışmanın örnekleme CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından belirlenmiş ve analiz edilmektedir. Halkta kronik hava yolu hastalıkları farkındalık araştırması tamamlanmıştır.

Kontrol programı uygulama prosedürü içerisinde 2009 yılında (16 Haziran-30 Eylül) iki, 2010 yılında (18 Ocak-25 Mayıs) iki; 2011 yılında iki yürütme kurulu toplantısı ve 13 Kasım 2009 16 Aralık 2010 tarihinde çalışma grupları toplantısı yapılmıştır. Ayrıca 29 Mart 2010 tarihinde Çalışma Grubu-1 kapsamında veri hazırlamaya yönelik değerlendirme toplantısı yapılmıştır,

17 Aralık 2010 tarihinde GARD Türkiye II. Olağan Genel Kurul Toplantısı yapılmış eylem planı 2011-2014 olarak güncellenmiştir.

4.3.4. Ruh Sağlığı

Dr.Akfer Kahiloğulları

Türkiye’de nüfusun %18’i yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşamaktadır ve ülkemizde nöropsikiyatrik hastalık grubu kardiyovasküler hastalıkların arkasından, %19 ile ikinci sırada hastalık yükü (DALY) nedenlerini oluşturmaktadır. YLD (Özürlülüğe Bağlı Hastalık Yükü) alt bileşenlerine bakıldığında, en fazla YLD’ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD’ye neden olan ilk yirmi neden arasında erkeklerde altı psikiyatrik hastalığın (Alzheimer dahil), kadınlarda 1. sırada ünipolar depresyon olmak üzere beş psikiyatrik hastalığın (Alzheimer dahil) yer aldığı görülmektedir.

2001 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Sağlık 21 Herkese Sağlık: Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri”nde Hedef 8: “2020 yılına kadar, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak” olarak belirlenmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ise 2006 yılında açıklanmıştır. Metnin oluşturulmasında DSÖ'nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği yedi modül esas alınmıştır. Bu açıdan metin hem genel olarak hem de modüller kendi içinde uygun bir şekilde yapılandırılmıştır. Bu haliyle DSÖ'nün ruh sağlığı alanı ile ilgili modern vurgularına sahiptir. Politika metnindeki temel öneriler şöyledir:

- Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi
- Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması
- Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın artırılması
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması
- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması

Sağlık Bakanı'nın direktifi ile kurulan Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu; Sağlık Bakanlığı yetkilileri, ruh sağlığı alanındaki dernek temsilcileri, üniversite ve eğitim hastanelerinden ruh sağlığı profesyonelleri tarafından oluşmuştur. Bu kurul 28 maddelik acil eylem planı oluşturmuştur. Bu metin acil olarak yapılması gerekenler için bir çerçeve sunar niteliktedir. Bu öneri paketi aynı zamanda sorunların altını da çizmektedir: Sorunlar ve sunulan öneri paketi şu şekildedir:

- A. Yatak sayısının artırılması
- B. Ruh sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması
- C. Mevzuat
- D. Hizmet
- E. Koruyucu ruh sağlığı

Ruh Sağlığı Hizmeti Veren Kurumlar

Ülkemizde ruh sağlığı çalışmaları ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu illerinde toplam 8 adet kamu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) mevcuttur. Kamu sektörü dışında Ankara ve İstanbul'da özel ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri vardır. Ayrıca genel hastaneler içinde ve üniversite hastanelerinde psikiyatri servis ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Yine özel hastaneler bünyesinde yataklı psikiyatri hizmeti veren bölümler vardır. Genel hastaneler içindeki ruh sağlığına ayrılmış yataklar da dahil edilecek olursa ülkemizde ruh sağlığı hastalarına ayrılmış yatak sayısı 7648'dir. Yataklı ruh sağlığı hizmeti ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler tarafından verildiği özel sektörün katılımının düşük olduğu gözlenmektedir.

Ülkemizde bin kişiye düşen psikiyatri yatağı sayısı 0.1'dir.

Çocuk-Ergen Yatak Sayısı

Ülkemizde 50'si madde ile ilişkili bozukluklara ayrılmış olmakla birlikte toplamda özelleşmiş 189 çocuk-ergen psikiyatri yatağı bulunmaktadır.

Ülkemizde yüz bin kişiye düşen psikiyatri uzmanı sayısı 1.67; çocuk psikiyatrisi uzmanı sayısı 0.25; psikolog sayısı 1.68; sosyal çalışmacı sayısı 0.77'dir. Türkiye'de ruh sağlığı alanında yüksek lisans yapmış 179 hemşire varken 47 hemşire de hala yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Halen on iki üniversitede psikiyatri hemşireliği eğitimi verilmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşire sayısı ise 1677'dir. Ancak ruh sağlığı alanında çalışanların sertifikasyon ve sürekliliğini sağlamada sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye'de toplam 102617 hemşire olduğunu göz önünde bulundurursak hemşirelerimizin yaklaşık %1.8'i ruh sağlığı alanında görev yapmaktadır.

Ruh Sağlığı koruma ve önleme çalışmaları kapsamında çeşitli projeler yürütülmektedir. Bunlardan bir tanesi Kadına Yönelik Aile İç Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı kapsamında başlatılan, Kadına Yönelik Aile İç Şiddetle Mücadele Projesidir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 11.10.2005 tarihinde "Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi" amacıyla oluşturulan Meclis Araştırma Komisyonunun konuya ilişkin kapsamlı raporunu takiben 2006/17 sayılı Başbakanlık genelgesi yayınlanmıştır. Genelge uyarınca Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü koordinasyonunda "2007-2010 Kadına Yönelik Aile İç Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı"

hazırlanmıştır. Söz konusu eylem planı kapsamında toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik aile içi şiddetle mücadeleye ilişkin altı temel alanda iyileştirmeler hedeflenmiştir. Söz konusu alanlar;

1. Yasal düzenlemeler,
2. Toplumsal farkındalık ve zihinsel dönüşüm,
3. Kadının sosyoekonomik konumunun güçlendirilmesi,
4. Koruyucu hizmetler,
5. Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ve
6. Sektörler arası işbirliğidir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Kadına Yönelik Aile İç Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı" kapsamında ilk aşamada sağlık personeline farkındalık kazandırılması, bilgi ve becerilerinin artırılmasına yönelik çalışmalar Haziran 2008 de başlatılmıştır. Proje kapsamında Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile ortaklaşa yürütülen çalışmalarla toplam dört yüz yirmi dört sağlık personeli eğitici eğitimi almıştır.

Beşgün süren eğitici eğitimlerinde "Eğitim Becerileri, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kadına Yönelik Aile İç Şiddet Temel Eğitimi, Kadına Yönelik Aile İç Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri, İletişim, Görüşme Teknikleri, Çocuk İstismarını Önleme" konuları işlenmiştir. Yine kadına yönelik şiddette çok önemsedığımız sektörlerarası işbirliğinin sağlanması konusunda duyarlılık gösterilmiş ve değişik meslek kuruluşlarına mensup uzmanların katıldığı paneller eğitim programının içine yerleştirilmiştir.

Eğitimlerin ikinci aşaması olan saha eğitimleri Şubat 2009 tarihinde başlatılmış olup; Ağustos 2010 tarihi ile 11764 doktor, 31519 ebe- hemşire, 152 psikolog, 129 sosyal çalışmacı, 11628 diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 59094 sağlık personeli eğitilmiştir.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programında kayıt, geri bildirim ve izleme çalışmaları da devam etmektedir. Ağustos 2010 itibarıyla, Sağlık Bakanlığına 2126 şiddet vakası bildirilmiştir. Vakaların analizi ve değerlendirilmesi devam etmektedir. Bu program öncesi bildirim yapılmayan şiddet vakalarına dair oluşturulacak veri tabanı söz konusu projenin etkinliğin değerlendirmek açısından önemli olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri acil servislerinde uygulanmak üzere "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" hazırlanarak öncesinde otuz iki pilot ilde Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri oluşturularak faaliyete geçirilmiştir.

Programın yaygınlaştırılması çalışmaları kapsamında halen elli ilin yüz üç hastanesinde programın uygulanmasına devam edilmektedir. Bu itibarla uygulama illerinde 2008 yılı sonu itibarı ile söz konusu program doğrultusunda 43186 sağlık çalışanının (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı vb.) eğitimleri sağlanmıştır. Ayrıca multidisipliner yapı çerçevesinde rehber öğretmenler, emniyet mensupları, jandarma, itfaiyeci, yerel medya mensupları, din görevlileri, hapishane çalışanlarından 4926 meslek mensubunun eğitimi sağlanmıştır.

Diğer taraftan otuz sekiz uygulama ili yerinde ziyaret edilmek suretiyle süpervizyon hizmetleri sağlanmıştır. Buna karşın "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri"nde aynı dönem içinde 68879 izlem gerçekleştirilmiştir. 2012 sonuna kadar anılan programın birinci basamak sağlık kuruluşlarında intihara müdahale eğitimleri ile güçlendirilmesi ve intiharı önleme programının ülke geneline yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Yine Sağlık Bakanlığı stratejik planı doğrultusunda ülkemizdeki ölümle sonuçlanmış intiharların azaltılması hedeflenmektedir. TÜİK verilerine göre ölümle sonuçlanmış intiharlarda bir değişim gözlenmemektedir. Ancak programın önemli amaçlarından biri, tamamlanmamış intiharlar konusunda bir veri tabanı oluşturmaktır, bu veri tabanı oluşturulduktan sonra yapılan müdahalelerin etkinliği değerlendirilebilecektir.

"Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Projesi" Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 1994 yılında; Adana, Ankara, Bursa, Eskişehir, Erzurum, Malatya, Manisa, Tekirdağ ve Trabzon'u kapsayan 9 ilde başlatılmıştır. 2005 yılında Genel Müdürlüğümüzce programın Türkiye geneline yaygınlaştırılması karar alınmış olup bu bağlamda, Nisan 2010 tarihlerinde 81 ilin il merkez eğitim ekipleri eğitimleri tamamlanmıştır. 81 ilde toplam eğitimci sayısı 460'tır.

İl merkez eğitim ekipleri, Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürü, pratisyen hekim, ebe/ hemşirenin yanı sıra psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci, tıbbi teknolog vb. eğitim verebilecek meslek gruplarından seçilen kişiler tarafından oluşmaktadır.

Temmuz 2010 itibariyle illerden alınan verilere göre program kapsamında 68 ilden aylık veriler alınmaktadır. Programın başlatıldığı 2005 yılından günümüze kadar program kapsamında takip edilen gebe sayısı 458,322, bebek sayısı 671,645, çocuk sayısı ise 927,349'a ulaşmıştır. Görüşme yapılan baba sayısı ise 227,646'dır.

İzlenen Risk Faktörleri

- Beslenme yetersizliği düzeyinde yoksulluk
- Çevresel gelişim gerilikleri
- Anne/baba ruhsal bozuklukları
- Şiddet
- İhmal-İstismar

Programın uygulayıcıları olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire ve hekimlerin verilen eğitimlerle ihmal-istismar, aile içi şiddeti etkileyen risk faktörleri konularında farkındalıkları arttırılmakta, bu faktörlerin aile bütünlüğüne ve çocuğun gelişimine olan olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilmekte, gelişimi etkileyen süreçler gelişim ve büyümenin izlenmesi, anne-babanın çocukla bakımı dışında birlikte zaman geçirmesi, onunla ortak faaliyetler paylaşması, oyun oynaması, konuşması, öpmesi, masal anlatması gibi davranışları çocuğun öğrenmesine ve gelişimine olumlu yönde etkileri konularında bilgi verilmektedir.

Program uygulayıcıları, kadına-bebeğe ve çocuğa yönelik her türlü ihmal ve istismar (aile içi şiddet vb.) durumlarında;

- Ne şekilde müdahale edilmesi gerektiği,

- İhmal-istismar vakalarında fizik muayenede dikkat edilmesi gereken noktalar,
- İstismar vakalarında sağlık personelinin sorumlulukları, bildirim ve gerekli yasal işlemlerin başlatılması konularında bilgilendirilmektedirler.

2009 yılında çalışmanın etkinliğinin değerlendirilmesi amacı ile bir araştırma yapılması kararlaştırılmış ve çalışmanın UNICEF tarafından yürütülmesi planlanmıştır.

2010-2014 yıllarına ait "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" taslağı hazırlanmış olup paydaşlarla ve ilgili kurumların görüşleri alınarak son hali verilmiştir. 2011 yılı içinde yayınlanacak olan eylem planında aşağıdaki ana başlıklar altında hedef ve stratejiler belirlenmiştir:

1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemine Geçiş
2. Psikiyatri Yataklarının Arttırılması
3. Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayısının ve Niteliğinin Arttırılması
4. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemelerin Yapılması
5. Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Arttırılması
6. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamağa Entegrasyonu
7. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Çalışmalar
8. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi
9. İntiharın Önlenmesi
10. Afetler ve Travma

11. Ruh Sağlığı ile İlgili Eğitim ve Araştırmaların Desteklenmesi
12. Madde Bağımlılığı Tedavi Modeli Oluşturma

Ruh sağlığı BOH politikası açısından ileride karşılaşılabilecek başlıca zorluk alanlarından birisini oluşturmaya devam edecektir.

4.3.5. Kanseler

Dr. Murat Tuncer, Dr. Nejat Özgöl, Dr. Emire Olcayto

Ülkemizde kanser mücadelesi 1947 yılında sivil bir inisiyatif olarak Türk Kanser Savaş Kurumu'nun kurulması ile başlamıştır. İlk resmi kanserle savaş yaklaşımı Sağlık Bakanlığı tarafından 1962 yılında Temel Sağlık Hizmetlerinde kanserle mücadele amacıyla Şube Şefliği kurulması ile başlamıştır. 1970 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki Şube Şefliği Kanser Savaş Müdürlüğü'ne dönüştürülmüştür. 1970 yılında 1-7 Nisan tarihlerini içeren hafta "Kanser Haftası" olarak kabul edilmiş tüm ülke genelinde kanserle mücadele çerçevesinde etkinlikler başlatılmış ve hafta etkinlikleri, o yıldan günümüze dek sürdürülmektedir. 1972-1976 yıllarında ilk kez resmi olarak hizmet içi eğitim kursları ve halk eğitimleri gerçekleştirilmiş, Kanserle Savaş Konseyi oluşturulmuştur. 1982 yılında kanser ihbarı zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. Kanserle savaş 1983 yılından sonra, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan genel müdürlük seviyesinde bağımsız bir daire başkanlığı tarafından yürütölmeye başlamıştır. 1988 yılında Kanser Savaş Danışma Kurulu oluşturulmuş ve 1989 yılında Uluslar arası Kanser Savaş Birliği Üyeliğı gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizdeki kanser kontrol programında sigara ve diğler tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenmenin eğitimi yoluyla yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Birincil korunma olarak kanserin önlenmesi konusunun yanında erken tanı ile kanser mortalitesinin azaltılması da önemli hedeflerimizdendir. Özellikle meme ve serviks kanserinin taranması, ulusal bir program çerçevesi içinde başlatılmış ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri ile (KETEM) 81 ilde yaygınlaştırılmıştır. Bu tarama programları yanında ölkemiz için ayrı bir önemi olan mide kanseri ve kolon kanserleri için tarama programları da daha sınırlı bölgelerde başlatılmıştır.

Ülkemizde artık bir devlet politikası haline gelen kanser kontrol programında ana hedef, kanserin doğru ve düzenli kaydedilmesidir. Bunun yanında primer korunma ve sekonder korunma ağırlık kazanmış, her ilde bir kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezinin kurulması hedeflenmiştir. Bu konuda Avrupa Birliği destekli projelere hız verilmiştir.

Kanser kaydında daha önce etkili olmadığı bilinen her kanseri her yerden kaydetme yöntemi terk edilmiş, yeni bölgesel temsil özelliklerine göre kayıt merkezleri oluşturulmuş ve kanser insidanslarında son birkaç yılda ciddi düzelme elde edilmiştir.

Ülkemiz açısından büyük önemi olan arsenik, asbest ve erionitin öne çıktığı çevresel kanserlere ilişkin de ciddi önlemler alınmaktadır. Özellikle jeolojik yapımızdan kaynaklanan doğal asbest ölkemizde 61 ilimizde 80'i aşkın yerleşim yerinde toprakta bulunmakta, bu yerleşim yerlerinin bazılarında insan yaşamını tehdit edici boyutta

önem taşımaktadır. Özellikle erozyonun önlenmesi ve bilinçsiz toprak kullanımının önüne geçilmesi için yaygın bir program başlatılmış bulunmaktadır.

Türkiye’de bütün ölüm nedenleri arasında 1970’li yıllarda dördüncü sırada yer alan kanser günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir. Bütün yaşlardaki ölümler birlikte değerlendirildiğinde, on ölümden birinin kanser nedeniyle olduğu görülmektedir. Ülkemizde etkin kanser kontrol programları hazırlayıp uygulama çabaları son yıllarda hızla artmaktadır.

Ülkemizde ulusal kanser kontrol programı şekillendirilirken hem global kontrol programları göz önüne alınmalı, hem de ülke imkânlarımız ve insan kaynaklarımız göz önüne alınarak gerçekçi olunmalıdır. Bu kapsamda Ulusal Kanser Kontrol Programımızın 5 ana başlığı bulunmaktadır.

- 1) Kanser Kayıtcılığı
- 2) Önleme
- 3) Tarama ve Erken Teşhis
- 4) Tedavi
- 5) Palyatif Bakım

Kanser Kayıtcılığı

Sağlık Bakanlığı’nın 14.9.1982 tarih ve 5621 sayılı genelgesiyle kanser hastalığı, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 57. maddesinde yer alan “bildirimi zorunlu hastalıklar” kapsamına alınmıştır. Bu madde uyarınca kanser tanısı koyan resmi ve özel bütün hekimler bunu en yakın sağlık kuruluşuna bildirmekle yükümlüdürler.

Söz konusu genelge ile Sağlık Bakanlığı 1983 yılından itibaren bütün ülke genelinde, tanıyı koyan hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının bildirimlerine dayalı pasif yöntemle kanser verilerini toplamaya başlamıştır. Türkiye’deki toplam kanser insidans hızının en az yüz binde 150 olduğu, buna bağlı olarak da yılda 90 bin,-100 bin yeni kanser olgusu görüleceği tahmin edilirken pasif yöntemle ülke genelinden toplanan olgu sayısı yılda yirmi binlerin üzerine çıkamamıştır. Bu sistem daha önce gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarısız olmuştur. Bizim için de varılan nokta: “Toplanmış binlerce form, hem nicelik, hem nitelik yönünden yeterli olmayan veri yığınları” olmuş ve Türkiye’de kanser epidemiyolojisi konusunda sağlıklı bilgi elde edilememiştir.

Kanser kayıtcılığı disiplindeki bilimsel çevreler, bir toplumdaki kanser kayıtcılığı faaliyetlerinin, kapsanan oranın bu toplumun sosyo-demografik özelliklerini temsil etmesi koşuluyla, nüfusun %10’unu kapsamasını yeterli bulmaktadır. Konunun uzmanları tarafından da ülke genelinden pasif veri toplanması (bildirim) yerine, belirlenmiş illerde aktif yöntemle veri toplayan nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin kurulması önerilmiştir.

Böylelikle, ülke çapında tamlığı ve geçerliliği, yani güvenilirliği olmayan veri toplamak yerine pek çok

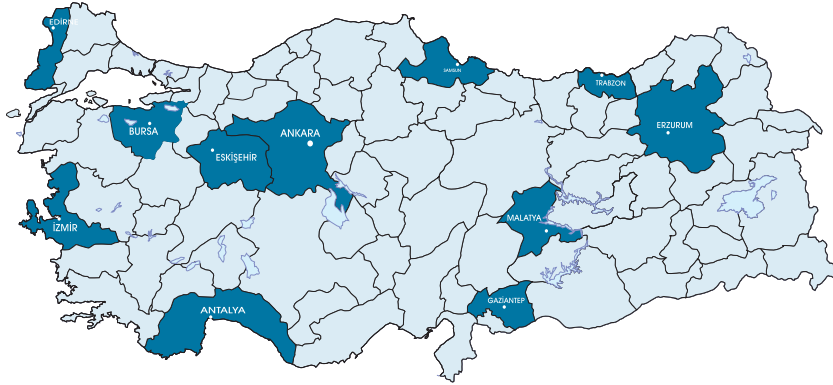
ülkedeki gibi, ülke nüfusunu temsil eden düzeyde, coğrafi sınırları ve nüfusu belirli alanlarda aktif olarak toplanacak verilerle bir kanser kayıt sistemi oluşturulması uygun bulunmuş ve Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi 1992 yılında “Kanser Kayıt ve İnsidans” projesini başlatmıştır.

Ülkemizde, sınırları iyi belirlenmiş bir bölge nüfusuna dayalı kayıt merkezi çalışmalarına 1991 yılında İzmir’de başlanmıştır; 1991 yılında “İzmir kanser insidansı ve veri toplama projesi” olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk-Amerikan Sağlık Araştırma Merkezi ve Ege Üniversitesi arasında imzalanan özel bir protokol ile çalışmaları başlatılan İzmir Kanser Kayıt Merkezi, Türkiye’nin verileri uluslararası bilim çevrelerinde kabul gören nüfus tabanlı kanser kayıt merkezidir. Başlangıçta bu çalışmaların da Ankara merkezli yürütülmeye çalışıldığı ve bir kanser kayıt merkezi için gerekli alt yapı oluşturulamadığı için, başarıyla yürütüldüğü söylenemez. Elde edilen sonuçlar da gerçekçi bir boyuta erişmemiş, veri güvenilirliği ve geçerliliği ile ilgili kuşkular da sürmüştür. Ancak daha

sonraki yıllarda İzmir Kanser Kayıt Merkezi örnek model olarak kabul edilip diğer merkezlerin bu örneğe uygun olarak yapılanmaları üzerinde durulmuş, bu merkezlerde çalışanların eğitimleri yoğunlaştırılmış, özellikle yerel olarak başarı gösteren merkezler desteklenmiştir. 14 Aralık 2000 tarihinde ise bütün bu çalışmalara ivme kazandıran “Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği” 24260 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olup uygulamaya konulmuştur (Bu güne kadar yapılan bütün düzenlemelere www.kanser.gov.tr adresinden ulaşılabilir). Böylelikle Antalya, Trabzon, Samsun, Eskişehir, Edirne, Ankara, Bursa, İzmir ve Erzurum illerinde bugün kanser kayıtçılığında oldukça iyi bir düzeye gelinmiştir. Ayrıca Malatya ve Gaziantep illerinde 2010 yılında aktif kanser kayıtçılığı çalışmaları başlatılmıştır. İzmir ve Antalya Kanser Kayıt Merkezlerinin verileri, ancak belirli kalitedeki verinin kabul edildiği CI5C’nin IX. bölümünde (2007) yayımlanmıştır. Önümüzdeki birkaç yıl içinde, diğer merkezlerin de yeterli bilimsel doğruluk düzeyinde insidans hızları yayımlayabilecek duruma gelecekleri öngörülmektedir.

Ülkemizde Aktif Kansere Kayıtlılığı Merkezleri ve Kansere Kayıtlıları

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı olarak aşağıdaki ana başlıklarda belirtilen önleme çalışmaları aralıksız devam edecektir.



Önleme

Kansere Kontrol Programımız için geniş bir çalışma grubu ile gerçekleştirilen program kansere önlemeye ve taramaya ağırlık verilmesini, tedavi standartlarının geliştirilmesi ile birlikte hizmete ulaşımın kolaylaştırılmasını öngörmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği hedefleriyle uyum sağlanması ulusal kansere kontrol programının hedeflerinin gerçekleşmesi için önem taşımaktadır. Bu amaçla aile hekimlerinin özellikle kansere önleyici ve kansere taramaları konusunda eğitimleri sürdürülmektedir. Önleme ve tarama konularında en önemli eksiklikler insan kaynağında yaşanmaktadır. Önleyici yaklaşımlar açısından Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile entegre olarak tütün kontrolü ve beslenme konusunda halkımızın bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Mass-medyanın toplumu hazırlamak ve bilgilendirmek amacıyla kullanılmasına ilişkin yeni bir aksiyon planı uygulanacaktır. Bu kapsamda

a) Tütün kullanımının azaltılması (tütün ürünleri içmenin kapalı ortamlarda yasaklanması, tütün ürünlerinin fiyatlarının yükseltilmesi, reklâm, tanıtım ve sponsorluk yasalarının uygulanması, medya kampanyaları, paketlerde uyarı yazılarının bulunması ve ürün kontrolü, sigara bırakma konusunda tıbbi destek sağlanması)

b) Enfeksiyon Riskinin Azaltılması (Hepatit B enfeksiyonunun azaltılması amacıyla tüm yeni doğanlarda Hepatit B aşılmasının yapılması, Human Papilloma Virus Enfeksiyonunun azaltılması ve rahim ağzı kanserinin önlenmesine yönelik olarak maliyet etkinlik analizleriyle beraber tüm hedef nüfusa HPV aşılmasının yapılması ve enjeksiyon güvenliğinin sağlanması çalışmaları devam edilmektedir).

c) Mesleki ve Çevresel Etkenler:

- **Asbest:** Asbest sorununun hangi sebeplerden kaynaklandığının belirlenmesi, asbestli toprağın kullanımının engellenmesi ve vatandaşların asbest liflerini solumasının önlenmesi ile bu problemin çözüleceği bilinmekte olup bu kapsamda Eskişehir, Konya, Kütahya, Sivas, Tokat, Elazığ, Diyarbakır, Malatya, Hatay, Adıyaman, Ş. Urfa, Yozgat, Çankırı, Denizli, Afyonkarahisar,

Kahramanmaraş, Adana, Çorum, Isparta, Erzincan ve Burdur illerinde her ilin İl Sağlık Müdürlükleri kanalıyla asbest ile ilgili özel epidemiyolojik çalışma, tarama ve eylem planların oluşturulmasına ilişkin çalışmalar yürütülmektedir.

- **Mezotelyoma:** Dünyada oldukça nadir görülen akciğer ve karın zarlarının kanseri olup Nevşehir ili Gülşehir ilçesine bağlı Tuzköy Kasabası ile Ürgüp ilçesine bağlı Karain ve Sarıhıdır köylerinde Zeolit (Erionit) minerali ve neden olduğu mezotelyoma sorunu ile mücadele kapsamında çalışmalar yürütülmektedir. Sarıhıdır Köyü doğal afetler nedeni ile yeni bir yerleşim yerine taşınmış olduğundan sorun büyük oranda çözülmüştür. Tuzköy kasabasında ise şu an itibari ile bölgedeki evlerin inşaatı tamamlanmış olup eski evlerin boşaltılarak yeni yerleşim yerlerine taşınma gerçekleşmiştir. Eski yerleşim yerlerinin ise ıslah çalışmalarına başlanacaktır. Ayrıca Karain Köyünün taşınabilmesi için 2009 yılı itibari ile gerekli konutların yapılması için TOKİ tarafından çalışmalara başlanılmıştır.
- **Kocaeli Dilovası:** Bölgede yapılan epidemiyolojik araştırma sonucuna göre kanserden ölümler kalp damar hastalıklarından ölümlerin önüne geçerek birinci sıraya yükselmiş olup Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Kocaeli ilinde 6 (altı) ayrı bölgede günlük olarak SO2 ve duman değerleri ölçülmeye başlanmış ve gerekli birimlerle temasa geçilerek sorunun çözümü noktasında işbirliğinin önemi ortaya konmuştur.

Ayrıca,

- **Kütahya ili Emet ve Gediz ilçelerinde içme sularındaki arsenik düzeyinin yüksek olması nedeniyle düzenli ölçümler yapılarak arsenik içermeyen su kaynaklarından vatandaşların içme ve kullanma suyu olarak yararlanmasını sağlamak amacıyla eğitim çalışmaları yapılmakta ve bölgenin jeolojik yapısı gereği sismik hareketlerle yer altı sularının arsenikle her an temas edebileceği göz önünde bulundurularak bölgede bulunan su kaynaklarının düzenli olarak arsenik ölçümü yaptırılmaktadır.**
- **Çernobil:** Çernobil Nükleer Kazasının Karadeniz Bölgesine olan etkilerinin araştırılması yönelik yapılan Karadeniz Bölgesi, Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması sonucunda Karadeniz bölgesinde kanserin diğer bölgelerimizden farklı bir artış ve dağılım göstermediği sonucuna varılmıştır.
- **Afşin-Elbistan:** Eski sistem ile yapılmış olan ve bacalarında filtre sistemi olmayan A santralinin çevreyi kirletici etkisi nedeniyle yeniden baca filtre sisteminin güncellenmesi ve aktif hale getirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlar işbirliği içerisinde çalışmalar yürütmektedir.
- **Muğla-Yatağan:** Santralde kullanılan kömürün kalitesiz olması nedeniyle ön işlemlerden geçirilmesi gerekli olduğu halde işletme tarafından ihmal edilmesi ve baca yüksekliğinin olması gerektiğinden kısa olması nedeniyle yapılan çalışmalarda

baca standart boyuta getirilmiş, periyodik ölçümler yapılmakta ve kömür yakılmadan önce çeşitli işlemlerden geçirilerek sorun büyük oranda çözüme kavuşturulmuştur.

- **Türkiye Sularında Ağır Metal:** Sucul sistemlerde dış ortamdan gelen yoğun evsel ve endüstriyel atıklar ortamda çözünmüş oksijen konsantrasyonunda azalmaya ve dolayısıyla Ph değişimine bağlı olarak, ağır metaller sisteme katılır ve besin zinciri boyunca birçok canlı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadırlar. Bu nedenle çevresel faktörlere bağlı olarak sürekli değişim gösteren sucul ekosistemlerin belirli aralıklarla izlenmesi oldukça önem taşımakta olup bu kapsamda Hacettepe Üniversitesi ile Kanseri Savaş Daire Başkanlığı işbirliği içerisinde Türkiye sularında Ağır Metal isimli bir çalışma başlatılmıştır.

- d) **Global Düzeyde Obezite ile Mücadele Kapsamında;** KETEM’lerde obezite taraması yapılması, riskli vatandaşların uzman diyetisyenlere yönlendirilmesi, Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği halinde ilköğretimlerde beslenme dersinin müfredat kapsamına alınması için gerekli çalışmalar yürütülmektedir.

Tarama ve Erken Teşhis

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

Kanser olgularının büyük çoğunluğunun ileri evrelerde teşhis ediliyor olması tedavi şansını azaltmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de ilk sıralarda yer alan kanserlerin birincil ve ikincil koruma ile önlenabilir kanser türleri olduğu görülmektedir.

Dolayısı ile birincil koruma kapsamında halkın eğitimi ile farkındalık yaratılıp ikincil koruma kapsamında tarama ve erken tanı programları çerçevesinde kanserlerin erken teşhisi ile tedavi şansı yaratılarak taranabilir kanserlerden ölümlerin önüne geçilebilir.

Kanser konusunda sağlık personelinin, halkın bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (farkındalığın artırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla [Meme, Serviks (Rahim ağzı), kolorektal kanserler, vb.] erken dönemde tanı konulması, kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması kanser kontrolünün önemli ayaklarını oluşturmaktadır.

“Önleme, tarama - erken teşhis, tedavi ve palyatif bakım” aynı zamanda DSÖ tarafından ülkeler için önerilen Kanser Kontrol Programının basamaklarını oluşturmaktadır.

Ülkemizde kanser kontrolünde çağdaş düzeyi yakalayabilmek için toplumun kanser konusunda erken teşhis ve taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhisi ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek ve yaygınlaştırmak, kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenabilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla Kanser Erken Teşhis Tarama Merkezleri (KETEM)

kurulmaya başlanmış olup Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği ile yasal alt yapı oluşturulmuştur. 2009 yılı itibarı ile KETEM sayısı yüz yirmi ikiye ulaşmıştır.

İlk kurulduğu yıllardan itibaren Merkezlerde görevlendirilen personellerin eğitim programlarına ağırlık verilmiştir. Eğitimli KETEM personeli toplumu kanser konusunda bilgilendirerek farkındalık yaratmak için hizmet içi eğitimler ve halk eğitimleri düzenlemiş, tarama programlarının tüm Türkiye genelinde yürütülme hedefini benimseyerek çalışmış ve bunu da başarmışlardır. Daha Ulusal Tarama Standartları yayınlanmadan pilot bölgelerde meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taramaları başlatılarak yıllar içinde yaygınlaştırılmıştır. Böylelikle kanserle mücadele edilebileceği bilinci hem toplumsal ve kurumsal hem de kişisel anlamda geliştirilerek sorumluluklar paylaşılmıştır. KETEM'ler "Erken teşhis hayat kurtarır!" prensibiyle yola çıkarak meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir.

Meme, serviks, kolorektal ve deri kanserlerine bağlı ölümleri azaltarak özellikle kadınlar başta olmak üzere toplumun sağlık düzeyini yükseltmek KETEM hizmetlerinin asıl amacını oluştururken;

- Taramanın hedef grubu olan sağlam kadın ve erkeklere kanserle ilgili bilgiler ulaştırarak toplumun kanserle ilgili farkındalığını arttırmak,
- Hedef nüfus içinde taramaya katılan kişi yüzdesini yükseltmek,
- Toplumda farkındalık algısını oluşturmak,

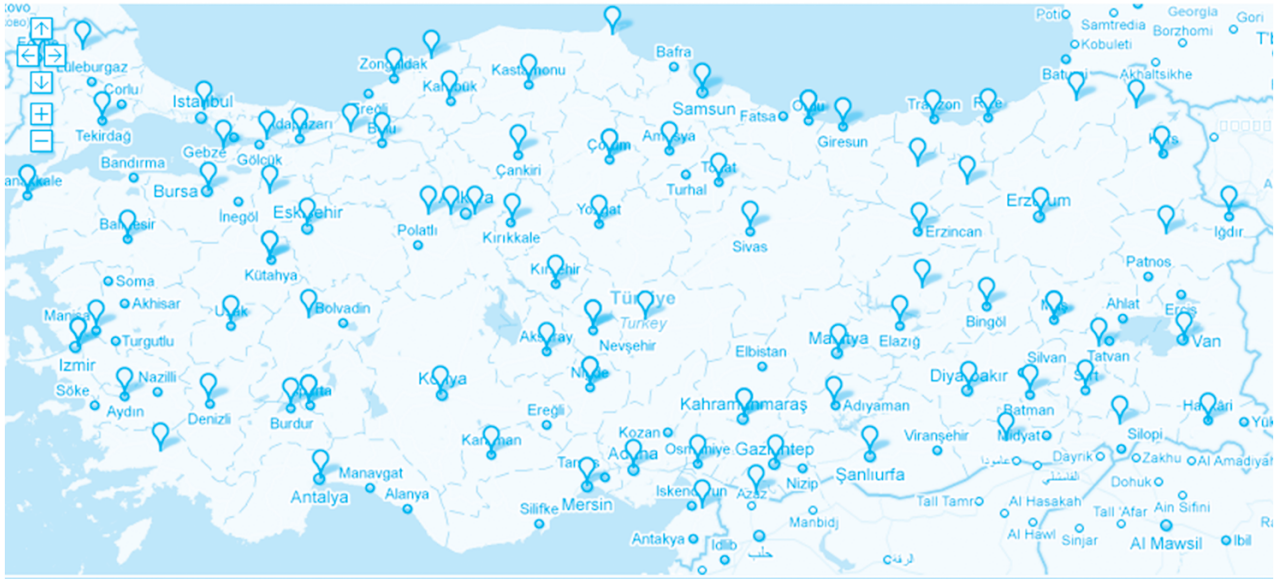
- Taramaya katılan kişi yüzdesinde artış,
- İleri evrede tanı alan kanser olgularında azalma,
- Kanseri insidanslarında azalma (serviks, deri),
- Kanseri mortalitesinde azalma, gibi amaçlar da KETEM hizmetlerinin diğer amaçlarını oluşturmaktadır.

Belirlenen amaçlara ulaşılabilmesi sunulan hizmetin kalitesinin artırılarak yürütülen tarama programlarının da ülke çapına yayılması ve standardizasyonun sağlanması ile mümkün olabilecektir. KETEM'lerde hizmet kalitesinin artırılarak standardizasyonun sağlanması için "KETEM Hizmet ve Kalite Standartları Rehberi" 21.05.2009 tarihinde yayınlanmış ve Ulusal Kanseri Kontrol Programı gereği ülke genelinde 280 KETEM kurularak yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Kanseri Savaş Daire Başkanlığınca hazırlanan ve dört bileşenden oluşan 2009-2015 Ulusal Kanseri Kontrol Programının önemli bir bileşeni olan Kanseri Erken Tanı ve Tarama çalışmaları KETEM'ler tarafından yürütülmektedir. Program kapsamında 2015 yılına kadar tüm popülasyonun %70'nin taranması hedeflenmektedir.

KETEM'lerde kanseri, dengeli ve doğru beslenme, sigaranın sağlığı zararları konularında sağlık personelinin, halkı bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler (farkındalığın artırılması), ulusal standartlara uygun **"meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanseri tarama programları"**, obezite ile mücadele, sigara bıraktırma danışmanlığı ve tedavisi, hizmet içi eğitim ve halk eğitimi hizmetleri yürütülmektedir.

Ülkemizdeki KETEM Merkezleri



80

2011 yılı itibariyle,

1. Sigara bıraktırma destek programları,
2. Obezite, tarama ve tedavilerine ilişkin çalışmalar,
3. HPV taramaları,
4. Halk sağlığı birinci basamak araştırmaları,
5. Aile hekimleri ile işbirliği halinde palyatif bakım hizmetleri planlanmaktadır.

Tarama ile mortalitenin azalmasına yönelik olarak Avrupa Birliği ülkelerinde programa alınan meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarına ilişkin ulusal standartlar oluşturulmuştur. Bir adım ileri gidilerek ülkemizde son yıllarda ciddi artma gösteren mide kanseri taramalarına da programda yer verilmiştir. Meme kanseri taramalarında

radyolojik değerlendirmeyi yapabilecek radyolog ve serviks kanseri taramalarında PAP smear değerlendirebilecek patolog sayımız maalesef yetersizdir. Ülkemizdeki patolog sayısı her beş yılda bir tarama programında yer alacak 11.000.000 kadınınımızın taranması için yetersizdir. Bu konularda orta vadede (3-5 yıl) pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin eğitilerek uzmanların denetiminde taramaya katılmalarının sağlanması hedeflenmektedir. Uzun vadede (7-10 yıl) ise tıp literatürüne "Tele-Medicine" olarak yerleşen "Tele-Tıp" olarak da dilimize çevirebileceğimiz bir yöntemin altyapısını oluşturarak kurulması düşünülen Değerlendirme Merkezleri'ne veya taramada görev alacak ilgili uzmanlara dijital ortamda tarama materyalinin gönderilmesi (mamografi, smear, vb.) ve raporlamasını da aynı yöntemle yapılması hedeflenmektedir. Ayrıca

sitoteknolog yetiştirilmesi konusunda da adımlar atılmaktadır. Tarama programlarının düzenli yürütülebilmesi için hizmetin ücretsiz olması sağlanmaktadır. Alt yapı desteği için her ilimize en az bir Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi açılması programlanmıştır. Kısa ve orta vadeli hedefimiz KETEM'lerin hedef nüfuslarının %35'ini, uzun vadeli hedefimiz en az %80'ini taramadan geçirmeleridir.

Tedavi

Halen ülkemizde bir tanesi özel olmak üzere 29 Üniversite, 12 Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanesi ve 3 büyük özel hastanede işlev gören Kanseri Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerimizde 175 medikal onkolog, 97 pediatrik onkolog, 306 radyasyon onkoloğu, 88 radyasyon fizikçisi, 525 onkoloji hemşiresi, 50 psikolog ve 23 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Sayılardan da anlaşılacağı gibi ortalama olarak hedeflenen insan kaynağı sayısının hemen hemen üçte birine sahibiz. Bu konuda üniversitelerin kapasite artırımı konusunda ciddi yaklaşımları gerekecektir. Radyoterapiye ulaşım ve yararlanım konusundaki en önemli sıkıntı radyasyon fizikçisi sıkıntısıdır. Bu konuda Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) ile işbirliğinde dozimetrist gibi yeni meslek tanımları yapıp insan kaynağı kapasitesi orta vadede artırılacaktır. Tüm kanseri hastalarının %52'sinin tek kür %25'inin ise iki kür radyoterapi gerektirdiği bilindiğinden bu konudaki kapasite artırımı kaçınılmazdır. Radyoterapi cihazları konusunda Sağlık Bakanlığı'nın başka radyoloji cihazları konusunda gerçekleştirdiği ciddi bir yatırım yapmaksızın istihdam oluşturma projesi benzeri bir uygulama planlanmaktadır. Bu konuda orta vadeli (5 yıl) hedeflerimiz bölgesel planlamaya paralel

olarak 17 kapsamlı kanseri tanı ve tedavi merkezi, 54 kanseri merkezi ve 14 kanseri tedavi merkezi açılmasıdır. Böylelikle kanseri hastası olan her vatandaşımız tedaviye zorlanmadan ulaşabilmesi sağlanacaktır.

Palyatif Bakım

Eskiden tıbbi kuruluşlar belli tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması için gereken donanıma sahip olmadıkları için kullanılan tıbbi girişim yöntemi de yalnızca hastaların palyasyonuna yönelik oluyordu. İleri teknoloji ve tıbbi kuruluşların ortaya çıkması ile hastaların daha net gruplamalara tabi tutulması söz konusu olmuştur. Bu gelişmeler sonucunda ölümcül hastalarda yaşam kalitesinin gözetilmesi ve yükseltilmesine daha fazla önem verilmiştir. Diğer pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bu güne kadar palyatif bakıma gereken önemin verilmesi uygulamada mümkün olamamış, konuyla ilgili taraflardan ne kamu kuruluşları ne de özel kuruluşlar palyatif bakımın önemini tam olarak kavrayamamıştır. Bu konuda yaşanan eksikliği gören ve durumu kavrayan Sağlık Bakanlığı önümüzdeki beş yıl içinde Ulusal Kanseri Kontrol Programı kapsamında uygulanmak üzere Dünya Sağlık Örgütü uzmanları ile de işbirliği yaparak kapsamlı bir Palyatif Bakım Programı oluşturmuştur. Söz konusu program ülkemizin Asya-Avrupa çizgisindeki özellikler dikkate alınarak hazırlanmıştır. Ülkemiz büyük bir nüfusa ve gittikçe artan bir kanseri insidansına sahiptir. Ülkemizin kapsadığı coğrafi alanın büyüklüğü, diğer ülkelerde uygulanmakta olan programların ülkemize uyarlanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle dünya ölçeğinde bir ilki gerçekleştirmek üzere ülkemizin özel şartlarına uygun, kendine

özgü bir Palyatif Bakım Sistemi oluşturulmuş ve önümüzdeki beş yıl içinde uygulanmaya hazır hale getirilmiştir. Ülkemizde uygulanacak olan Palyatif Bakım Sistemi yüksek nitelikleriyle iyi bir model oluşturarak gelişmekte olan diğer ülkelere de örnek olacaktır. Palyatif Bakım Projesi toplum tabanlı bir sistem olup ilk bakım verecekler aile hekimleri ve ülke genelindeki kanser tarama merkezlerindeki pratisyen doktorlardır. Bu hizmeti yürütecek ekibin en önemli elemanları konuya ilişkin olarak çok iyi bir eğitim almış olan hemşireler ve pratisyen doktorlardır. Verilecek hizmetin önemli bir bölümünü evde bakım hizmeti oluşturacaktır. Palyatif Bakım Projesi sivil toplum kuruluşları ile işbirliğini de öngörmektedir. Sivil toplum kuruluşları ile yürütülecek ortak çalışmaların amacı toplumsal desteğin sağlanmasının yanı sıra hastaların sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını, mali kaynak teminini, maddi ve manevi yardımları ve mesleki desteği de amaçlamaktadır.

Kanserle Savaş Daire Başkanlığınca; Toplumda kanser hastalığının önlenmesi konusunda eğitim yoluyla bilgi düzeyinin artırılması amacıyla pek çok konuda halkımıza eğitim verilmekte ve kanserin önlenmesine yönelik gerek uluslar arası kuruluşlarla gerekse ülkemizde mevcut pek çok sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde aşağıda sıralanan birçok proje yürütülmektedir:

Mide Kanseri Erken Tanı Pilot Projesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yürütülmekte olan "Mide Kanseri Erken Tanı Pilot Projesi" kapsamında sağlıklı gönüllü on beş bin bireyin mide kanseri taraması yapılarak başlanmış olan bu projenin bir yıl daha devamının sağlanması için Başkanlığımız ile adı geçen fakülte arasında işbirliği halinde çalışmalar yürütülmektedir.

Genç Birikim Derneği Projeleri Avrupa Birliği hibesi ile Genç Birikim Derneğince her yıl 18-25 Nisan tarihlerinde Muş ilinde düzenlenen "Gençlerin Kanser Hakkında Bilinçlendirilmesi" adında uluslararası program kapsamında katılımcı gençlerin kanser hastalığı ve bu hastalıktan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi sağlanmaktadır.

HPV (Human Papiloma Virüs) Projesi Bu proje, ülkemizde yaygın olarak bulunan HPV tiplerinin belirlenmesi ve serviks kanserinin önlenmesine yönelik olarak yürütülmektedir.

Mavi Bisiklet-Kanserde Erken Tanı İçin Yol Açık Projesi: Türkiye Bisiklet Federasyonunca ülkemizde kanser farkındalığının artırılmasına yönelik olarak Mavi Bisiklet-Kanserde Erken Tanı İçin Yol Açık Projesi yürütülmektedir.

Kanser Haftası ve Kansere Karşı El Ele Festivali: 3-7 Nisan 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen 5. Asya Pasifik Kanser Önleme ve Kontrol Vakfı (Asian Pacific Organization For Cancer Prevention and Control) (APOCP) Kongresi kapsamında kanser haftasına yönelik etkinlikler gerçekleştirilmiştir.

Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kanser konusunda uluslar arası alanda faaliyet gösteren MECC (Middle East Cancer Consorsiu), IARC (International Agency for Research on Cancer), UICC (International Union Against Cancer), NCI (National Cancer Institute), APOCP (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention), WHO (World Health Organization) NHS (National Health Service) gibi kuruluşlarla işbirliği halinde ortak çalışmalar yürütülmektedir. Bunun yanı sıra, Avrupa Jinekolojik

Onkoloji Derneği-ESGO ve bu dernek bünyesinde faaliyet gösteren ENYGO (European Network of Young Gynecological Oncologist) Derneği ile de karşılıklı çalışmalar yürütülmektedir.

4.3.6.Tütün

Dr.Hasan Irmak, Dr. Hüseyin İlter

Tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan **“Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)”** 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 28 Nisan 2004 tarihinde ülkemiz adına Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafından imzalanmış ve akabinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz sözleşmeyi imzalayan 43. ülke konumundadır. TKÇS’nin imzalanması ile birlikte ülkemizde başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar ivme kazanmıştır. İlgili bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarından 130’a yakın uzmanın işbirliği ile hazırlanan **“Ulusal Tütün Kontrol Programı”** 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve tütünle mücadele etkinliklerinin yerel düzeyde yürütülmesi için 2007 yılında 81 ilimizde **“İl Tütün Kontrol Kurulları”** oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı’nda yürütülen çalışmaların daha etkili ve sürdürülebilir olabilmesi amacıyla Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. **“Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012”** hazırlanmış ve 12 Aralık 2007 tarihinde Başbakanımız Sayın Recep Tayyip ERDOĞAN’ın katılımları ile kamuoyuna tanıtılmıştır.

5727 sayılı **“Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”** 03 Ocak 2008 tarihinde parlamentoda kabul edilmiştir. Bu kanunla ülkemiz, tütün kontrolü konusunda yasal düzenlemesi olan sayılı ülkeler arasına girmiş, hatta liderlik yapar hale gelmiştir. Söz konusu kanunun kamuya açık kapalı alanları ile ilgili hükümleri 19 Mayıs 2008, **özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hükmü ise 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir.** Söz konusu yasa tüm dünyada yirmi ülke tarafından benimsenmiştir.

Kanun hükümlerinin etkili şekilde uygulanması ve uygulamada standardın sağlanması amacıyla 16 Mayıs 2008 tarihinde Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır.

Kanunun ceza hükümlerinin uygulanması ile ilgili olarak da 27 Mayıs 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından **“Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”** yayımlanmıştır. 27 Ekim 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığınca yayımlanan genelgede 4207 sayılı Kanunun uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonuna yönelik yapılacak çalışmalarda dikkat edilmesi gereken hususlar ve multidisipliner yaklaşımın gerekliliği konuları tekrar açıklanmış, izleme ve değerlendirme formları revize edilmiştir.

Yasa ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla **“Dumansız Hava**

Sahası" ve "Havanı Korum" sloganlarıyla Ulusal Medya Kampanyası başlatılmıştır. Medya kampanyamızda sergilenen yasakçı olmayan birleştirici yaklaşım kabul görmüştür. Kampanya çerçevesinde 50 adet TV ve 25 adet radyo spotu, gazete ilanı, billboardlar, afişler, broşürler, açık hava uygulamaları düzenlenmiştir. Tüm siyasal partilerin liderlerinin kampanyaya dâhil edilmesi ile birliktelik mesajı güçlendirilmiştir. Toplumun her kesiminden sözcüler, medyada yasaya ve kampanyaya desteklerini belirtmiştir. Kampanyanın birinci fazı sonunda 62 milyon kişiye ulaşılmıştır. Bu yasa, toplumsal bir sağduyu hareketine dönüşmüştür. 01-28 Mayıs 2008 tarihleri arasında "Bırak-Kazan Kampanyası" düzenlenmiştir. Bu ulusal kampanyaya 69.678 vatandaşımız katılmış olup Niğde'li bir vatandaşımıza ödülü verilmiştir.

World Health Organisation Director-General Special Recognition Award for Contribution to Global Tobacco Control 2010 Başbakanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan'a verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü **"Sigarayla Mücadele Ödülü"** ve Galatasaray Üniversitesince **"En 2008"** ödülllerinden **"En İyi Sosyal Sorumluluk Projesi Ödülü"** Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ'a verilmiştir.

19 Mayıs 2008 tarihinde yasanın yürürlüğe girmesini takiben başlayan çalışmalarda uygulamaları değerlendirmek amacıyla denetim ekipleri oluşturulmuş, ekipler gerekli eğitimlerden geçirilmiştir. 19 Temmuz 2009 tarihine kadar ülke genelinde denetim ekiplerince yaklaşık 70.000 mekân ziyaret edilmiştir. Ziyaretlerde yasaya uyum oranı yüksek olmakla birlikte aksaklık tespit edilen mekânlarda gerekli uyarılar yapılmış ve

aksaklıkların giderilmesi sağlanmıştır. Ziyaretler esnasında sigara kullanan ve uyarıları dikkate almayan 114 kişiye, 113 işletmeye ve 2 toplu taşıma aracına gerekli cezai müeyyide uygulanmıştır.

19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanan yeni düzenlemelerin etkinliğini değerlendirmeye yönelik değişik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar dumansız hava sahası uygulaması ile birlikte halkımızın tütün ve tütün ürünlerinin zararları konusundaki farkındalığının arttığını göstermiştir. Uygulama gerek sigara içen ve gerekse içmeyen vatandaşlarımızdan büyük destek (%95) görmüştür. Kapalı ortamlarda hava kalitesini değerlendirmeye yönelik ölçümlerde dumansız hava sahası uygulaması ile birlikte kapalı ortamlarda havadaki partikül miktarlarında ciddi azalmalar tespit edilmiştir.

Türkiye, Küresel Tütün Araştırmasını (GATS) veri toplama çalışmasını ilk tamamlayan ve raporlayan ülke olmuştur. CDC, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile tamamlanan araştırma sonuçları, 2006 yılında yapılan araştırma sonuçları ile kıyaslandığında sigara kullanma oranları toplum genelinde %2,1 azalmış ve %33.4 olan sigara tüketim oranı %31.2'ye düşmüştür. Sigara içenlerin ortalama %7'si sigarayı bırakmış olup tütün ve mamullerini kullanmayı bırakma eğilimi gençlerde daha yaygındır. Sigara satış rakamlarına bakıldığında ise 2000 yılında kişi başı sigara tüketimi 1646 iken bu sayı 2010 yılında 1287'ye gerilemiştir.

16-19 Aralık 2008 tarihlerinde DSÖ ile işbirliği içinde uluslararası katılımı, illerde tütün kontrolündensorumluidarecilerimizelyönelik "Tütün

Kontrolünde Liderlik” konulu bir eğitim toplantısı gerçekleştirilmiş, katılımcılar konu hakkında bilgilendirilmiş ve kendilerine liderlik misyonu yüklenmiştir. 24-25 Aralık 2008 tarihlerinde Ulusal Tütün Kontrol Komitesi toplanarak Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı ve uygulamaya yönelik stratejileri gözden geçirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan tütün kontrolü çalışmalarında ülkelere yol gösterici olma niteliği taşıyan “MPOWER Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi” Türkçeye çevrilmiş olup ülke çapında ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtımı yapılmıştır.

9-20 Şubat 2009 tarihleri arasında tütün kontrolü alanında uzman yerli ve yabancı akademisyenlerin katılımıyla “Ulusal Kapasite Değerlendirme Toplantısı” gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ile ülke genelinde tütünle mücadelede rolü olan belli başlı kurum ve kuruluşlar ziyaret edilerek tütün kontrol politikaları, süreçleri, sonuçları hakkında görüş alış-verişinde bulunulmuş, tütün kontrolü konusunda ülke profili çıkarılmıştır. Akabinde uluslararası deneyimler göz önüne alınarak tespit ve önerilerin yer aldığı bir rapor hazırlanmıştır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan rapor geniş katılımlı bir basın açıklaması ile halkımızla paylaşılmıştır.

13-14 Nisan 2009 tarihlerinde 81 ilimizdeki görevlilere yönelik “Tütün Kontrolünde Denetim Ekipleri Eğitimi” gerçekleştirilmiş, saha ziyaretlerinde uyulacak usuller standardize edilmiştir. “Dumansız Hava Sahası Denetim Ekipleri İçin Rehber” hazırlanarak ülke çapında denetim ekiplerinin istifadesine sunulmuştur.

15 Nisan, 26 ve 28 Mayıs 2009 tarihlerinde tüm Türkiye’den Vali, Vali Yardımcısı, Belediye Başkan Yardımcısı, Belediye Zabıta Müdürü, İl Sağlık Müdürü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı, yerel medya ve sivil toplum kuruluşu temsilcilerinin katılımı ile “Tütünle Mücadele Kapsamında Kurumlararası İşbirliği Toplantısı” gerçekleştirilmiş, il düzeyinde yönetici konumundaki katılımcılara tütün ve tütün ürünleri ile mücadelenin önemi ve bu konudaki sorumlulukları hatırlatılmıştır.

Ülke çapında halktan gelecek soru ve şikâyetlere cevap verebilmek amacıyla Dumansız Hava Sahası İrtibat Ofisleri oluşturulmuş, ALO SABİM 184 hattı çalışanlarına gerekli eğitimler verilmiş, ayrıca Sağlık Bakanlığında Teknik Destek Masası kurulmuştur.

18 Ağustos 2009 tarihinde Sağlık Bakanı Başkanlığında Türkiye Futbol Federasyonu Başkanı ve Spor Kulüpleri Başkanları ile basın toplantısı düzenlenmiş, stadyumlarda tütün kontrolüne yönelik alınacak önlemler masaya yatırılmıştır.

Ülkemizde tütün kontrolü alanında yapılan çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da ilgiyle karşılanmış ve yapılan değerlendirme sonucunda birçok ülke arasında ülkemiz seçilmiş, Küresel Tütün Kontrolü Raporu, 9 Aralık 2009 tarihinde İstanbul’da yapılmıştır.

Kanun hükümlerinin uygulamasını değerlendirmek amacıyla kurulan denetim ekibi sayısı 2848, bu ekiplerde görevli personel sayısı 9496’ya ulaşmıştır. Denetimlerde yasaya uyum oranı %99,2 olarak tespit edilmiştir.

Aylık sigara satış rakamları, tütün ve tütün ürünlerinin tüketiminin ikram sektörü dâhil tüm kapalı alanlarda yasaklandığı 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren azalmaya başlamıştır.

19 Temmuz 2009’ da yürürlüğe giren Kanun sonrasında, Türkiye’de son onbeş yılın en düşük sigara tüketimi gerçekleşmiştir. 2010 yılında;

2008 yılına göre 724 milyon paket, 2009 yılına göre 708 milyon paket daha az sigara içilmiştir. Satışlar 2010 yılında, 2008 yılına oranla %15 azalmıştır.

Bu verilerle vatandaşlar sigaraya 2010 yılında, 2008 yılına göre, 3 milyar 727 milyon TL, 2009 yılına göre 3 milyar 648 milyon TL daha az para harcamıştır.

01 Mayıs 2010 tarihinden itibaren sigara paketleri üzerinde resimli uyarıların yer almasıyla birlikte sigara satışlarında daha fazla düşüş beklenmektedir.

4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” hükümlerinin yürürlüğe girmesinden sonra bazı işyeri sahipleri müşteri kaybettikleri, zarar ettikleri ve iflas edecekleri şeklinde açıklamalar yapmaktadırlar. Ancak ekonomik veriler bu açıklamaları desteklememektedir. Tütün kontrolüne ilişkin düzenlemelerin uygulamaya girmesinden sonra, özellikle ikram sektörü işletmelerinin sayısında ve kârlılığında artış olduğu gözlenmektedir. Maliye Bakanlığı verilerine göre 2008 yılı Temmuz ayında 931.531 olan ikram sektörü işletme sayısı, 2009 yılı Aralık ayında 958.960’a yükselmiştir. Yemek

sektörü %4, alkollü içki satışı olan işletmeler %3, alkolsüz içecekli işletmeler %2 ve genel olarak ikram sektörü %3 nispetinde büyümüştür. 2009 yılının Ağustos-Aralık döneminde 17.198 işletme kapanmış, buna mukabil 19.042 işletme açılmıştır. 2009 yılı toplamında ikram sektöründe 65.330 işletme açılmış, 39.977 işletme kapanmıştır. Buna göre 2009 yılında;

Yemek sektöründeki işletme sayısı 13.585,

Alkollü içki servisi olan işletme sayısı 830,

Alkolsüz içecekli işletme sayısı 10.938,

Toplamda ise ikram sektöründeki işletme sayısı 25.353 artış göstermiştir.

Bu işletmelerde Ağustos 2008’de çalışan personel sayısı 584.082 iken, Ağustos 2009’da 572.944, Aralık 2009’da ise 710.633 olmuştur.

İkram sektörü işletmelerinin KDV matrahları, 2008 yılı Ağustos-Aralık dönemine göre 2009 yılının aynı döneminde %11 artmıştır. Artış oranı yemek sektöründe %13, alkolsüz içecek servisi yapan işletmelerde (kahvehane, kafeterya vs.) %10 olarak gerçekleşmiştir.

TÜİK, “Dönemler İtibariyle GSYİH” verilerine göre 2009 yılının aynı döneminde Türkiye’nin GSYİH %3,3 oranında düşerken otel, restoran ve kahvehanelerin içinde bulunduğu ikram sektöründe %5,2’lik gelir artışı olmuştur.

TÜİK “Üç Aylık Ticaret- Hizmet Göstergeleri”ne göre 2009 yılı üçüncü çeyreğinde, ikram sektörü işletmelerinin ciro endeksi 2007 yılının aynı dönemine göre %23,8, istihdam endeksi %9,9,

ücret-maaş endeksi ise %17.5 oranında artmıştır. Oysa inşaat sektöründe aynı dönemde ciro endeksi %10.3, istihdam endeksi %26.1, ücret-maaş endeksi %0,6 azalmıştır.

Bu veriler göstermektedir ki diğer tüm ülkelerde olduğu gibi, lokantalar ve kahvehaneler de dâhil olmak üzere kamuya açık tüm kapalı ortamlarda sigara içilmesini yasaklayan Kanun işe yaramaktadır ve aslında zarar eden sadece sigara endüstrisidir.

Ülkemiz, 19 Temmuz 2009 itibarıyla tütün kontrolüne yönelik en geniş kapsamlı yasası olan Bermuda, Yeni Zelanda, Uruguay, İngiltere ve İrlanda'dan sonra Dünya'daki 6., Avrupa'daki 3. ülke konumuna gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine taraf ülkelerin çalışmalarına destek olmak amacıyla yayımlanan M-POWER stratejileri, ülkemiz tütün kontrol çalışmalarında ilke olarak benimsenmiş ve tüm planlamalar bu stratejiler üzerine kurgulanmıştır.

Türkiye olarak şimdiye kadar;

1. Ülke çapında erişkinleri ve gençleri hedefleyen araştırmalar DSÖ ve CDC ile işbirliği halinde 2008 ve 2009 yıllarında yapılmış, 2010 yılında tekrarlanması için yine DSÖ ve CDC ile gerekli planlamalar yapılmış, saha çalışmaları tamamlanan araştırmanın analizleri DSÖ tarafından devam etmektedir.
2. 2008 yılı başında yayımlanan ve tüm hükümleriyle 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren Kanun ile tüm kapalı

alanlarda kapsamlı tütün kullanım yasağı başlatılmış olup başarıyla uygulanmaktadır.

3. Tütün ürünlerinin paketleri üzerinde bir yüzeyin en az %65'ini kapsayacak şekilde resimli sağlık uyarıları 01 Mayıs 2010 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır.
4. Tütün ürünleri üzerindeki vergi oranı 01 Ocak 2010 tarihinden itibaren %80'in üzerine çıkarılmıştır.

Bu kapsamda M-POWER stratejilerinden 4 tanesi tamamlanmıştır. Diğer iki stratejiden "ENFORCE: kapsamlı reklâm, tanıtım ve sponsorluk yasaklarının uygulanması" ile ilgili çalışmalar, TAPDK tarafından yapılması planlanan yasal düzenlemenin yakın tarihte yayımlanmasıyla tamamlanmış olacaktır.

Diğer strateji olan "OFFER: tütün ürünü kullanmayı bırakmak isteyenlere yardım etmek" maddesiyle ilgili olarak;

1. Birinci basamakta görev yapan hekimlere yönelik ilgili uzmanların ve akademisyenlerin işbirliği ile "Ulusal Rehber" hazırlanmış ve kitap olarak basımı yapılmış olup ülkemizdeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli hekimlere dağıtılmaktadır. Bu sayede sigara bıraktırma çalışmaları tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarına yaygınlaştırılacak ve her bir aile hekimi sigara bırakma polikliniği gibi hizmet verecektir.
2. Birinci basamak hekimlere yönelik sigara bıraktırma tedavileri konusunda, uzaktan eğitim ve yerinde eğitim olmak üzere iki aşamalı hizmet içi eğitim başlatılmıştır.

3. Hastanelerde hizmet veren sigara bırakma poliklinikleri geliştirilmiş, 232 olan poliklinik sayısının ve etkinliğinin artırılması için çalışmalar başlatılmıştır.
4. Sigara bırakma tedavilerinde kullanılan ilaçlara vatandaşların eczaneler aracılığı ile ulaşması sağlanmıştır. Ayrıca, tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçlar Sağlık Bakanlığınca da temin edilmiş olup sigara bırakma polikliniklerinde hekim kontrolünde sigara bağımlılarına ücretsiz olarak verilmektedir.
5. Sigara bırakma polikliniklerinin hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik özel ve kamudaki sağlık kuruluşlarının iş ve işlemlerini tarifedecek yönetmelik çalışmamız son aşamadır.
6. Herkesin ücretsiz olarak 24 saat boyunca ulaşabileceği, sürekli canlı yanıt verilecek **"ALO 171 Sigara Bırakma Hattı"** çalışmaları tamamlanmıştır. 27 Ekim 2010 tarihinden itibaren aktif olarak çağrı karşılanmaya başlanan çağrı merkezinde 45 personel görevlendirilmiş, bu personele DSÖ, Hacettepe Üniversitesi, iletişim uzmanları ve ilgili diğer uzmanların katılımı ile hazırlanan eğitim müfredatı çerçevesinde 15 gün süreyle eğitim verilmiştir. Hemşire, sağlık memuru gibi tamamen yardımcı sağlık personelinin oluşan bu ekibe sürekli tıbbi destek vermek üzere bir doktor görevlendirilmiş, ayrıca ihtiyaç duyulduğunda telefonla destek vermek üzere 20 kişilik bir danışman ekip kurulmuştur. İhtiyaca binaen yeni personel alımına devam edilmektedir.

4.3.7.Beslenme

Cengiz Kesici, Biriz Çakır

Türk halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye’de temel besin, ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin ortalama %44’ü sadece ekmekten, %58’i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagiller, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına rağmen, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir. Toplumun bazı kesimlerinde yeterli gıdaya ulaşamama ve hayvansal ürünlerin az miktarda tüketilmesine bağlı olarak makro ve mikro besin öğeleri eksikliği görülmektedir.

Türkiye’de, enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, enerjiyi yetersiz düzeyde tüketen ailelerin oranı düşüktür. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir. Proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Tahıl ve tahıl ürünleri tüketimi ilk sırada yer alırken sebze tüketimi ikinci sırada yer almaktadır. Et ve et ürünleri protein açısından çok önemli besinler olmasına rağmen Türkiye genelinde tüketim yüzdesi diğer besin gruplarının tüketimleri içinde sadece %3’tür.

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar

göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca, beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır.

Uluslararası Beslenme Konferansı 1992, 1996 ve 2002 Dünya Gıda Zirvesi ve 2002 yılında DSÖ ve FAO tarafından düzenlenen “Güneydoğu Avrupa Ülkelerinde Gıda ve Beslenme Eylem Planlarının Geliştirilmesi” konulu çalıştay katılımlar sonrasında Türkiye’de kurumlar arası işbirliği ile ulusal gıda ve beslenme eylem planının hazırlanması ihtiyacı olduğu görülmüştür. Bu amaçla Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) önderliğinde Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, üniversiteler, UNICEF, DSÖ ve gıda sektörü temsilcilerinden oluşan bir çalışma grubu tarafından Türkiye’de gıda güvenliği, gıda güvencesi ve beslenme ile ilgili mevcut durum ayrıntılı olarak incelenerek “Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu- Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı” 2003 yılında DPT tarafından yayımlanmıştır. Bu rapor ile ülkemizde farklı Bakanlıklar tarafından yürütülen gıda ve beslenme ile ilgili hizmetlerin ulusal bir eylem planı çatısı altında kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon ile yürütülmesinin sağlanması hedeflenmiştir.

Ülkemizde 560 sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereği gıda güvencesi, gıda güvenliği kontrolleri, üretim, ithalat ve ihracat vb. hizmetler Tarım ve Köyişleri Bakanlığı sorumluluğunda iken gıda

satış ve toplu tüketim yerlerinde gıda güvenliğinin sağlanması ile beslenme politikasının geliştirilmesi Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundaydı. 2004 yılında yayımlanan 5179 sayılı Gıda Kanunu ile gıda satış ve toplu tüketim yerlerinde gıda güvenliğinin sağlanması sorumluluğu da Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilmiştir. Su, takviye edici gıdalar, bebek mamaları, özel tıbbî amaçlı diyet gıdalar, tıbbî amaçlı bebek mamalarına ilişkin hizmetler hariç gıda güvenliği ve gıda güvencesi ile ilgili tüm hizmetler Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilmiştir. Bu tarihten sonra Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ulusal beslenme politikalarının geliştirildiği ve beslenme hizmetlerinin yürütüldüğü “Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı” fiziksel aktivitenin teşviki ile ilgili sorumluluğu da alarak 2006 yılında “Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı” olarak yeniden yapılanmıştır. Haziran 2010 tarihinde 5179 sayılı Gıda Kanununda yeniden düzenleme yapılarak 5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu Resmi Gazete’de yayımlanmış ve böylece gıda hizmetleri ile veteriner hizmetleri, bitki sağlığı ve yemlere ilişkin düzenlemeler tek başlık altında toplanarak sorumluluk Tarım ve Köyişleri Bakanlığı’na verilmiştir. Ulusal beslenme ve sağlık politikalarının oluşturulmasından sorumlu kuruluş ise Sağlık Bakanlığı’dır.

Ülkemizde de beslenme ve sağlık durumu ve sorunlarının ortaya konulması için dünyada olduğu gibi her 5 yılda bir Beslenme, Sağlık ve Besin Tüketimi araştırmasının yapılması gereklidir. Çünkü ulusal beslenme sorunlarına yönelik etkin, yararlı ve tutarlı besin ve beslenme plan ve politikalarının hazırlanabilmesi için güvenilir

nitelikte araştırma verileri son derece önemlidir. Türkiye’de 1974 yılından sonra ülkemizi temsil edecek nitelikteki bir örneklem üzerinde yapılmış araştırma verileri bulunmamaktadır. Bu amaçla 2010 yılında 81 ilimizde 19056 hane üzerinde Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırmasının saha çalışması tamamlanmış olup ön raporu 2011 yılının ilk yarısı içinde yayımlanacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, beslenmenin risk faktörü olduğu obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon vb. kronik hastalıkların önlenmesi, özellikle çocukluk döneminde görülen vitamin ve mineral yetersizliklerinin giderilmesi, anne sütünün teşviki vb. konularda aşağıda özetlenen çeşitli programlar ve aktiviteler yürütülmektedir.

- Okul çağı çocuklarının yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmesi amacıyla 2004 yılında 81 ilimizde “İlköğretim Okullarında Beslenme Eğitimi” Programı başlatılmıştır. 2005 yılında yaklaşık 1 milyon, 2009 yılında üç milyon öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışmanın hedefi tüm çocuklar olup halen ilköğretimde okuyan yaklaşık 12 milyon çocukta %25’ine ulaşılmış durumdadır. Program kapsamında çeşitli eğitim materyalleri (kitap, afiş, velilere ve öğretmenlere yönelik mektuplar, kitap ayıraçları, stikerler, CD, anket) geliştirilmiştir. Program halen devam etmektedir.
- Obezitenin önlenmesi amacıyla okul kantinlerinde aşırı yağ, şeker ve tuz içeren besinlerin satışının yapılmaması, süt, ayran, yoğurt, meyve-sebze suyu ve tane ile meyve ve sebze satışının özendirilmesine yönelik

olarak Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği yapılmaktadır.

- İlköğretim Okulları İçin (Yarım Gün) beslenme saatinde beslenme çantası için ve ayrıca tam gün olan ve yemek hizmeti veren okullarda da öğlen yemeği için öğrencilerin yaşına uygun enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini karşılamak ve toplu beslenme hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunun sağlanması amacıyla “Tam Gün Okullara Yönelik Geliştirilen Menü Modelleri ve Örnek Öğle Yemeği Listeleri” hazırlanmıştır. Menü modelleri, yemek hizmeti verilen okullarda uygulanmak üzere Milli Eğitim Bakanlığına gönderilmiştir.
- Okul çağına bulunan ve 6-10 yaş grubundaki çocuklarda malnütrisyon (zayıflık), fazla kiloluluk ve obezite (şişmanlık) görülme sıklığının ortaya konulması amaçlanmıştır. Proje kapsamında 26 ilde yaklaşık 12.000 öğrenciye ulaşılmıştır. Bu öğrencilerin boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları ölçülmüş, öğrencilere ve velilere uygulanan anketler ile öğrencilerin beslenme durumları ve fiziksel aktivite düzeyleri ve okul çevresi ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Projenin uygulama aşaması tamamlanmış olup proje sonuçlarının rapor haline getirilerek kamuoyu ile paylaşılması planlanmıştır.
- “Beslenme Dostu Okul” Programı Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde okulların, belirlenen kriterler doğrultusunda “Beslenme Dostu Okullar Değerlendirme Formu” ile denetlenmesi, 100 puan üzerinden 90 ve üzeri puan alan okulların “Beslenme

Dostu Okul" sertifikası ile ödüllendirilmesi aşamalarını içeren bir programdır.

- İlköğretim okullarındaki çocuklarımız için besin hijyeni konusuna dikkat çekmek ve sağlıklı beslenmeyi özendirmek amacıyla "Vitamin Amca Mikroplara Karşı" adlı çocuk oyunu ile tiyatral eğitim programı yürütülmüştür. Bu kapsamda Ankara'da 25.000 öğrenciye ulaşılmış, 10.000 adet CD ve 5.000 adet kitap bastırılarak dağıtılmıştır. Yerel yönetimlerle işbirliği içinde söz konusu tiyatro oyununun gösteriminin ülke genelinde yaygınlaştırılması düşünülmektedir.
- Ülke genelinde beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında resim, şiir, kompozisyon ve karikatür yarışması düzenlenmiş ve dereceye giren öğrencilere ödülleri verilmiştir. Yarışmaya katılan eserlerden oluşturulan "Yarışma Albümü" tüm illere dağıtılmıştır. Ayrıca ilköğretim öğrencileri arasında bilgi yarışması düzenlenmiş ve dereceye giren okullara ödülleri verilmiştir.
- 21 Mayıs Dünya Süt Günü, 27 Eylül Dünya Okul Sütü Günü gibi özel günlerde çeşitli aktiviteler düzenlenerek eğitimcilerin ve öğrencilerin dikkatlerinin sağlıklı beslenme konusuna çekilmesi amaçlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde "Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi" hazırlanmış ve sağlık personeline ve işbirliği yapılan kurum ve kuruluşlara gönderilmiştir.
- Sağlık personeli için kaynak kitap niteliğinde 85 kitapçıktan oluşan Beslenme, Obezite,

Fiziksel Aktivite ve Tütün Bilgi Serisi hazırlanmış ve sağlık personeline ve işbirliği yapılan kurum ve kuruluşlara gönderilmiştir.

- Yukarıda belirtilen aktiviteler, projeler ve hazırlanan dokümanların bulunduğu web sayfasına Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığının web sayfası www.beslenme.saglik.gov.tr internet adresinden ulaşılabilmektedir. Bu web sayfasında çocuklara yönelik "Çocuklara Özel" bölümü de oluşturulmuştur. Bu bölümdeki beslenme ve fiziksel aktivite konuları çocukların ilgisini çekebilecek ve katılımlarını sağlayacak tarzda renkli ve eğlenceli olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, öğretmenlere ve velilere yönelik bilgiler de bulunmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme sıklığı giderek artmaktadır. Çeşitli çalışmalara göre obezite sıklığı yetişkinlerde %18-35 arasında değişmektedir. Çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığını araştıran ulusal düzeyde yapılmış bir çalışma mevcut olmamakla birlikte lokal ve bölgesel düzeyde yapılan çeşitli çalışmalar çocuklarda obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli tedbirlerin alınması gerektiğini göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı" ülkemizin ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirilmiş ve "Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi" imzalanmıştır. Bu gelişmenin ardından ülkemizde de obezitenin önlenmesine

yönelik faaliyetlere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek ve faaliyetlerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamak amacıyla ulusal bir programın hazırlanması ve eylem planının acilen uygulanması ihtiyacı doğmuş ve “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” hazırlanmıştır. 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” ile ilgili Başbakanlık Genelgesi söz konusu programı da kapsar niteliktedir ve pek çok kurum ve kuruluşla işbirliği içinde hazırlanan “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazetede “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” adı altında Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır.

“Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı”, “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” geniş tabanlı ve çok sektörlü bir yaklaşımı benimsemektedir. Programın hazırlanması aşamasında başta sağlık, spor, eğitim, ulaşım, maliye ve belediyeler olmak üzere ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarıyla uluslararası kurum temsilcileri, üniversitelerin tıp, beslenme ve diyetetik, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve gıda mühendisliği bölümlerinden akademisyenler, özel sektörden gıda sanayii, tüketici dernekleri ve diğer sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin de katıldığı bir çalıştay düzenlenmiş, ayrıca www.beslenme.saglik.gov.tr web sayfasında yayımlanarak tüm kamuoyunun görüşüne açılmış ve gerekli revizyonlar yapılmıştır.

“Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)”Söz konusu programın amacı, ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, çocuklarımızı ve gençlerimizi etkileyen bu hastalıkla etkin şekilde mücadele etmek, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmek ve böylece ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, diyabet, bazı kanser türleri, hipertansiyon, kas ve iskelet sistemi hastalıkları vb.) görülme sıklığını azaltmaktır. Ayrıca, ülkemizde çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları vb. pek çok kurum ve kuruluş tarafından obezitenin önlenmesine yönelik çeşitli programlar, projeler ve eğitim çalışmaları sürdürülmektedir. Sürdürülen bu çalışmaların koordinasyon içinde olması ve bir yol haritası dâhilinde yürütülmesi başarı düzeyini etkileyen en önemli hususlardan biridir. Hazırlanan bu ulusal program ile ülkemizde planlanan çalışmaların belirli bir program dâhilinde yapılması, ölçülebilir, izlenebilir olması ve eşgüdümün sağlanması amaçlanmıştır.

Program dört ana başlıktan oluşmaktadır. Bu başlıklar ve alt başlıklar aşağıda yer almaktadır:

A. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programının Yönetiminin Oluşturulması ve Politika Geliştirilmesi

A.1. Ulusal ve Yerel Düzeyde Politik İstek ve Kararlılığın Sağlanması ve Uygulamaya Konulması

A.2. Obezite İle Mücadelenin Yönetilmesinde Finansal Düzenlemeler

A.3. Ulusal ve Yerel Düzeyde Mevcut Durumun Saptanması ve Yapılacak Araştırmaların Desteklenmesi

B. Obezitenin Önlenmesine Yönelik Çalışmalar

B.1. Toplumun Obezite, Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Fiziksel Aktivite Konularında Bilgilendirilmesi ve Bilinçlendirilmesi

B.2. Okullarda Obezite İle Mücadelede, Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması

B.3. İşyerlerine Yönelik Çalışmalar

B.4. Obezitenin Önlenmesinde Gıda Sanayi İle İşbirliğinin Sağlanması

B.5. Medya Haberleri ve Reklâmlarda Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivitenin Desteklenmesi

B.6. Fiziksel Aktivitenin Teşviki ve Çevresel Faktörlerin İyileştirilmesi

C. Sağlık Kuruluşlarında Obezitenin Teşhisi ve Tedavisine Yönelik Önlemler

D. İzleme ve Değerlendirme

Söz konusu program kapsamında yer alan eylem planına göre 2010-2014 yılları arasında yapılması planlanan ve yürütülen aktivitelerden bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Obezite ile mücadeleye (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin teşviki vb.) yönelik konularda faaliyet gösteren kamu ve özel kurum ve kuruluşlar arasında her düzeyde koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması,

- Obezite ile mücadele stratejilerinin ulusal sağlık stratejileri ve politikaları arasında yer almasının sağlanması,
- Ulusal boyutta politik kararlılığı artırmak ve yönetimi güçlendirmek için merkez teşkilatında “Obezite ile Mücadele Danışma ve Yürütme Kurulu”, illerde ise katılım ve koordinasyonu geliştirmek üzere “Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulu” oluşturulması,
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasının (TBSA) yapılması,
- “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”ni risk gruplarına ve yaş gruplarına göre güncellenmesi ve yaygın kullanımının sağlanması,
- “Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi”nin hazırlanması ve yaygın kullanımının sağlanması,
- Toplum genelinde (çocuklar, gebe ve emzikliler, yetişkinler, yaşlılar vb.) obezite ve sağlık riskleri konusunda farkındalığın oluşturulması.
- Sağlık Bakanlığı ALO 184 hattı içinde bireylerin her an ulaşabilecekleri ve doğru bilgi alabilecekleri “Obezite ile Mücadele Bilgi Hattı”nın yer alması,
- Obeziteden korunmada önemli bir faktör olan bebeklerin anne sütü ile beslenmesi çalışmalarının devam ettirilmesi,
- Gebe ve emziklilik dönemindeki kadınların düzenli aralıklarla sağlık kuruluşlarına başvurduklarında kilo kontrolü ile

- ilgili danışmanlık hizmetlerinden yararlanmalarının sağlanması,
- Obezite, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili konularda toplumun geneline ve özel gruplara (askeri personel, öğretmenler, din adamları vb.) yönelik kitlesel kampanya, etkinlik ve programların geliştirilerek düzenli aralıklarla uygulanması ve yaygınlaştırılması,
- Obezite ile mücadele konularında topluma doğru mesajların ulaştırılması amacıyla sağlık muhabirlerinin, yapımcı ve yönetmenlerin bilgi düzeyinin artırılması,
- Sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran fazla kilolu ve obez olarak değerlendirilen hastaların, obezite merkezlerine yönlendirilmesi ve bu hastaların Obezite tanısı ve tedavisi için hazırlanan klinik rehberlere göre tedavisi ve izlenmesi için sürveyans sisteminin oluşturulması
- İnteraktif, eğlenceli ve öğretici eğitim teknikleri, bilgisayar oyunları vb. kullanılarak okul öncesi ve okul çağı çocukları ile öğretmenler ve velilerin obezite ile mücadele konularında bilgilendirilmesi,
- Okul kantinlerinde yürütülen beslenme hizmetlerinde sağlıklı uygulamaların teşviki için çeşitli kampanya ve aktivitelerin (Beyaz Bayrak Projesi, Beslenme Dostu Okul Programı vb.) yürütülmesi,
- Okul çağı çocuklarının fiziksel aktivite ve spor yapmaya yönelik fiziksel imkânlarının geliştirilmesi,
- Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerdeki okullarda bütçe imkanları dahilinde ücretsiz okul sütü, okul kahvaltısı gibi programların düzenlenmesi,
- Okul kantin ve yemekhanelerindeki beslenme hizmetlerinin ve okul çevresinde gıda satışı yapılan yerlerin denetlenmesi, okullarda sağlıklı menülerin sunulmasının sağlanması,
- İşyerlerindeki toplu beslenme hizmetlerinde (yemekhane, kantin vb.) sağlıklı beslenmeyi destekleyici menülerin yaygınlaştırılması,
- Kamu ve özel sektörde görev yapan işyeri hekimlerinin obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeylerinin artırılması ve işyeri hekimliği hizmetleri çerçevesinde işyeri çalışanları arasında obezite taraması yapılması, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumlarının saptanması,
- Ulusal sağlık politikalarında gıda sanayii ile işbirliği içinde tüketicilere yönelik çeşitli aktivitelerin yapılmasının sağlanması,
- Besinlerin içeriğinde yer alan aşırı yağ, şeker ve tuzun azaltılmasına yönelik çalışmaların yapılması (Bu kapsamda ilk olarak "Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı" başlatılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır),
- Gıda ürünleri etiketlerinde tüketiciyi bilgilendirecek, kolay anlaşılabilir ve okunabilir şekilde besin öğeleri tablosunun yer almasının sağlanması,
- Beslenme ve sağlık beyanları ile ilgili ilave düzenlemelerin yapılması,

- Taze sebze ve meyve tüketiminin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması,
- Medyada yer alan çocuklara yönelik gıda reklamları ve tanıtım faaliyetleri ile ilgili mevcut yasal düzenlemelerin ihtiyaçlar doğrultusunda ve ülkemizin taraf olduğu yeni uluslararası anlaşmalara uygun olarak revize edilmesi,
- TV kanalları, radyolar ve internet gibi ortamlarda yeterli ve dengeli beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında doğru mesajların konunun uzmanları tarafından verilmesinin sağlanması,
- Toplumun fiziksel aktivite konusunda bilinçlendirilmesi çalışmalarının yürütülmesi ve yerel yönetimler tarafından toplumda fiziksel aktivitenin yaygınlaştırılmasına yönelik spor tesislerinin, rekreasyon alanlarının (yürüyüş, koşu alanları, bisiklet yolları vb.) ve yayalara yönelik şehir içi düzenlemelerin yaygınlaştırılmasının teşvik edilmesi

4.4. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion) Stratejileri

Dr. Kağan Karakaya, Dr. Levent Göçmen

Dünyada 1970'lerden itibaren gündeme gelen sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konulmasıyla başlamıştır.

Bu kapsamda Demir Gibi Türkiye Programı (2004), Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı (2004), Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Programı (2005), Gebelere Demir Destek Programı (2005), Kanseri Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri (KETEM) 'nin bütün illerde açılması (2008) gibi program ve projeleri başarıyla uygulamaya başlamış ve sürdürmektedir.

Sağlık Bakanlığı, sağlığın geliştirilmesi alanında yapılan ve yapılacak olan çalışmaların önemini her geçen gün artması sebebiyle programları tek elde toplayıp daha etkin bir şekilde yön verebilmek için 2008 yılının ocak ayında "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" adı altında idari bir yapılanma oluşturmuştur. Bu yapılanma ile şuana kadar iki büyük proje başlatılmıştır. Bunlardan 2008 yılında başlayan "Dumansız Hava Sahası" tüm dünyaya örnek olacak şekilde yürütülmüş ve halen devam etmektedir. 2010 yılının Mart ayında "Suya Sabuna Dokunun" kampanyası başlatılarak el yıkama konusunda toplumda farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir. Bu kampanya Tacikistan, Gürcistan, Moğolistan, Özbekistan ve KKTC Sağlık Bakanlıklarının katılımıyla bölgesel bir nitelik kazanmıştır. Kampanyanın

ileri ki dönemlerinde bölgeden başka ülkelerinde katılımıyla geliştirilmesi planlanmaktadır.

2010-2014 Ulusal Sağlık Stratejik Planı büyük ölçüde sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların önlemesi konularını ele almaktadır.

Ayrıca artık dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birisi kabul edilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında faaliyet planına alınan obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin teşvikine yönelik kampanya yapılacaktır.

Şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeye amaçlayan sağlıklı şehirler projesi kapsamında Sağlık Bakanlığı yaşanabilir kentler için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında çalışmalarını sürdürmektedir.

Diyanet işleri başkanlığıyla sağlığın geliştirilmesi için Cuma Hutbeleri projesi başlatılmış ve Cuma Hutbelerinde okunması için ortak sağlıkla ilgili bilgi vermek amacıyla çalışma yapılmıştır.

Ülkemizde, Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yürütülmektedir. DSÖ, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından mali ve teknik yönden desteklenen proje, ülkemizde ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirmek, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzını öğretmek amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında

17/07/1995 tarihinde imzalanan bir protokolle uygulanmaya başlanmıştır. Avrupa'da 52 ülkede uygulanmakta olan projenin Türkiye'deki sekreteryası Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'nca yürütülmektedir.

2010-2014 Ulusal Sağlık Stratejik Planı büyük ölçüde sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların önlemesi konularını ele almaktadır. Aynı zamanda ulusal plandan ayrı olarak sağlığın geliştirilmesi stratejik planı hazırlanmaktadır.

4.5. Yerleşim Yerleri

Okul Sağlığı Çalışmaları

M. Nezir Kahraman, Halil Polat

Öğretmen ve öğrencilerimize koruyucu sağlık hizmeti sunmak, yaşam kalitesini yükseltmek, temizlik ve hijyen konularında sağlık eğitimi ve öğretimi vermek suretiyle sağlıklı nesiller yetiştirilmesine katkıda bulunmak, bedensel ve ruhsal muayenelerinin yapılmasına destek vererek sağlık bilinci gelişmiş, sağlığından sorumlu bireylerin yetişmesine katkıda bulunmak üzere **"Okul Sağlığı Çalışmaları"** konulu çalışma başlatılmıştır. Bu çalışma ile ilgili imzalanan protokoller ile Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak yürütülmektedir.

Aile hekimleri (family physicians-GP) tarafından okul çocukları muayenesi ve taramaları yapmakta; muayene sonucu ve bilgilerin yer aldığı form öğrenci ile okullara iletilmektedir. Okul sağlık koşullarının değerlendirilmesi; taramalar ve domuz gribi salgınında olduğu gibi

kitlesel aşılama kampanyaları ise toplum sağlığı merkezlerince (Community Health Center) yapılmaktadır.

Okul çağı çocuklarda 2009 yılında yapılan 2. küresel gençlik tütün araştırması sonuçlarına göre öğrencilerin %8.4'ü (erkeklerde %10.2 kızlarda %5.3) halen sigara içmektedir. 2003 yılında yapılan küresel gençlik tütün araştırması sonuçlarına göre bu yaş grubu öğrencilerin sigara içme oranı %6.9 (erkeklerde %9.4 kızlarda %3.5) olduğu düşünüldüğünde sigara içmenin arttığı görülmektedir. Hiç sigara içmemiş olanların %10.2'si ise (2003 yılında %7) önümüzdeki yıl içmeye başlayabileceğini belirtmiştir. 13-15 yaş grubundaki öğrencilerin %29.6'sı (2003 yılında %26.3) sigara içmeyi en az bir kez denediğini belirtmiştir.

Obezite çeşitli çalışmalarda değerlendirilmiş olup İstanbul sosyoekonomik düzeyi yüksek olan Şişli Bölgesinde 12-15 yaş grubunda 1821 çocukta yapılan bir çalışmada, BKİ 18-25 kg/m² (85.-95. yüzdeler) olanların oranı %9.9, BKİ>30 kg/m² (≥95.yüzdeler) olanların oranı ise %6.2 bulunmuştur. Ege Bölgemizde bir il olan Muğla'da 6-15 yaş arasında 4260 çocuk obezite açısından değerlendirilmiş ve kızların %7,6'sının, erkeklerin %9,1'inin obez olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda obezitenin nedenleri uzun süre TV izleme, TV izlerken atıştırma, annenin çalışması ve okulda en az bir öğün tatlı tüketimi olduğu belirlenmiştir. HBSC araştırmasında 2001-2002 yıllarında BKİ'ne göre yapılan değerlendirmede ülkemizde 11 yaş grubunda kızların %7'si, erkeklerin %14'ü, 13 yaş grubunda kızların %7, erkeklerin %13'ünün ve 15 yaş grubunda ise

kızların %5, erkeklerin %14'ünün fazla kilolu veya obez olduğu görülmüş olup çocukluk çağı obezitesinin yetişkinlik obezitesine yol açtığı ve pek çok kronik hastalık için zemin oluşturduğu düşünüldüğünde obezite ile mücadeleye çocukluk çağına başlamanın ne kadar önemli olduğu açıkça görülmektedir. Bu önemden hareketle okul sağlığının geliştirilmesi çalışmaları kapsamında çeşitli aktiviteler yürütülmektedir.

A-Sağlık Taramaları

“Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü” (Sağlık Taramaları) ile ilgili olarak 200-2008 öğretim yılında, sadece ilköğretim okulları değil bütün ilk ve orta dereceli okul öğrencilerimizin sağlık taramaları, Milli Eğitim Bakanlığı koordinesinde, Sağlık Bakanlığı ekiplerince, 32.276 okulda, toplam 3.934.510 öğrenci sağlık taramalarından geçirilmiştir. Sağlık taramalarından geçirilen öğrencilerden 173.642'si rahatsızlıkları nedeniyle tedavi amacıyla hastanelere sevk edilmiştir. 2008-2009 öğretim yılında 39.020 okulda 4.419.539 öğrenci muayene edilmiştir.

Muayene edilen öğrencilerden; 1.130.684'üne reçete yazılmış, 52.407'sine ücretsiz ilaç verilmiş, 199.497'si hastaneye sevk edilmiş, 22.445 ise rehberlik araştırma merkezlerine sevk edilmiştir. 2009-2010 öğretim yılı öğrenci sağlık tarama sonuçlarına göre Ülkemizde 35420 okulda 8537137 öğrenciden toplam 3679480'i muayene olmuştur.

Sağlık taramaları, sonuçları değerlendirilerek normal olmayan sonuçlar hakkında gerekli tedbirlerin alınması çalışmaları yapılmaktadır.

B- Okul Kantinleri, Toplu Beslenme, Obezite İle Mücadele ve Fiziksel Aktivite Çalışmaları

- 1- Eğitim kurumlarımızın **kantin, kafeterya, büfe, çay ocağı** vb. yerlerin taşınması gereken sağlık ve hijyen şartları ile öğrencilerimizin; sağlıklarının korunabilmesi, sağlıklı beslenme bilinçlerinin güçlendirilmesi, olabilecek gıda zehirlenmeleri, bulaşıcı hastalıklar, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı hastalıklar ile şişmanlığı (Obezite) önlemek amacıyla, Milli Eğitim Bakanlığı Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın ortak çalışması sonucu hazırlanan, 18.04.2007 tarih (2007/33) sayılı **"Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uyulacak Hijyen Kuralları"** konulu Genelge doğrultusunda gerekli bilinçlendirmeler yapılmaktadır. Dengesiz beslenmeye ve şişmanlığa (OBEZİTE) sebep olabileceği için enerjisi yüksek, ancak besin değeri düşük olan enerji içecekleri, gazlı, kolalı, aromalı, içecekler ile kızartmalar ve çipslerin satışının caydırılması, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'ndan üretim veya ithalat izni bulunan süt, ayran, yoğurt meyve suyu, sebze suyu, taze sıkılmış meyve ve tane ile meyve satışının özendirilmesi için valiliklere talimat verilmiştir.
- 2- **"Beslenme ve Güvenli Gıdaya Erişim"** konusunda Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı ile Ulusal Süt Konseyi iş birliğinde ortak çalışmalar sürdürülmektedir.
- 3- Okul çevresindeki seyyar satıcıların faaliyetlerinin önlenmesi için valiliklere

genelge verilmiş, belediyelerin bu konuyu takip etmeleri amacıyla İçişleri Bakanlığı nezdinde de girişimde bulunulmuştur.

- 4- **Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı 2008-2012** çerçevesinde ülkemizde 6-9 yaşlarındaki okul çağı çocuklarında büyümenin izlenmesinde mevcut durumun saptanması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü iş birliğinde **Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Proje'si** kapsamında obez çocuk oranını da ortaya koymak amacıyla 26 ilde 140 okulda 1, 2, 3 ve 4'üncü sınıflardan birer sınıfta toplam 16.500 öğrenciye antropometrik ölçüm ve anket, 16.500 öğrenci velisine ve 140 okul yönetimine anket uygulanarak bilimsel bir araştırma yapılmış olup araştırma sonucu rapor yazım aşamasındadır.
- 5- Okul çağı çocuklarında beslenme, toplu beslenme, obezite, fiziksel aktivite, okul kantinlerinin asgari ve teknik hijyen kuralları, kafeterya ve yemekhanelerin gıda denetimi ve hijyeni konularında 186 il eğitimcisi yetiştirilmiştir. Bu eğitimciler öğretmen, öğrenci ve velilerimizi sağlıklı beslenme, obezite ile mücadele ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek üzere ülke genelinde eğitimler vermektedir.
- 6- Milli Eğitim Bakanlığı'nın 15.02.2010 tarih ve 2010/15 sayılı genelgesi ile resmi ve özel eğitim-öğretim kurumlarındaki yatılı-gündüzlü ve taşınabilir eğitim kapsamındaki

öğrenciler ile mahalli imkânlarla açılmış, pansiyon, yurt öğrencilerin yemek ihtiyacının karşılanması, sunulacak yemeklerin gerekli koşulları (hijyen kurallarına uyulması, sunulma şekli, saklama süresi, belli bir sıcaklıkta verilmesi vb.) taşıması ve olumsuz durumlarla karşılaşılmaması için tedbirlerin alınması hususunda valilikler bilgilendirilmiştir.

- 7- Okullarımızda sağlıklı yaşamı ve sağlıklı çevreyi öğreten konular ilköğretim/ortaöğretim ders programlarında yer almaktadır. Ortaöğretim düzeyinde okutulan Sağlık Bilgisi dersi günümüz şartlarına göre revize aşamasında olup kitapta bir ünite başlığı altında **Diyabet ve Sağlıklı Beslenme** konularına yer verilmiştir.
- 8- Sağlıklı Toplum Derneği ile sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, obezite hastalığına karşı önlem alınması amacıyla bir protokol imzalanmış olup çalışmalar sürdürülmektedir.
- 9- Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan protokol gereği **Beslenme Dostu Okullar Projesi** çalışmaları başlatılmış olup müracaat eden okulların sağlıklı beslenme kriterleri konusunda gerekli şartları taşıyıp, taşımadıkları değerlendirilmektedir.

C-Diyabet İle Mücadele Çalışmaları

Milli Eğitim Bakanlığı, şeker hastası öğrenciler için 03.01.2000 tarih ve 2000/1 sayılı genelge yayımlamış olup halen yürürlükte olan genelge ve Sağlık Bakanlığı **Türkiye Diyabet Önleme**

ve Kontrol Programı kapsamında Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği, Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde 27.04.2010 tarihinde imzalanan protokolle **Okullarda Diyabet Eğitim Programı** çalışmaları başlatılmıştır.

D- Eğitim Kurumlarında Beyaz Bayrak Uygulaması

İlk ve orta dereceli okullarımızın temizlik, hijyen, fiziki alt yapı, çevre temizliğinin olumlu yönde teşvik edilmesi ve daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla belli kriterlere göre 100 üzerinden 90 ve daha yukarı puan alan okullarımıza “Beyaz Bayrak” vermek için Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında **Beyaz Bayrak İş Birliği Protokolü** imzalanarak yürürlüğe konulmuştur. Bugüne kadar şartları taşıyan 5800 okula beyaz bayrak verilmiş, bütün okulların beyaz bayrak alan okulların seviyesine getirilmesi için 17.02.2009 tarih ve 2009/20 sayılı genelge ile valiliklere talimat verilmiştir.

E- Kişisel ve Genel Hijyeni Sağlama Çalışmaları

- 1- El hijyeni konusunda Sağlık Bakanlığı koordinesinde hazırlanan “Ulusal Eylem Programı” kapsamında gerekli çalışmalar yürütülmekte olup söz konusu program uygulamaya konulduğunda Milli Eğitim Bakanlığı sorumluluğundaki görevler yerine getirilecektir. Ayrıca ilk ve ortaöğretim kurumlarımızın ders programları içerisinde el temizliği konularına yer verilmiştir.
- 2- Okul ve çevre sağlığı çalışmaları kapsamında proje hazırlama, proje

hazırlamada mantıksal çevrenin, okullarda kantin denetimi ile ilgili mevzuatın, kişisel hijyenin sağlanması, elektro-manyetik kirlilik, gürültü ve hava kirliliği, çevre-sağlık ilişkisi, su ile başlayan hastalıklar ve alınacak önlemler, pestisitler, böcek ilaçları ve kimyasal tehditler, kozmetikler, makyaj malzemeleri, okullarda tuvalet muslukları ve hijyen, el yıkama, damacana ve sebillerin kullanımı, grip ve gripten korunmanın önemi, korunma yollarının bilinmesini amacıyla ülke genelinde 100 sağlık meslek lisesi meslek dersi öğretmeninin katılımı ile bir il eğitimcileri semineri düzenlenmiştir. Bu eğitimi alan il eğitimcileri illerindeki idareci ve öğretmenleri konuyla ilgili bilgilendirmeye devam etmektedir.

- 3- 2005/97 sayılı genelge ile öğrencilerin tuvaletlerin dışında su içmeleri için gerekli ortamların sağlanması hususunda valiliklere talimat verilmiştir.
- 4- Okullardaki ortak kullanım alanlarının hijyeni konulu 17.02.2009 tarih ve 2009/79 sayılı genelge yayımlanmış olup sonuçları takip edilmektedir.

F- Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Çalışmaları

- 1- 4207 Sayılı Tütün ve Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un uygulanmasına yönelik 2005/90 sayılı genelge, Milli Eğitim Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatımıza gönderilmiş olup ayrıca söz konusu kanunun uygulanması ile ilgili 2008/16 sayılı genelge valiliklere gönderilmiş uygulamalar takip edilmektedir.

- 2- Tütün ve tütün mamullerinin zararlarını gösteren afişlerden üç (3) afiş seçilerek her birinden 60.000 adet olmak üzere toplam 180.000 adet afiş bastırılarak 81 il millî eğitim müdürlüklerine gönderilmiştir.
- 3- 31 Mayıs 2008 tarihinde **“Dünya Sigarasız Günü”** nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliğinde Milli Eğitim Bakanlığı Şura salonunda Sigara ve gençlik konulu bir panel düzenlenmiştir.
- 4- Ortaöğretim kurumlarında okutulan Sağlık Bilgisi dersi müfredat programı yeniden düzenlenerek kapsamına **“Sigaranın Zararları”** konusu eklenmiştir.
- 5- Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı çalışmalarına aktif katılım sağlanmaktadır.
- 6- Sigara ve sağlık ulusal komitesi çalışmalarına aktif katılım sağlanmaktadır.
- 7- Bakanlığımız ile Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi işbirliğinde gençlerin tütün konusunda tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla sağlık meslek Lisesi meslek dersleri öğretmenleri vasıtasıyla 30 ilde 70 okulda **“Küresel Gençlik Tütün Araştırması”** yapılarak sonuçları yayınlanmıştır.
- 8- Madde bağımlılığı ile mücadele çalışmaları (Sigara-Alkol ve Uyuşturucu) konusunda 100 il eğitimcisi yetiştirilmiştir.

G- Kan Başı ve Talasemi Bilinçlendirme Çalışmaları

- 1- Milli Eğitim Bakanlığı ile Türk Kızılay'ı arasında imzalanan "Gönüllü Kan Başı ve Kazanım Faaliyetlerinin Yürütülmesi Protokolü" çerçevesinde, faaliyet giderleri Türk Kızılay'ı tarafından karşılanan, iki dönem halinde "Kan Başı Eğitici Eğitimi Semineri" düzenlenmiştir. Yapılan eğitim faaliyetleri ile toplam 350 gönüllü kan başı eğitici eğitimi yetiştirilmiştir. Türk Kızılay'ı ile gönüllü kan başı eğitimi ve kazanım faaliyetleri vb. çalışmalar yürütülmektedir.
- 2- Öğretmenlerin "Talasemi Hastalığı" hakkındaki bilgilerini artırmak, hastalığın erken teşhis edilebilmesi ve öğretmen, öğrenci ve velilerin bilinçlendirilmelerini sağlamak amacıyla, Talasemi Federasyonu ile işbirliğinde "Talasemi Eğitici Eğitimi Semineri" düzenlenmiştir. Faaliyet giderleri Talasemi Federasyonunca karşılanan eğitim faaliyetine hastalığın daha sık görüldüğü 33 ilimizden seçilen 41 öğretmen katılmış, bu öğretmenler yaklaşık 4.000 öğretmeni Talasemi hastalığı hakkında bilgilendirmişlerdir.

H- İlk Yardım Eğitim Çalışmaları

- 1- TOÇEV ile İlk Yardıma İlk Adım Projesi kapsamında yatılı bölge okullarımıza tiyatro eşliğinde eğitimler verilmekte, eğitimler sonunda okullara ilkyardım dolabı, öğrencilere ise Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu onaylı kitapçık dağıtılmaktadır.

- 2- Ülke genelinde 100 sağlık meslek lisesi öğretmeni ilkyardım konusunda il eğitimcisi olarak yetiştirilmiş, bu öğretmenler 2 yılda yaklaşık 90.000 öğretmenimizi 18 saatlik uygulamalı ilkyardım eğitimine almışlardır.
- 3- Erzurum Hizmet içi Eğitim Enstitüsünde 12-16 Temmuz 2010 tarihlerinde sağlık meslek lisesi meslek dersleri öğretmenlerimizden 92 öğretmen il eğitimcisi olarak yetiştirilmiştir.

İ- Ağız ve Diş Sağlığı Çalışmaları

- 1- Ağız ve diş sağlığını koruma bilincine sahip bir neslin yetiştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla Milli Eğitim Bakanlığı-Colgate Palmolive Temizlik Ürünleri Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi ile Ağız ve Diş Sağlığı Derneği arasında imzalanan "Ağız ve Diş Sağlığı Bilincinin Geliştirilmesi" İş Birliği Protokolü kapsamında ilk yıl 22 ilimizde, ikinci yıl 14 il eklenerek toplam 36 ilimizde eğitim çalışmaları devam etmektedir. Bu eğitimler sırasında öğrencilerimize Milli Eğitim Bakanlığı onaylı çizgi film gösterilmekte, eğitim seti ile birlikte diş fırçası ve diş macunu dağıtılmaktadır.
- 2- Bakanlığımız ile Kırıkkale Üniversitesi arasında okul öncesi ve ilköğretim 1 ve 2 sınıf öğrencilerinin diş çürüğünden korunma, aktif koruyucu uygulama programı işbirliği protokolü imzalanmış olup bu program ile daimi dişlenmelerini tamamladıklarında daha az diş çürüğü oluşturmuş bir neslin yetiştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

- 3- Ülke genelinde eğitim çalışmalarına katılmak üzere 81 ilden toplam 93 sağlık meslek lisesi meslek dersleri öğretmeni il eğitimcisi olarak hizmet içi eğitime alınmıştır.

J- Gerçekleştirilen Hizmetiçi Eğitimler

- 1- **Ergen Sağlığı Eğitici Eğitim Semineri** çalışmaları kapsamında 136 öğretmen konu ile ilgili iki aşamalı formatör öğretmene eğitim verilmiştir. Bu öğretmenler illerde görev yapan meslektaşlarını 12 saatlik bir eğitime tabi tutarak bilinçlendirmektedir.
- 2- **İlkyardım-ilk müdahale Eğitici Eğitim Semineri** eğitimleri kapsamında 100 il eğitimcisi yetiştirilmiştir.
- 3- **Okullarda Toplu Beslenme Eğitici Eğitim Semineri:** Optimal beslenme ve sağlığın önemini, toplu beslenme hizmet aşamalarını, obezite, fiziksel aktivite ve okul çağı çocuklarında beslenmenin, kantinlerde asgari ve teknik hijyen sağlamanın önemini bilmeleri amacıyla 186 il eğitimcisi yetiştirilmiştir.
- 4- **Suç ve Şiddet Önleme Semineri:** Eğitim kurumlarındaki şiddeti önleme çalışmaları kapsamında 81 ilden birer öğretmen il eğitimcisi olarak eğitilmiş ve ilindeki diğer meslektaşlarını bilgilendirmiştir.
- 5- **Koruyucu Sağlık Hizmetleri Semineri (Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığı)** Bu eğitim ile tütün kullanımının aktif/pasif etkilenimi, ekonomik boyutu ve çevresel etkilerinin önemini anlatılması, tütün mücadelesinde risk algılama, risk grupları ile tütün mücadelesinin ve gençlik döneminin önemi, yasal düzenlemelerin önemi, farklı

kurumların çalışmalarının anlatılması, bağımlılığın ne olduğu, bağımlılık yapan maddelerin neler olduğunun ve madde kullanan çocuğun fark edilmesi, çocuk ve gençlerde alkol kullanımının önemini bilmesi, alkol ve madde kullanan çocuğa ailesinin yaklaşımlarının önemini bilmesi amaçlanmaktadır.

K- Ergenlik Dönemi Değişim Projesi(ERDEP)

Ergenlik Dönemi Değişim Projesi ile Millî Eğitim Temel Kanunu'nun genel amaçları ve ilkeleri doğrultusunda ilköğretim okullarında, öğrencilere, anne ve babalara, öğretmenlere, ergenlik dönemine girerken gençlerde meydana gelen bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin neler olduğunun öğretilmesini; ergenlikten genç yetişkinliğe geçerken karşılaşılan sorunların sağlıklı, mutlu yaşanarak aşılmasına ve böylece daha bilinçli bir toplum oluşmasını sağlamak amacıyla çalışmalar yapılmıştır. **"ERDEP Projesi"** kapsamında **7.140.289** öğrenciye eğitim verilmiştir.

L- Diğer Çalışmalar

- 1- 2008-2009 öğretim yılında "Damar Sertliği" konusunda 11 ildeki öğretmenlere konferans verilerek aynı konuda öğrencilere yönelik 33.768 ilköğretim okuluna Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığından onaylı DVD gönderilmiştir.
- 2- HIV/AIDS önleme ve eğitim çalışmaları yapılmaktadır
- 3- Domuz gribi ile ilgili 20.10.2009 tarih ve 2009/79 sayılı Genelge yayımlanmış, eğitim çalışmaları sürdürülmüştür.

Bununla ilgili olarak;

- a. Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde iki ayrı kriz masası oluşturulmuştur.
- b. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı bütün eğitim kurumları öğretmenlerinin grip, gripten korunma, konusunda bilgilendirilmeleri amacıyla 81 ilden 105 sağlık meslek dersleri öğretmeni 12-16 Ekim 2009 tarihleri arasında il eğitimcisi olarak görevlendirilmek üzere eğitimden geçirilmiştir.
- c. Bu eğitimi alan il eğitimcileri, illerde il sağlık müdürlükleri ile birlikte her okuldan 1'er öğretmenden oluşan gruplara eğitim vermeye başlamışlardır. Eğitimi alan yönetici ve öğretmenler kendi okul öğretmenlerini, okul öğretmenleri de öğrencilerini bir program dahilinde bilgilendirmiştir.
- d. Eğitim ile ilgili çalışmalarda kullanılmak üzere Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim öğrencileri ve yetişkinlere yönelik broşür, CD ve DVD'ler hazırlanıp, çoğaltılarak dağıtılmaktadır. Ayrıca söz konusu dokümanlar Bakanlığımız Sağlık İşleri Dairesinin Web sitesinde yayınlanmıştır.
- e. Okullarımızın tatil edildiği süre içinde eğitim ve öğretimin aksatılmadan sürdürülmesi amacıyla uzaktan öğretim sistemi ile dersler TRT televizyonlarından yayınlanmıştır.

4. Kamu kurumları üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ile okul sağlığı alanında protokoller imzalanarak yürürlüğe konulmuştur.

İş Yeri ve Çalışanların Sağlığı

Nefise Burcu Ünal

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından çalışanların sağlık ve güvenlikleri ile ilgili önceliklerin saptanması, illerde çalışanların yoğun olarak bulunduğu ancak herhangi bir sağlık birimi bulunmayan yerler öncelikli olmak üzere sağlık birimleri kurulması, çalışanların sağlıkları ile ilgili olarak koruyucu hizmetler öncelikli olmak üzere birinci basamak tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütülmesi; sağlık birimlerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle birlikte meslek hastalıkları ve çalışanların yaptıkları işle ilgili sağlık risklerini kapsayan çalışmalar yapılması, portör muayeneleri ile ilgili mevzuat güncellemeleri ve illerde portör muayenelerinin belli bir standartta, düzenli, sağlıklı, bilimsel temele dayalı ve kanuna uygun olarak yürütülmesinin sağlanması için çalışmalar yürütülmektedir.

Bu bağlamda; iş sağlığı ve güvenliği yasal güncellemeleri ve toplum sağlığı merkezlerinde temel iş sağlığı hizmetlerinin verilebilmesi için yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bir meslek hastalığı olan "Silikozis" hastalığının önlenmesi amacıyla "kot giysilere uygulanan püskürtme işleminde kum kullanımının yasaklanması" ile ilgili 2009/24 sayılı genelge yayınlanmıştır.

Ulusal düzeyde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından politikalar belirlenmekte

ve uygulamalar izlenmektedir. Periferde yedi tane iş sağlığı ve güvenliği merkezi vardır ve bu merkezlerde temel olarak işyerleri ölçümleri yapılmaktadır (gaz, duman, gürültü, ışık, toz, vb.). Bu merkezlerde aynı zamanda danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmektedir. Kanuna göre 50 ve üzerinde işçi çalıştıran tüm işyerleri yeteri miktarda yardımcı sağlık personeli ve hekimden oluşan bir sağlık ünitesine sahip olmak durumundadır. Bu sağlık birimleri sağlıklı ve güvenli iş yeri atmosferinin sağlanması risklerin önlenmesi için ölçütlerin belirlenmesi ve bu ölçümlerin uygulanması ve izlenmesini sağlamakla sorumludurlar. Bu birimler aynı zamanda ilk yardım hizmetleri verilmesi ve gerekli sevklerin yapılmasını da sağlamaktadır. Bununla birlikte Türkiye'deki işletmelerin büyük çoğunluğu elli ve üzeri işçi çalıştıran büyük işyerlerinden oluşmamaktadır. 2008 yılında küçük ve orta ölçekli işletme (KOBİ) olarak anılan işletmelerin %99,7'si ikiyüzelliden daha az işçiye sahiptir. Buna paralel olarak KOBİ'lerde tüm işçilerin %83,8'i çalışmakta olup iş kazalarının %80,7'si bu işyerlerinde oluşmuştur.

Pnömokonyoz ülkemizde en sık görülen mesleki akciğer hastalıklarından biri olup önlenabilir meslek hastalıklarının başında gelmektedir. İş sağlığı hizmetlerinin her basamağında etkin koruma ve önleme yöntemleri ile pnömokonyoz kontrolünün sağlanması mümkündür. Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği yönünden düzenli ve etkin izlem uygulandığı için pnömokonyoz açısından kontrol altına alınmış olması beklenen kömür madenciliği işletmelerinde bile yeni pnömokonyoz olguları saptanmaktadır. Ayrıca son zamanlarda giderek artan silikoz olguları, bu güne kadar bilinmeyen iş kollarında dahi görülmeye

başlamıştır (Kum püskürtme işlerinin yapıldığı kot taşımacılığı, cam şekillendirme işleri vb.). Olguların bildirimi sistemimizdeki ciddi sıkıntılar nedeniyle diğer meslek hastalıkları gibi pnömokonyozlar da kayıtlarımızda göreceli olarak daha az görülmektedir. Oysa bildirilmeyen pnömokonyoz olguları da dikkate alındığında pnömokonyozun ülkemiz için önemi daha da artmaktadır.

Bu nedenle ivedilikle bir eylem planına gereksinimi nedeni ile Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) / Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İş Sağlığı Ortak Komitesinin kararları ile uyumlu olarak Çalışma Bakanlığı önderliğinde "Ulusal Pnömokonyoz Önleme Eylem Planı" 7 Aralık 2006 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Göğüs filmlerinin pnömokonyoz bakımından değerlendirilmesi işlemini yapan A ve B okuyucu hekimlerin eğitimleri ilk defa 1995 yılında, ikincisi ise 2005 yılında İngilizce olarak yapılmış ve 28 A okuyucu, 36 B okuyucu olmak üzere toplam 64 hekim sertifika sahibi olmuştur.

"Ulusal Pnömokonyoz Önleme Eylem Planı"nın 10. maddesinin son fıkrasında yer alan "Akciğer radyografisi okuyucularının okuma performanslarının izlenmesi, sertifika ve sertifika yenileme eğitim programlarının oluşturulması ve sürdürülmesi."ne ilişkin hedef kapsamında ILO'dan program ve içeriğe bağlı kalmak şartı ile Türkçe olarak "ILO 2000 Uluslararası Pnömokonyoz Radyografisi Sınıflandırılması Sertifika Eğitimi Semineri"nin yapılması yetkisi alınmıştır. Bu yetkiye dayanılarak 2009 yılı içerisinde 20'şer kişilik gruplar halinde 2 eğitim yapılmış, 10 Mayıs 2010 tarihinde 3. s. düzenlenmiş, toplam A ve B okuyucu hekim sayısı 121'e ulaşmıştır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında iş sağlığı ve güvenliği konusunda işbirliği protokolü aşağıdaki etkinliklerin gerçekleştirilmesi üzere imzalanmıştır.

- a) Koruyucu iş sağlığı hizmetleri, meslek hastalıklarının önlenmesi ve erken tespiti konularında ulusal politika ve eylem planının oluşturulması,
- b) İş sağlığı hizmetleri sunumunda koruyucu hekimliğin öncelikli olması,
- c) İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü (İSGÜM)'nün Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi (DSÖ-CC) olma çalışmalarında işbirliği yapılması,
- d) Ortak proje çalışmalarının başlatılması,
- e) Tam Gün Yasası ve Aile Hekimliği mevzuatı ışığında işyeri hekimliği uygulamalarının mevcut durumu ve sorunların giderilmesi,
- f) Toplum sağlığı merkezlerinde ortak sağlık ve güvenlik birimi kurulmasının desteklenmesi ve kolaylaştırılması,
- g) İşyeri hekimliği ve meslek hastalıkları konusunda Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarındaki mevcut sorunların giderilmesi,
- h) İş kazaları ve meslek hastalıkları istatistiklerinin güncel ve erişilebilir olmasının sağlanması,
- i) Meslek hastalıkları tanı rehberlerinin ve tedavi protokollerinin hazırlanması,

- j) Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve meslek hastalıkları konusunda bilinç ve duyarlıklarının artırılması,
- k) İSGÜM ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarının işbirliği ve eşgüdümünün sağlanması,
- l) Meslek hastalıkları tanı sürecinde yaşanan sorunların giderilmesi,
- m) Temel İş Sağlığı Hizmet Modeli'nin seçilecek illerde pilot olarak uygulanması ve izlenmesi,
- n) Temel İş Sağlığı Hizmet Modelinin yaygınlaştırılması ve iş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü/ İSGÜM Tarafından Yürütülmekte Olan Proje/İşbirliği/ Protokol Çalışmaları (2007 Ağustos)

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekte olan bazı proje ve faaliyetler şunlardır:

- AB İş Sağlığı ve Güvenliği Geliştirme Projesi- ISAG-FAZ-2
- İSGÜM Bölge Laboratuvarlarının Geliştirilmesi AB Projesi
- Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi AB Projesi
- Kişisel Koruyucu Donanımların Piyasa Gözetimi ve Denetimini Desteklemek İçin Laboratuvar Kurulumu Projesi

- Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim ve Öğretim Bilgi Ağı-ENETOSH Projesi
- Türkiye'nin Avrupa İSG Ajansı (OSHA)'na üyeliğinin desteklenmesi PHARE IV Projesi
- BGAG Dresden Akademisi ve İSG Genel Müdürlüğü arasında imzalanan İş Sağlığı Güvenliği Konusunda İşbirliği Protokolü
- İnşaatlarda İş Sağlığı ve Güvenliği Protokolü
- Milli Prodüktivite Merkezi ile yapılan "Verimlilik Kapsamında İş Sağlığı ve Güvenliği ile Ergonomi Alanında Araştırma ve Eğitim İşbirliği Protokolü
- Madencilik Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği Kampanyası
- İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim ve Tanıtım Faaliyetleri
- TAİEX Çalışma ziyaretleri "Kimyasallar Sanayisinde Riskler ve Risk Değerlendirme Methodları"
- Kumlama Yapılan İşyerlerinde Çalışanların Çalışma Koşulları ve Silikoz Sıklığını Araştırma Projesi
- Türkiye'deki İş Kazalarını Azaltmak için Önleyici Sistem Metodu

Sağlıklı Kentler

23 Haziran 1998'de Atina'da bir araya gelen Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacılar Avrupa Sağlıklı Kentler Hareketinin ilk 10. yılını kutladılar. DSÖ sağlıklı kentler projesinin üçüncü evresini (1998-2002) başlatırken DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonunu yayınladılar. Bu politik deklarasyon tüm Avrupa kentlerinin sağlık ve sürdürülebilir kalkınma konusunda kararlılıklarını açık ve güçlü biçimde ortaya koyar. Bu deklarasyon, kentler için üzerinde yoğunlaşılacak öncelikleri ve yeni çabaları vurgular, ulusal hükümetlerin ve DSÖ'nün yerel ve kent düzeyinde sağlıkla ilgili eylemleri destekleme yollarını tanımlamaktadır.

Bu deklarasyonla Avrupa bölgesi hükümetlerine şu çağrılar yapılmıştır:

- Ulusal sağlık politikalarının yerel boyutlarının önemini görmek ve kentlerin "Herkes İçin Sağlık" ve "Gündem 21" ulusal stratejilerine önemli katkılar yapabileceğini kabul etmeleri,
- Ulusal sağlık stratejilerinde, sektörler arası yaklaşımla, yerel sağlık koşullarının analizi ve verilecek yanıtlarda kentlerin deneyim ve iç bakışlarını kullanmaları,
- Herkes için sağlık ve sürdürülebilir kalkınma politikalarını desteklemek üzere ek kaynaklar sağlayacak yolları araştırmaya,
- Eşgüdüm ve kapasite sağlayıcı rollerinde ulusal sağlıklı kentler ağını desteklemeye,

- DSÖ yönetim organlarının ve diğer geçerli uluslar arası forumların toplantılarına üye ülke delegasyonları ile birlikte yerel yönetim temsilcilerinin de katılmasını teşvik etmeye,
- Kent Sağlığı için DSÖ Avrupa Merkezi'nin gelişmesini memnuniyetle karşılayarak, Avrupa için DSÖ Bölge Ofisi'nden şunları bekliyoruz:
 - ◆ DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi III. Aşama (1998-2002) hedeflerine yönelik çalışmalarda liderlik yapması ve stratejik destek sağlanması
 - ◆ Avrupa Bölgesinde tüm üye ülkelerde, özellikle hareketin şimdiye kadar kapsamadığı, balkanlar bölgesindeki bağımsızlığını yeni kazanan ülkeler ve üye ülkelerde kapasite sağlanması ve işbirliği ağının geliştirmesi,
 - ◆ Daha bütünüleyici bir kent sağlığı planlaması, değerlendirme ve izlenmesi için teknik destek sağlanması ve rehberlik yapılması.
 - ◆ DSÖ'nün tüm teknik alanlarında, yerel eylem bileşenlerinin gelişmesinin teşvik edilmesi ve desteklenmesi;
 - ◆ Sektörler ve kuruluşlar arasında birlikteliğin artırılması, yerel ve ulusal yönetimlerin beceri ve deneyimlerinin uyumunun sağlanması,
 - ◆ Yerel, bölgesel ve ulusal yönetimlerle, DSÖ'nün birlikte çabalarının halkın sağlığını ve iyiliğini önemli oranda iyileştirecek değişiklikleri sağlayacağına inanıyoruz.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 6. DSÖ Bölge Ofisinde, 66 ülkede faaliyet gösteren Sağlıklı Kentler Hareketi'nin Türkiye uzantısı olarak, 2005 yılında Bursa Büyükşehir Belediyesi öncülüğünde kent sağlığını yaşanabilir, çağdaş kentler oluşturmak amacıyla kurulmuştur.

Sağlıklı Kentler Birliği DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ulusal Ağları üyesi olarak DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi rehberliğinde çalışan Türkiye'de kent sağlığı alanında kurulan ilk ve tek birlik olma özelliğini taşımaktadır. Sağlıklı Kentler Birliği "Herkes için Sağlık" prensibi çerçevesinde, kentlerimizdeki yaşam alanlarının en iyi seviyeye ulaştırılmasını ve sürdürülebilir kalkınma ilkeleri doğrultusunda herkes için kaliteli bir yaşam sunmayı hedeflemektedir. Sağlıklı Kentler Birliği, Bursa, İstanbul, İzmir, Kocaeli ve Antalya Büyükşehir Belediyelerinin de aralarında yer aldığı 41 üye belediyeyle milyonlarca insana hizmet üretmektedir. Bu doğrultuda, üye belediyelere DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı IV. ve V. Faz'ı konuları kapsamında belediyecilik, sağlık, planlama, çevre, konut, ulaşım, eğitim, güvenlik ve sağlıklı kent konularıyla ilgili tecrübe, bilgi, belge ve proje deneyimleri aktarılmaktadır. Tüm bu konular kapsamında her yıl farklı belediyelerin ev sahipliğinde gerçekleştirilen zirveler, uluslararası katılımlı konferanslarla birlik vizyonunu daha da genişletmektedir.

2009-2013 yıllarını kapsayan DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı V. Fazı için belirlenen ana temalar çerçevesinde, üniversitelerden değerli uzmanların katılımıyla 5 Haziran 2009 tarihinde Bursa'da düzenlediği "Sağlıklı Şehirler Paneliyle" Sağlıklı

Kentler Birliği yeni faz için gerekli çalışmalara başlamak üzere üye belediyeleri bilgilendirmiştir. Panelin ardından Sağlıklı Kentler Birliği 11.Olağan meclis toplantısıyla birlikte, “Tüm Politikalarda Sağlık ve Sağlık Alanında Eşitlik” konu başlığıyla Mardin’de 5.Yıl Konferansını gerçekleştirmiştir. Belediye başkanları, akademisyen, meclis üyeleri ve proje koordinatörlerinin de aralarında bulunduğu yaklaşık 160 kişinin katıldığı 5.Yıl Konferansında, “Çocuklar, Yaşlılar ve Dezavantajlı Gruplar için Duyarlı ve Destekleyici Çevreler”, Tüm Politikalarda Sağlık ve Sağlık Alanında Eşitlik konusunda Politikacılar Yuvarlak Masa Toplantısı”, “Sağlıklı Yaşam” ve “Sağlıklı Kentsel Tasarım ve Çevre” başlıklarında 4 ana oturum yer almıştır. Akademisyenlerin gerçekleştirdiği sunumlarla bilgi, üye belediyelerin gerçekleştirdiği sunumlarla deneyim paylaşımı sağlanmıştır. Sağlıklı Şehirler Projesi üzerine genel olarak Bilgilendirme, profil, şehir sağlık gelişim planı hazırlanması, 5. faz ana temaları hakkında bilgilendirme, proje yönetimi eğitimi, proje döngüsü yönetimi eğitimi konularında eğitimler düzenlenmesine karar verilmiştir. Bu amaçla, 26-27 Şubat 2010 tarihlerinde Aydın Belediyesi’nin ev sahipliğinde “Sağlıklı Şehirler Projesi Eğitimi” gerçekleştirilerek sağlıklı şehirler projesi, profil ve şehir sağlık gelişim planı hazırlanması ve 5.Faz konularında detaylı bilgilendirme yapılmıştır.

Sağlıklı Kentler Birliği her yıl birlik üyesi şehirleri Sağlıklı Şehir politika, plan ve stratejileri üretmede ve bunları uygulamaya koymada motive etmek, özendirmek amacıyla “En İyi Sağlıklı Şehir Projesi” uygulama ödülü yarışması düzenlenmektedir. 3.’sü düzenlenen yarışma bu yıl Sosyal Sorumluluk Projeleri (destekleyici çevreler: engelliler, yaşlılar,

çocuklar, dezavantajlı gruplar) Sağlıklı Şehir Planlaması ve Sağlıklı Yaşam olmak üzere 3 kategori de gerçekleştirilmiştir. Akademisyenler, TMMOB Şehir Plancıları Odası’ndan temsilciler ve Birlik Danışma Kurulu üyelerinin yer aldığı jüri tarafından değerlendirilen projeler 14-15-16 Mayıs 2010 tarihlerinde düzenlenen Ürgüp Buluşması’nda sergilenerek diğer üye belediyelerle paylaşılmıştır.

14-16 Mayıs 2010 tarihinde yine eşitlik konusu çerçevesinde düzenlenen Ürgüp Buluşmasında, “Sağlıkta Eşitlik”, “Planlama, Kentsel Hizmetler ve Yönetimde Eşitlik” başlıklarında yapılan oturumlarla, üye belediyelere eşitlik konusunun yelpazesi daha da genişletilerek aktarılmıştır.

Sağlıklı Kentler Birliği Dünya Sağlık Örgütü 5. Faz (2009-2013) Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağlarına Üyelik Şartnamesi ve akreditasyon kriterlerine göre, Ekim 2009’da yapılan Mardin Buluşması’nda Birlik Meclisinin aldığı karar doğrultusunda üyelik kriterlerini yeniden düzenlemiştir. Sağlıklı kentler birliği üye profilinin bölgeler arasında dengenin bozulması, Türkiye’nin batısında yer alan il ve ilçelerde ağırlık olması sebebiyle düzenlemeye ihtiyaç duyulmuştur. Ayrıca, **Sağlıklı Kentler Birliği, 2005-2020 Strateji Planında yer alan “Sağlıklı Kentler Birliği’nin ulusal ve uluslararası platformda gücünü arttırmak ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliğine üye belediye sayısını 2020 yılı sonuna kadar 60’a çıkartmak”** hedefiyle bu sayıya nicelik olarak değil aynı zamanda nitelikli bir Birlik üyesi profili oluşturarak ulaşmak için il nüfus kriteri getirmiştir. Yeni kritere göre 50.000 ve üzeri nüfuslu iller de toplam İl ve İlçe Belediyesi sayısı dahil olmak üzere 1 üye, 100.000 ve üzeri

nüfuslu iller de 2 üye, 500.000 ve üzeri nüfuslu iller 3 üye, 1 milyon ve üzeri nüfuslu iller 4 üye, 2 milyon ve üzeri nüfuslu iller 5 üyeyle sınırlanmıştır.

Birlik, kentlerimizi sağlıklı şehir olmaya özendirmek, sesini duyurmak amacıyla ulusal düzeyde faaliyetlere başlamıştır. Sağlıklı kentler birliği, sağlıklı şehirler hareketinde tüm kentlere rehber olmayı amaçlamaktadır. Ancak, sağlıklı şehirler projesi için belediyeler projeyi sürdürmek ve her türlü desteği sağlamak üzere taahhüt vermektedir. Bu taahhüdü vererek sağlıklı kentler hareketinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, harekete katkı verecek kentlerle birlikte yol almak önem taşımaktadır. Sağlıklı kentler birliği, sağlıklı kentler hareketine kendini adanmış, yaşanabilir şehirler oluşturmak için gerçekten gayret gösteren kentlerle sağlıklı şehirler hareketini yaygınlaştırmak ve sürdürmek istemektedir. Türkiye genelinde Sağlıklı Şehirler Projesine kendini adanmış tüm kentler birliğin dinamizmini daha da artıracak, yaşanabilir kentler yalnızca kâğıt üzerinde kalmayacaktır.

Şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeye amaçlayan sağlıklı şehirler projesi kapsamında sağlıklı kentler birliği, yaşanabilir kentler için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla işbirliği içerisinde çalışmalarını yürütmektedir. Kentin ayrılmaz dinamikleri olan bireylerin ihtiyaçları, sosyoekonomik durumları, eğitim düzeyleri, kültürel yapıları, yaşları ve cinsiyetleri, yerleşim konumları dolayısıyla değişkenlik gösterir. Bu değişken yapıları gözetenek hizmet üretmek, hepsinin farklı ihtiyaçlarına çare bulmak gerekmektedir. Sağlıklı

kent, kentin tüm sektörlerine görev yükler, bu sektörleri bir araya getirir. Tüm bu konularda sektörleri bir araya getirmek koordinasyonu sağlamak ve bunu halk katılımı ile birlikte yürütmek çok önemlidir. Bu görev ise yerel yönetimlere düşer. Sağlıklı kentler birliği çatısı altında bir araya gelen yerel yönetimler, kentlerindeki tüm kurum ve kuruluşların bir araya geldiği sağlık platformlarıyla bu koordinasyonu sağlayarak ortak çalışmalar yürütmektedir. Kişilerin hem fiziksel hem ruhsal sağlıklarını iyileştirecek sağlıklı kentin reçetesini Sağlıklı Kentler Birliği belediyelere sunmaktadır. Bir kent içinde yaşayanlarla var olmakta, hayat kazanmaktadır. Kentte yaşayan 7'den 70'e her yaşta, engelli veya engelsiz, kültürel yapıları ve cinsiyeti ne olursa olsun her vatandaşın hem fiziksel hem psikolojik her türlü ihtiyaçlarının karşılandığı ve o kentte yaşamaktan mutlu olduğu kent sağlıklı kettir. Sağlıklı toplumların temeli olan sağlıklı bireyler için kentsel yapıyı, kent hizmetlerini iyileştirmeyi ve geliştirmeyi, bunu tüm ülke genelinde yaygınlaştırmayı amaç edinen Sağlıklı Kentler Birliği, kent sağlığı konusunda yerel yönetimlere bilgi ve tecrübe aktararak destek sağlamaktadır.

4.6. Spesifik Gruplara Yönelik Politikalar - Yaşlı Sağlığı

Dr. Nazan Yardım, Ertuğrul Göktaş

Türkiye’de Resmi bir “Ulusal Konsey” bulunmamaktadır. Ancak pek çok STK bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi olan Türk Geriatri Topluluğu, Avrupa Yaşlılar Platform’u üyeliğine başvurmuştur (AGE) ve şu günlerde değerlendirmesi yapılmaktadır. Türkiye, 2004 yılından beri Uluslararası Gerontoloji ve Geriatri Birliği’nde (IAGG) “Türk Geriatri Topluluğu” tarafından resmi olarak temsil edilmektedir (www.turkgeriatri.org, www.iagg.info. Türk Geriatri Topluluğu, Yaşlanma Avrupa Araştırma Alanı (ERA-AGE) projelerinin çalıştaylarına davet edilmektedir (İngiltere Sheffield Univ. EU 7 Çerçeve Projesi).

Ülkemiz 2000 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %5,37 2009 ADNKS sonuçlarına göre ise %7 sini oluşturmaktadır (TÜİK). Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. 2000 yılında 70,4 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2009 yılı için erkeklerde 71.5 kadınlarda 76.1 olmak üzere toplamda 73.7 yıla uzamıştır. 65 yaşında Yaşam Beklentisi değerlendirildiğinde DSÖ Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinde 2004 yılı için ilk sırada İsviçre’nin 20.19 yıl ile bulunduğu sıralamada Türkiye 14.26 yıl ile 31. sırada yer almaktadır. Ulusal düzeyde 60 yaşında sağlığa uyarlanmış yaşam beklentisi (HALE) değeri 14,4 yıl olup erkeklerde 13,4 yıl, kadınlarda ise 15,9 yıldır. Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın 60 Yaş ve Üzeri Grupta Yüzde Dağılımı: İskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH, hipertansif kalp hastalığı, trakea, bronş ve akciğer kanseri, inflamatuvar kalp

hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, diabetes mellitus, mide kanseri, düşmelerdir. Hastalık Yüğü (DALY)’ne Neden Olan İlk 10 Hastalığın 60 Yaş ve Üzeri Grupta Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH, diyabet, hipertansif kalp hastalığı, alzheimer ve diğer demanslar, trakea, bronş ve akciğer kanseri, osteoartrit, yetişkinlerde görülen işitme kayıpları, İnflamatuvar kalp hastalığı.

Dünyadaki değişime paralel ülkemizdeki değişim dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı’nın koruma ve kontrole yönelik Yaşlı Sağlığı Çalışmaları, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı içerisinde yer alan Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın stratejik planında (2010-2014) aşağıdaki başlıklarda yaşlı sağlığı özel yer almıştır.

Stratejik Amaç 1: Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak başlığı altında

SH 1.1. Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak başlığı kapsamında yaşlılarla ilgili olarak toplumsal bilincin artırılmasına yönelik eğitim ve tanıtım faaliyetleri ve yaşlı sağlığını geliştirme çalışmaları yürütülecektir.

Stratejik Amaç 3: Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak.

SH 3.1. Sağlık hizmet sunumunda insan odaklı yaklaşımı temel alarak bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik koşulları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek.

- Sağlıklı Yaşlanma Türkiye Eylem Planında yer alan faaliyetlerin yapılması,
- İnsanların sağlıklı yaşlanma konusunda doğru bilgi, tutum ve davranış kazanmaları için gerekli eğitim, bilgilendirme ve tanıtım çalışmaları yapılması ve bu dönemi rahat geçirmelerinin sağlanması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılacak olan yaşlı sağlığını iyileştirme çalışmalarını desteklemek üzere “Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi” hazırlanması,

Ayrıca yaşlanma ile görülme sıklıkları artan kronik hastalıklara karşı hazırlanan ve uygulanan eylem planları ile spesifik çalışmalar yürütülmektedir. Yine yaşlanma ile artan yeti yitiminin (disability) istenmeyen etkilerinin azaltılması ve bu yurttaşların özel haklarının sağlanması çalışmaları sürdürülmektedir. Hastanelere başvuran yeti yitimi olan yurttaşlara pozitif ayrımcılık yapılması sağlanmaktadır.

Ülkemiz için de önemli tedbirleri içeren ve tavsiye kararı niteliğinde olan Birleşmiş Milletler eylem planında uygulamaya konulması gereken hususların belirlenmesi, uygulanmasının sağlanması ve izlenmesi için “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” politik doküman olarak hazırlanmıştır. Bu dokümanın hazırlık çalışmaları kapsamında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından birçok çalıştay düzenlenmiş olup kamu kurumları ve ilgili STK’nın katkıları ile kapsamlı bir rapor hazırlanmıştır.

Söz konusu eylem planının “Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması” komisyon raporunda mevcut durum ve sorunlara değinilmiş;

- Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Refahın Artırılması,
- Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması,
- Yaşlılar ve HIV/AIDS,
- Bakım Hizmeti Verenlerin ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi,
- Yaşlıların Ruh Sağlığı İhtiyaçları,
- Yaşlılar ve Yeti Yetersizliği,

konu başlıkları altında hedefler ve gerçekleştirilecek eylemler belirtilmiştir.

Bakım hizmeti verenlerin ve sağlık çalışanlarının eğitimi başlığı kapsamında birinci basamak hekimlere yönelik olmak üzere Yaşlı Sağlığı Tanı tedavi rehberi 22.000 adet basılarak hekimlere dağıtılmıştır. Halkın sağlık eğitimlerinde kullanılmak üzere eğiticiler için yaşlı sağlığı rehberi hazırlanmıştır.

DSÖ tarafından geliştirilen “Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için Materyal- Age-Friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit)” Türkçeye çevrilmiş ve basılmıştır.

Sağlık Bakanlığı olarak yaşlı sağlığını geliştirme çalışmaları kapsamında, söz konusu eylem planında yer alan “Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması” başlığı altında tanımlanmış eylemlerin gerçekleştirilmesi için;

- 2011 “Yeti yetersizliği, özür ve engelliliğin nedenleri, yaşam boyu korunma, tedavi yöntemleri ve bunlar ile yaşama konularında eğitim verilmesi için topluma dayalı bilgilendirme programlarının geliştirilmesi kapsamında halk eğitimlerinde kullanılacak eğitim rehberlerinin hazırlanması”
- 2011 yılında Yaşlanma Ulusal Eylem Planında yer alan “yaşlıların temel sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine evrensel ve adil ulaşımının sağlanması ve toplum sağlığı programlarının hazırlanması için politikaların geliştirilmesi” kapsamında “Yaşlı Dostu PHC” eğitimlerinin yapılması planlanmaktadır.

İl sağlık müdürlükleri tarafından yürütülen yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalar da geliştirilen form aracılığıyla takip edilmekte olup il sağlık müdürlüklerince yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

- Evde sağlık ve bakım hizmetleri
- İllerde yaşlıların beslenme durumlarının iyileştirilmesine yönelik il aktivite planları hazırlanarak beslenme eğitimleri
- Diyabet, osteoporoz eğitimleri
- Mobil sağlık hizmeti sunumu,
- Gezici ekiplerle düzenli muayene,
- Hasta nakil hizmeti,
- İstatistiki takip,
- Pnömonokok aşılması-yetişkin aşılama takvimi,

- Diyabet hasta takibi,
- Evde bakım kursu,
- İlaç temini gibi çeşitli programları kapsamaktadır.

Ayrıca;

- Adıyaman, Ankara, Bursa, Çanakkale, Eskişehir, Gaziantep ve İstanbul illerinde Geriatri polikliniği,
- Isparta, Kayseri ve Kırıkkale’de Geriatri merkezi;
- Denizli, Isparta, Sivas’ta Toplum Sağlığı Merkezlerinde geriatri birimi bulunmaktadır.

Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Dr. Orhan Koç, Gültekin Bayraktar, Emine Kurtluk

Türkiye’de kentleşme ve sanayileşme, aile yapılarında önemli değişikliklere ve geleneksel geniş aile yapısının yerini hızla çekirdek aile yapısına bırakmasına neden olmuştur. Büyük kentlerimizde ailelerde eşlerin her ikisinin de çalışması ve özellikle yaşlı bakımından primer sorumlu olan kadının çalışma yaşamına girmesi, çekirdek aile için tasarlanmış dairelerde oturmaları, uzak mesafe ya da farklı kentlerde yaşamaları sonucu geleneksel yaşlı bakım düzeninin sürdürülmesini güçleştirmektedir.

Bu nedenlerle Sağlık Bakanlığınca kamu ve özel sektör için planlanan ve yürütülen evde sağlık ve bakım hizmetleri geliştirilmişti. Bu kapsamda ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında

Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir.

Yönetmeliği takiben Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

Bu yönerge ile sağlıkta dönüşüm programı kapsamında; ihtiyacı olan bireylere, eşitlik ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde, evlerinde ve aile ortamında etkin, verimli, güler yüzlü ve insan merkezli sağlık hizmeti sunulması ve tedavi birimlerimizin hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.

Evde Sağlık Hizmetleri Hedef Kitleleri

Evde Sağlık Hizmetleri Yönergemiz ile hizmet vermeyi amaçladığımız birey ve hastalık profili aşağıda listelenmiş olup tablomuzdan da anlaşılacağı üzere evde sağlık birimlerimizle ulaşmayı amaçladığımız hedef kitlemizin başında özellikle 65 yaş üstü yaşlılarımız gelmektedir.

Evde Sağlık Hizmeti Verilmesi Hedeflenen Kişi ve Hastalık Grupları Aşağıda Verilmiştir.

- Yaşlılar (65+)
- Ağır Özürlüler
- Kardiyovasküler Hastalıklar
- Nörolojik Hastalıklar (ALS, CVA, vb.)

- Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon vb.)
- Akciğer ve Solunum Sis. Hastalığı Olanlar
- Kanser Hastaları
- Ortopedi ve Travmatoloji Hastaları
- Post-Op Dönemdeki Hastalar
- Taburculuk Sonrası Evde Tedavisi Gerekenler
- Yeni Doğum Yapan Anne ve Bebekleri
- Aşılama ve Laboratuvar Tetkikleri Gibi Hizmetleri Evinde veya İşyerinde Almak İsteyenler
- Oksijen Tedavisine İhtiyacı Olan Diğer Hastalar
- Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Terminal Dönem Hastaları
- Kaza Geçirmiş Olanlar
- Kısa Süreli Hemşirelik Hizmetlerine Gereksinimi Duyanlar.

Yönergemiz ile uygulamaya başlanan evde sağlık hizmetlerinin ana ilkesi, bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde etkin, ulaşılabilir ve ev ziyaretleri kapsamında sunulmasıdır.

Evde sağlık birimlerimiz ile evde sağlık hizmeti sunulacak bireye tıbbi durumunun gerektirdiği muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri evinde ve aile ortamında verilmektedir.

Evde sağlık hizmetleri

- Kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılması,
- Hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,
- Hastalık ile alakalı, bireyin evde kullanımını gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim verilmesi
- Bu kişilere ve aile bireylerine aynı zamanda sosyal ve psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanmasıdır.

Evde Sağlık Hizmetleri Ekibi

Evde sağlık hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlanır ve uygulanır. Ekibin başı, evde sağlık hizmetleri birimi sorumlusu tabiptir. İletişim ve haberleşmeyi sağlayan bir tıbbi sekreter, asgari bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför görev yapar. Hastanın ihtiyaına göre bir fizyoterapist, bir diyetisyen, bir psikolog/sosyal çalışmacı ekibe dahil edilir.

Ekibin kendine özel kıyafeti ve tanıtıcı kimlik kartları bulunur.

Evde Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi

Evde sağlık hizmetleri randevu sistemine dayalı olarak yürütülür. Hastanın durumuna göre ev ziyaretleri günlük, haftalık veya aylık dilimlerle halinde yapılır. Ziyaret gün ve saatleri, ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı evde sağlık hizmeti verilecek kişi veya aile bireylerine önceden bildirilir ve randevu alınır. Ziyaret planının bir nüshası kişi ve aile bireylerine de verilir.

Randevu tarih ve saatinin değiştirilmesi konusunda birim sorumlusu tabip yetkilidir. Değişiklikler konusunda hasta ve personel önceden bilgilendirilir.

Zorunlu hallerde hastalığı ile ilgili uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır. Evde sağlık hizmeti alan kişiler, tıbbi zorunluluk hallerinde sorumlu tabibin gördüğü lüzum üzerine en uygun sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edilir.

Nakil işlemi hasta nakil aracı ile yapılır ve nakil için yeterli sayıda yardımcı personel görevlendirilir. Mücavir alan dışındaki hastalar için sağlık müdürlüğü lüzumu halinde gezici sağlık ekipleri kurar. Evde sağlık hizmeti veren hastane veya sağlık müdürlüğü hastalara, fonksiyonlu hasta karyolası, havalı yatak ve benzeri, tedaviye yardımcı olabilecek ve demirbaş niteliğindeki tıbbi cihazları imkanlar lşsnde temin edilir. Evde sağlık bakım hizmeti süresince hasta veya yakını adına düzenlenen zimmet karşılığında hastanın kullanımına tahsis eder.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Takibi

Yönerge doğrultusunda verilecek olan Evde Sağlık Hizmetleri uygulamalarını yürütmek üzere 81 ilimizde yaklaşık 500 birimimizle bu hizmet sunulmakta. Hedef, 2011 yılında 100 bin vatandaşımıza bu hizmeti ulaştırmaktır.

Ölçemediğimiz hiçbir hizmeti yönetemeyiz anlayışı içerisinde birimlerimizin verdiği hizmetlerin takibi, yorumlanması ve istatistiki bilgilerinin toplanması amacıyla Sağlık Bakanlığınca web tabanlı evde sağlık hizmetleri veri formu 01.08.2010 tarihi itibarıyla hizmete açılmıştır. Başvurular için ülke genelinde 444 38 33 telefon hattı hizmet vermektedir.

Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılan Huzurevleri ile Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri

Abdurrahman Çohaz

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğüne; yaşlı vatandaşlarımıza Huzurevleri, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile yatılı bakım hizmeti, Yaşlı Hizmet Merkezleri ile de gündüzlü hizmet sunulmaktadır.

Yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetleri Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri, kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılan huzurevleri eliyle sunmaktadır.

SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı huzurevleri ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılarımıza ücretli, ekonomik yönden

yoksunluk içinde bulunan ve 1005 Sayılı Kanun gereği istiklal maddesi verilen yaşlılarımıza ise ücretsiz yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır.

60-65 yaş arası ücretsiz yaşlılara kurum tarafından 2022 sayılı kanunda öngörülen 69 TL aylık harçlık olarak verilmektedir. Altmış beş ve üzeri yaş grubundaki huzurevinde ücretsiz olarak kalan yaşlılara ise 2022 sayılı kanun gereği üç ayda bir SGK tarafından 288 TL ödenmektedir.

2010 Aralık sonu itibarıyla 9260 kapasiteli 97 huzurevi ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezinde 7979 yaşlımıza yatılı bakım hizmeti verilmektedir. Bu yaşlılarımızın %39'u kadın, %61'i erkek yaşlı, %46'sı ücretsiz, %54'ü ücretli yaşlı, %67'si huzurevi yaşlısı, %33'ü özel bakım yaşlısıdır.

Yaşlıların bireysel özellikleri, farklılıkları onlara sunulacak bakım hizmetlerinin de çeşitlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu çerçevede kurumumuz bir ilki gerçekleştirerek Ankara'da Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezine bağlı olarak faaliyet gösteren 4 yaşlının ev ortamında bakıldığı bir "Yaşlı Evi" pilot uygulama olarak hizmete açılmıştır.

Hizmet standardının yükseltilmesi çalışmaları kapsamında; yaşlı bakımı hizmeti veren resmi ve özel kuruluşlarımızın fiziki şartları iyileştirilerek modern çağın yaşanılır mekânları haline getirilmiştir. Yaşlı bakım hizmetleri, yaşlı bakımı konusunda kurs görmüş sertifikalı elemanlar ile aynı alanda eğitim veren ortaöğretim ve yükseköğretim kurumlarından mezun kişiler tarafından sunulmakta olup her on beş yaşlıya üç vardiya halinde çalışmak üzere dört yaşlı bakım elemanı görevlendirilmektedir.

Huzurevlerinde yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri tabip, diş tabibi, fizyoterapist, diyetisyen ve hemşire tarafından yerine getirilmektedir. Kuruluş ortamında yaşlıların günlük sağlık kontrolleri, genel muayeneleri, teşhis ve tedavileri sağlanmakta gerektiğinde sağlık kuruluşlarına sevkleri yapılmakta, tabip bulunmaması durumunda ise kuruluşa en yakın sağlık kuruluşlarında tedavileri gerçekleştirilmektedir.

Ücretli yaşlıların tüm sağlık giderleri yaşlı (bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumu) veya yaşlı yakınları tarafından karşılanmaktadır. Ücretsiz yaşlıların tüm bakım giderleri Genel Müdürlük tarafından, sağlık giderleri ise Genel Müdürlük aracılığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır.

Elli beş ve daha yukarı yaşlarda; sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kuruluş bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özel huzurevlerinde/yaşlı bakım merkezlerinde yaşlıların bakım ve korunmaları sağlanmaktadır. Gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince işletilen huzurevlerinin ve bakımevlerinin özel huzurevleri ve “yaşlı bakım merkezleri yönetmeliği” çerçevesinde; dernekler, vakıflar, azınlıklar ve özel-tüzel kişilere ait 156 huzurevi 8996 kapasite ile “Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği” gereği diğer bakanlıklar ve belediyelere bağlı olarak hizmet veren 27 huzurevi 4485 kapasite ile hizmet sunmaktadır.

Gündüzlü Hizmetler

Ülkemizde gelişen ve değişen toplum ihtiyaçları göz önüne alınarak yaşlılara sunulan hizmetin çeşitlendirilmesi, yaşlı dayanışma hizmetlerinin

yanı sıra yaşlılara evinde sosyal-psikolojik destek hizmeti verilmesi ve alzheimer, demans vb. hastalığı olan yaşlıların gündüzlü bakımının sağlanması amacıyla 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Yaşlı Bakımı ile Evde Yaşlı Bakımı (evde yaşama destek) Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde gündüzlü dayanışma, gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetinin sunumu yapılmaktadır.

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde;

- Ev ortamında yaşayan akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlının boş zamanlarını çeşitli sosyal etkinliklerle değerlendirmek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırarak sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olunması,
- Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren Alzheimer, Demans vb. hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, boş zamanlarının değerlendirilmesi, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olunması, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerine destek hizmetleri verilmesi, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlenmesi suretiyle sosyal ilişkilerinin zenginleştirilmesi, aktivitelerinin artırılması ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması,
- Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve her hangi bir

özü bulunmayan yaşının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu-akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlıların evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması hedeflenmektedir.

Halen 5 yaşlı hizmet merkezinde yaklaşık 1000 yaşlıya gündüzlü hizmet verilmektedir.

Yaşlı yurttaşlara yönelik çalışmalar yerel yönetimler tarafından da desteklenmektedir. Bu kapsamda evde bakım (sağlık ve günlük bakım, sosyal aktiviteler dahil), çeşitli ayni yardımlarda bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti ve bakım hizmeti veren kurumlarının en temel sorunları sağlık insan gücü yetersizlikleridir. Yaşlanan nüfusun artışı dikkate alındığında yerel yönetimlerin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

4.7.Sağlık Bileşeni ile Sektörlerarası Politikalar

2007-2013 dönemini kapsayan dokuzuncu kalkınma planı, Türkiye'nin ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştireceği dönüşümleri ortaya koyan temel politika dokümanıdır. Bu kapsamda dokuzuncu kalkınma planı, "İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" vizyonu ve uzun vadeli strateji (2001-2023) çerçevesinde hazırlanmıştır. Öngörülen stratejik amaç ve önceliklerin gerçekleştirilmesi sürecinde, uygulamada etkinlik ve şeffaflığın sağlanması ve hesap verebilirliğe zemin oluşturulması amacıyla, planda etkili bir izleme ve değerlendirme mekanizmasına yer verilmiştir. Dokuzuncu kalkınma planı, AB'ye üyelik sürecinin gerektirdiği katılım öncesi ekonomik program ve uyum için stratejik çerçeve gibi dokümanların yanında, başta orta vadeli program olmak üzere diğer ulusal ve bölgesel plan ve programlar ile sektörel ve kurumsal strateji belgelerinin dayanağını oluşturmaktadır. Dokuzuncu kalkınma planı, Bakanlar Kurulunca benimsenen strateji esas alınarak Devlet Planlama Teşkilatının koordinasyonunda tüm kamu kurum ve kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanmıştır. Planın hazırlanmasında katılımcılığa özen gösterilmiştir. Bu amaçla 5 Temmuz 2005 tarihli Başbakanlık genelgesi kapsamında, çok geniş bir alan yelpazesine sahip 57 adet Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK) oluşturulmuş, söz konusu komisyonlara kamu kesimi, özel ve üniversite kesiminden 2252 kişi katılmıştır. Plan stratejisi ve metninin

oluşturulmasında kurumsal birikimin yanı sıra ÖİK raporları ile kendi alanlarında temayüz etmiş uzman kişiler ve kamunun üst düzey yöneticileri ile yapılan istişare toplantılarının sonuçlarından da yararlanılmıştır.

Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi başlığı altında pek çok aktiviteden birisi de “koruyucu sağlık alanında çalışan personelin hizmetleri ile sağlıklı sayısı ve niteliği artırılacak gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesinin sağlanması” olarak belirlenmiştir. Ayrıca Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Sosyal İçerme ve Yoksullukla Mücadele başlıkları altında da pek çok tedbire yer verilmiştir.

7 Eylül 2007 yılında açıklanan 60 Hükümet programında sağlık hizmetleri “temel bir insan hakkı” olarak kabul edilmekte ve sosyal hukuk devletin görevinin bu hakkın bütün vatandaşlarımız için tam anlamıyla hayata geçirilmesi için gerekli tüm tedbirlerin alınması olarak belirtilmektedir. Bu kapsamda sağlıkta dönüşüm programının devam edeceği, aile hekimliğinin ülkede yaygınlaştırılacağından bahisle Zengin fakir ayrımı gözetmeden halkımızın tümünün sağlık hizmetlerinden aynı standartta faydalanacağı, yoksulların primlerinin devletimizce karşılanacağı, 18 yaşın altındaki çocuklarımızın tamamının sağlık güvencesi altında olacağı “Genel Sağlık Sigortası” sisteminin uygulamaya konulacağı ifade edilmiştir.

10 Ocak 2008 yılında hazırlanan hükümet eylem planında da ilgili Bakanlıkların icra edeceği toplam yüz kırk beş faaliyet ve ödev bulunmaktadır. Eylem Planında yer alan bu yüz kırk beş faaliyet

ve ödev, yirmi üç bakanlık bünyesinde, kırk iki ayrı kamu kuruluşu sorumluluğunda ve ilgili tüm diğer kuruluş ve kesimlerle işbirliği yapılarak gerçekleştirilecektir. Herkesi kapsayan bir sağlık sigortası sistemini kurmak, istihdamı artırmak ve dezavantajlı grupların kendilerini güven içinde hissetmesini sağlamak da yine hedefler arasında yer almaktadır. Eylem planının uygulamasının izlenmesi, değerlendirilmesi, koordinasyonu ve alınan sonuçların düzenli olarak Hükümete raporlanması görevi, DPT Müsteşarlığının koordinasyonu ile bağlı olduğu Devlet Bakanlığı ve Başbakan Yardımcılığı tarafından yerine getirilecektir. Yıllık Programlarda; 60’ıncı Hükümet Eylem Planı faaliyetleriyle ilgili tedbirlerin yanı sıra, dokuzuncu kalkınma planı, AB Müktesebatına Uyum Programı ve diğer ulusal strateji ve politika dokümanlarında yer alan politikaların gerektirdiği tedbirlere de yer verilmektedir. Yıllık programlarda yer alan politika ve tedbirler ile projelerin tamamının uygulama durumu, Bakanlar Kurulu Kararı hükümleri doğrultusunda, Mart sonu, Haziran sonu, Eylül sonu ve Aralık sonu olmak üzere, üçer aylık dönemler itibarıyla izleme ve değerlendirmeye tabi tutulacaktır. Bu kapsamda, 60’ıncı Hükümet Programı Eylem Planı’nda yer alan eylemler de izlenmiş olacaktır.

4.8. Avrupa Birliği İle Müzakere Süreci

Dr. Elif Bor Ekmekçi

Avrupa Birliği Devlet Hükümet Başkanlarının 17 Aralık 2004 tarihli Zirvesinde aldığı karar doğrultusunda 3 Ekim 2005 tarihinde Lüksemburg’da yapılan Hükümetlerarası Konferans (HAK) ile Türkiye resmen Avrupa Birliğine (AB) katılım müzakerelerine başlamıştır. AB müktesebatı Katılım Müzakereleri Fasılları çerçevesinde 35 başlık altında değerlendirilmektedir. Bu fasıllardan 28 Numaralı “Tüketicinin ve Sağlığın Korunması” faslı Sağlık Bakanlığı’nı doğrudan ilgilendiren tek fasıldır. Söz konusu fasılda ülkemiz Müzakere Pozisyon Belgesini 31 Temmuz 2007 tarihinde AB tarafına iletmış, cevabi nitelikte olan AB Ortak Pozisyon Belgesi ise 17 Aralık 2007 tarihinde yayımlanmıştır.

Tüketicinin ve sağlığın korunması faslı temel olarak tüketicinin ve sağlığın korunması kapsamında ikili bir ayrıma tabidir. Faslin sağlık kısmı; bulaşıcı hastalıklar, doku ve hücre, kan ve kan bileşenleri ve tütünü bağlayıcı bir ortak mevzuat olarak; ruh sağlığı, alkol, beslenme ve fiziksel aktivite, kanser taraması gibi konuları da tavsiye kararı

ile düzenlemektedir. Faslin sağlık kısmında ayrıca sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri, sağlıkta eşitsizlik konularına da odaklanılmaktadır. Ülkemizin mezkûr alanlarda kaydettiği gelişmeler, gerek AB-Türkiye Ortaklık Konseyi’nin 3/2000 sayılı kararıyla kurulan sekiz alt komiteden biri olan iki numaralı iç pazar ve rekabet alt komitesi gerekse de teknik müzakere toplantıları aracılığı ile yakından takip edilmektedir. Bu bağlamda, “Tüketicinin ve Sağlığın Korunması” faslinin da yer aldığı iki numaralı iç pazar ve rekabet alt komitesinin 8. Toplantısı 19 Ocak 2010 tarihinde Avrupa Birliği Genel Sekreterliği’nde gerçekleştirilmiştir.

Söz konusu fasılda AB komisyonuyla ilk resmi müzakere toplantısı 24 Eylül 2008 tarihinde Brüksel’de düzenlenmiştir. İkinci resmi müzakere toplantısı ise 6 Mayıs 2010 tarihinde Brüksel’de gerçekleştirilmiştir. Bu itibarla, ülkemizin sağlık alanında ve faslin teknik kapanış kriterlerinde sağladığı ilerleme AB tarafına aktarılmıştır. Söz konusu toplantılarda, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan “kanser” hususunda görüşmelerde bulunulmuştur. Bu görüşmelerde, kanser alanındaki AB Tavsiye Kararlarına⁸ dair ülkemizin uyum düzeyi AB Komisyonuyla paylaşılmıştır.

8. Serviks ve Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Ulusal Standartlar, ilgili AB Tavsiye Kararı temelinde yayımlanmıştır. Bu alanda çalışan personelin eğitimi yayımlanan standartlar çerçevesinde 81 ildeki 122 Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezinde AB standartları doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Kolorektal Kanser taramasına ilişkin Ulusal Standartlar Ocak 2009’da yayımlanmış ve toplum temelli tarama başlamıştır.

5. KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ İLE MÜCADELE POLİTİKALARI İÇİN ALTYAPI VE KAYNAKLAR

5.1. Alt yapı ve İnsan Kaynakları

Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Komitesi yapılacak çalışmalarda önemli katkı sağlamaktadır. Ulusal Kanser Danışma Kurulu, bu konularda uzman görüşü alınmak üzere başvurulabilecek bir diğer değerli kaynaktır. GARD Türkiye Yönetim Kurulu, KOAH ve astım eylem planı ve stratejik planı uygulamaları konusunda tavsiyede bulunmaktadır. Aynı zamanda AB, Dünya Bankası ve TÜBİTAK projeleri de ulusal aktör ve çalışmaları etkilemede önemli bir rol oynamaktadır.

Birinci basamakta hekimlik yapan doktorlar aile hekimliği anabilim dallarından yetişen aile hekimlerinden ve tıp fakültesini bitiren pratisyen olarak çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Halen yirmi altı üniversitede ve Sağlık Bakanlığına bağlı yirmi beş eğitim ve araştırma hastanesinde aile hekimliği eğitimi verilmekte olup 1981 uzman Aile hekimi, dört yüz otuz dört asistan bulunmaktadır. Ayrıca mevcut pratisyen hekimlerin de 2 yıla yayılan bir eğitim programı ile aile doktoru olmaları planlanmıştır. Önümüzdeki yıllarda ise, aile hekimliği uzmanlarının birinci basamakta hekim olarak çalışmaları planlanmaktadır.

Halk sağlığı uzmanları (epidemioloji, kronik hastalıklar ve risk faktörleri, çevre sağlığı, okul sağlığı, iş sağlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve sağlık eğitimi konuları dahil olmak üzere) tıp fakültelerinde halk sağlığı anabilim dalları

tarafından yetiştirilmektedir. Buradan uzmanlık, master veya doktora alanlar üniversiteler, özel sektör ve Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilmektedirler.

Tıp fakültesi eğitim müfredatında 1. 3. sınıflarda halk sağlığı uygulamalı dersleri, 6. sınıfta 1-2 aylık halk sağlığı stajı yer almaktadır.

Aralık 2009 itibarıyla ülkemizdeki toplam hekim sayısı 112.000 ve her 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 1,53' tür (AB ortalaması 3.22, DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 3.40). Türkiye'de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının artırılması önemlidir. Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibarıyla Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en alt sıralarında yer almaktadır.

100.000 Kişiye Düşen Pratisyen Hekim Sayısı Bakımından AB Ortalaması, DSÖ Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması sırası ile 97, 68, 44; uzman hekim karşılaştırması ise 272 (DSÖ) , 226 (EU) ve Türkiye 80'dir.

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü pek çok halk sağlığı çalışmasını yürütmektedir. Ayrıca üniversite halk sağlığı bölümleri ve STK'lar benzer çalışmalar yapmaktadırlar.

Bununla birlikte Türkiye'de halk sağlığı sorunları ile başa çıkmak için insan gücü yeterli değildir. Özellikle sağlığın geliştirilmesi ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde insan kaynakları eksikliği bulunmaktadır. SDP kapsamında aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Aile hekimlerinin kronik hastalıklar ve risk

faktörlerinin tanı, tedavi ve taramalarını yapmaları öngörülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi; halk eğitimleri, okul sağlığı; çevre sağlığı çalışmaları ve kayıtların analiz ve raporlamaları ise toplum sağlığı merkezlerince yapılacaktır. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı içerisinde TSHGM bünyesinde kronik hastalıklar ve sağlığın geliştirilmesi dairesi 2008 yılında kurulmuş olduğu dikkate alındığında yoğun iş gücü ihtiyacı daha da belirgin olarak anlaşılmaktadır.

Modern iletişim araçları kullanılan kitle sağlık iletişim programlarının tasarlanması ve uygulanmasında tecrübeli personel ve profesyonel bir danışmanlık şirketi ile birlikte çalışmıştır.

5.2. Mali Kaynaklar

Bakanlığımız ile geri ödeme kurumları (SGK ve Maliye Bakanlığı) arasında, tedavi giderleri geri ödeme Kurumlarınca karşılanan kişilere Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının verdiği tedavi hizmetleri karşılığı, yıllık belli bir tutar üzerinden anlaşma sağlanarak global bütçe imzalanmaktadır. Bu uygulama ile sağlık harcamalarının her yıl için belirlenen limit içerisinde kalması amaçlanmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardır devam etmekte olan bu sistem 2006 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından da uygulanmaktadır. Bu uygulama, mali disiplinin sağlanmasına katkıda bulunarak sağlık harcamalarında etkinlik ve tasarruf sağlamaktadır. Diğer taraftan global bütçeleme ile geleceğe yönelik planlama yapılarak hizmetlerin kalite ve standardı yükseltilmektedir.

BOH ve sağlığın geliştirilmesi programları doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından ve proje bazında finanse edilmektedir (DSÖ, AB, TUBITAK).

5.3. Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Dr. Ünal Hülür

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve yönetilmesi amacıyla sunulan hizmetin sağlık verilerini kişiden bağımsız toplamak için 1997 yılında dağıtık mimari yapıda TSİM (Temel Sağlık İstatistikleri Modülü) başlatmıştır. 2003 yılında bu yapı merkezileştirilerek web tabanlı hale getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tüm kurum ve kuruluşlarındaki malzeme ve insan kaynağının izlenmesi ve yönetilmesi amacıyla 21 Temmuz 2003 yılında 5 ilde pilot olarak başlattığı ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi) projesi 2004 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. 2004 yılında İKYS (İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi) ve YTS (Yatırım Takip Sistemi) olarak iki modülü kullanılan ÇKYS'ye 2006 ve 2007 yıllarında MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi) ile 2010 yılında SKYS (Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi) eklenmiştir.

Sonuç olarak 2010 Ekim ayı itibarıyla ÇKYS üzerinden kamudaki tüm sağlık çalışanları sağlık kurumlarındaki taşınır ve taşınmaz mal kayıtları ile özel sağlık kuruluşlarının envanter durumu takip edilebilmektedir.

2004 yılından beri de sağlık hizmeti reformlarının bazı bileşenlerinin uygulanmasından sonra, sağlık hizmetleri bilgi sistemini iyileştirmek için birtakım girişimlerde bulunulmuştur. Sistemdeki genel

değişikliklere paralel olarak hem Sağlık Bakanlığı hem de Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetleri sisteminin farklı basamaklarının işleyişini izlemek ve ayrıca sistemin mali yönetimini iyileştirmek amacıyla yeni bilgilendirme sistemleri tasarlamıştır.

Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi üzerinde çalışmaya başlamıştır. Şu anda bu çalışmalar sağlık verileri ve ana prosedürlerin standart hale getirilmesine odaklanmaktadır. Bakanlık tüm bilgi sistemi prosedürlerinin temel alacağı bir “Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü” yayınlamıştır. Bir elektronik sağlık kayıtları veritabanı ve bu kayıtları kullanan karar destek sistemi kurulması yönünde çalışmalar mevcuttur. Ayrıca sağlık hizmetleri sisteminde tele-tıp uygulamalarını yaygınlaştırmayı amaçlayan bazı çalışmalar da bulunmaktadır. 2010 yılı Ekim

ayı itibari ile toplam 72 hastane ve 3 Aile Hekimliği birimi bu sisteme dahil edilmiştir. Bakanlık ayrıca Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini aile hekimleri üzerinden izlemek için 2006 yılında aile hekimliği bilgi sistemini başlatmıştır. Sistemde, yaş, cinsiyet, ikamet adresi, sosyal sigorta durumu, risk değerlendirme, ölüm bilgisi, teşhis (ICD-10), tedavi prosedürleri, 15-45 yaş arası kadınların, gebeliklerin ve bebeklerin takibi gibi hastaya dayalı bilgiler içermektedir. Kronik Hastalıkların aile hekimleri tarafından taranması ve takiplerinin sağlanması kapsamında pozitif performans uygulaması planlanmaktadır.

Bu projeleri, aşağıdaki tabloda gösterildiği üzere Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal bilişim ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık bilişimi (e-Sağlık) olarak iki ana grupta toplayabiliriz.

Tablo 1. İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı Tarafından Yürütülen Projeler ve Oluşturulan Standartlar

Kurumsal Projeler	Sağlık Bilişimi Standartları
Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)	Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)
Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)	Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS)
Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS)	Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS)
Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS)	Hastalık Kodlama ve Sınıflama Sistemleri
Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS),	Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Veritabanı
Yeşil Kart Tahakkuk Bilgi Sistemi(YKTBS)	HL7 Mesajlaşma Sistemi
Performans Takip Sistemi (PTS)	Bilgi Güvenlik Politikası
Hastane Bilgi Formları (HBF)	Hastane Bilgi Sistemi Alımı Çerçeve İlkeleri
Performans Değerlendirme Formları (PDF)	Birinci Basamak Bilgi Sistemi ve Çevre Birimleri Alım Kılavuzu
Hasta Takip Sistemi (HTS)	PACS Alımı Çerçeve İlkeleri
Teletıp	ICD 10
Doküman Yönetim Sistemi	ICPC
Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)	
Felaket Kurtarma Merkezi Kurulumu	
Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)	
Doktor Bilgi Bankası (DBB)	
Dokuman Yönetim Sistemi(DYS)	
Elektronik ve Mobil İmza	
Sağlık Net	
İlaç Takip Sistemi	

Daha önce değinildiği gibi, Sosyal Güvenlik Kurumu, ana geri ödeme kurumu olarak sağlık hizmetleri sisteminde önemli bir rol oynamaya başlamıştır. SGK, geri ödeme prosedürlerinde kullanılmak üzere MEDULA adında bir bilgi sistemini başlatmıştır. Şu anda kuruma hizmet veren ikinci ve üçüncü basamaktaki tüm tedarikçilere yalnızca internet tabanlı bilgi sistemi vasıtasıyla geri ödeme yapılmaktadır. Sistemin ana amacı geri ödeme uygulamalarını izlemek olsa da geri ödmeden bağımsız olarak sağlık hizmetlerinden faydalanma verileri de toplanmaktadır. MEDULA, yaş, cinsiyet, sigorta durumu, hizmet türü (ayaktan, yatarak), teşhis (ICD-10), sevk, harcamalar, taburcu durumu, katkı ödemeleri gibi konularda bilgi sağlamaktadır. Hasta sağlık hizmet sunucusuna başvurduğunda, tedarikçi kurum hastanın sigorta durumunu doğrulamak ve hastanın ziyaretine ilişkin tüm prosedürleri izlemek üzere kimlik numarası almak için bu sistemi kullanmalıdır. Tedarikçi kuruma tüm prosedürler sonra erdikten ve tüm harcamalar SGK tarafından onaylandıktan sonra geri ödeme yapılabilir. Sistem hali hazırda sadece kurum kapsamındaki nüfusu ve çalışan memurları kapsamaktadır. Yeşil kart sahipleri henüz sisteme dâhil değildir. Tüm reformların uygulanmasından sonra Genel Sağlık Sigortası kapsamında nüfusun tamamı bilgi sistemine dâhil olacaktır.

5.4. Araştırma ve Geliştirme

Dr. Nejla Can Güler, Dr. Harun Arslan, Dr. Erol Koç

Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerini ölçmede önemli göstergeler içerisinde yer alan bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri (Ar-Ge); Ar-Ge harcamaları ve bunun GSMH içindeki payı, Ar-Ge faaliyetlerinde çalışan insangücü ve bunun iktisaden faal nüfusa

oranı, Ar-Ge faaliyetlerinin, patent, bilimsel yayın sayısı, Nobel ödülü, ürün, proses vb. sonuçlarıyla ölçülmektedir. Yenilikçilik, rekabetçi ekonomik yapının en önemli unsurlarından biridir ve yeniliklerin büyük kısmı bilgi ve teknoloji üreten Ar-Ge faaliyetlerinden kaynaklanmaktadır.

Ar-Ge faaliyetleri; “Toplum, kültür ve insan bilgisini de içeren bilimsel ve teknik bilgi birikimini artırmak amacıyla sistematik bir temele dayalı olarak yürütülen ve bu bilgi birikimini yeni uygulamalarda kullanmak için yapılan düzenli yaratıcı çabalardan oluşur” olarak tanımlanmaktadır. Ar-Ge faaliyetlerinin belirleyici özelliği; yeni bilgi ve ürün üretmek veya mevcut ürünleri daha yüksek bir verimlilik artışı ve daha düşük bir maliyetle üretmek imkânı sağlamasıdır.

Gelişmiş ülkelerde GSMH’den Ar-Ge’ye ayrılan pay %2’nin üzerinde ve iktisaden faal onbin nüfusa düşen Ar-Ge personeli 40’ın üzerinde iken bu oranlar gelişmekte olan ülkeler için sırasıyla %1’in ve 15’in altındadır. Toplam Ar-Ge harcamalarının ortalama %7-10’u sağlık Ar-Ge faaliyetlerinde kullanılmaktadır.

Türkiye’de 2009 yılı verilerine göre; Gayri Safi Yurtiçi Ar-Ge harcamasının GSYİH içindeki payı %08,5’dir. GSYİH Ar-Ge harcamalarının %40.0’ü ticari kesim, %12.6’sı kamu kesimi, %47.4’ü yükseköğretim kesimi kaynakları tarafından karşılanmaktadır. AB ortalamasında özel sektör ilk sırada, yüksek öğretim sektörü ikinci sırada yer almakta olup bunu kamu sektörü üçüncü sırada takip etmektedir.

Ar-Ge harcamalarının finans kaynağına göre dağılımına bakıldığında; harcamaların %41.0’ü

ticari kesim, %34.0'sı kamu kesimi, %20.3'si yükseköğretim kesimi kaynakları tarafından karşılanmaktadır. AB ortalamasında ticari kesimin payı ilk sırada, kamunun payı ise ikinci sırada yer almaktadır.

İktisaden faal bin nüfus başına düşen tam zaman eş değeri (TZE) Ar-Ge personel durumuna bakıldığında; yükseköğretim %42.2, ticari kesim %42,8 ve kamu kesimi %15.0 pay almaktadır. AB ortalamasında toplam istihdam içinde Ar-Ge alanında çalışan personel %29 iken Türkiye'de bu oran %12,5'dir.

Dünyada hızla artan Ar-Ge harcamaları içinde sağlık konuları ön sıralara yükselmiştir. ABD'de yapılan Ar-Ge harcamalarının yaklaşık %11'i sağlık konularında olup bu harcamaların 2/3'si kamu tarafından finanse edilmektedir. Özel sektör, sağlık Ar-Ge faaliyetlerinde ağırlıklı olarak ilaç konusunda harcama yapmaktadır. Sağlık sektöründe Ar-Ge faaliyetleri; sağlık malzemeleri, ilaç ve sağlığın korunması ve tedavisine yönelik tıbbi tedavi yöntemleriyle ilgili konuları kapsamaktadır.

Türkiye'de sağlık alanında Ar-Ge harcamaları toplam harcamalarının %10'u seviyesindedir. Sağlık alanında Ar-Ge faaliyetleri; kamu, üniversite ve ticari kesim tarafından yürütülmektedir.

Türkiye'de 2009 yılı itibarıyla Ar-Ge harcamaları içinde sağlık harcamalarına ayrılan pay, kamu kesiminde %1,98, üniversite kesiminde %39,1 ve özel kesimde %0.58'dir.

Türkiye'de 1963 yılında bilimsel araştırmaları yürütmek üzere kurulan TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel

ve Teknolojik Araştırma Kurumu) ulusal öncelikler doğrultusunda "Araştırma - Teknoloji - Geliştirme" çalışması yürüten Ar-Ge enstitülerini, akademik ve endüstriyel araştırma geliştirme çalışmalarını ve yenilikleri desteklemekte, işletme işlevlerinin yanı sıra, ülkemizin Bilim ve Teknoloji politikalarını belirlemekte ve toplumun her kesiminde bu farkındalığı artırmak üzere kitaplar ve dergiler yayınlamaktadır. Bilim insanlarının yurt içi ve yurt dışı akademik faaliyetlerini burs ve ödüller ile desteklenmekte, özendirmekte, üniversitelerin, kamu kurumlarının ve sanayinin projelerini fonlayarak ülkenin rekabet gücünün artmasını hedeflemektedir.

TÜBİTAK tarafından yapılan Ar-Ge destekleri içinde sağlığa ayrılan pay ise akademik Ar-Ge desteklerinde %12.9, kamu-Ar-Ge desteklerinde %6.2'dir.

TÜBİTAK Ar-Ge projelerini değişik kaynaklarla desteklemektedir. Bunları; Sanayi Ar-Ge Proje Destekleri, Akademik Ar-Ge Destekleri, Bilim ve Toplum Proje Destekleri, AB Çerçeve Programları Destekleri, İkili ve Çoklu İşbirlikleri, Burslar başlıkları altında toplamak mümkündür.

TÜBİTAK Araştırma Destek Programları Başkanlığı (ARDEB), "Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projeleri Destekleme Programı" ile evrensel gelişmeler ve ülke öncelikleri doğrultusunda, bilgi ve teknolojinin üretilerek sonuçların hizmet ve/veya ürüne dönüştürülmesi yoluyla topluma kazandırılması için Ar-Ge faaliyetlerini yürüten bilim insanlarını desteklemektedir. Ayrıca "Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projeleri Destekleme Programı" dâhilinde kamu

kurumlarının Ar-Ge ile giderilebilecek ihtiyaçlarını karşılamak ve sorunlarına çözüm üretmek amacıyla bilim ve teknoloji alanlarında Ar-Ge projelerini desteklemektedir.

Bu kapsamda ARDEB bünyesinde proje desteklerini yürütmek üzere, çeşitli araştırma grupları kurulmuştur. Oluşturulan araştırma gruplarından birisi de “Sağlık Bilimleri Araştırma Grubu (SBAG)”dur.

Araştırma Destek Programları Başkanlığı (ARDEB), destekleri yürütmek üzere çeşitli destekleme programları da oluşturmuştur. Bunlardan birisi de “Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı (1007)” olup bu programın amacı kamu kurumlarının Ar-Ge çalışmaları ile giderilebilecek ihtiyaçlarının karşılanması ve sorunlarının giderilmesine ilişkin projelerin desteklenmesidir.

Ayrıca Türkiye’de DPT Müsteşarlığı tarafından araştırmacı faaliyetlerine ve izleme ve değerlendirilmeye yönelik çalışmalarda yürütülmektedir. DPT tarafından desteklenen Ar-Ge altyapıları programının amacı; üniversite ve kamu kurum ve kuruluşlarının, büyük ölçekli araştırma altyapılarını, araştırmacı insan gücünü yetiştirilmesini, faaliyet alanlarındaki araştırmaları yönlendirmektir.

Teknoloji geliştirme bölgelerindeki firmalara 2013 yılı sonuna kadar kurumlar ve katma değer vergisinden istisna tanınmakta olup çalışan araştırmacılar için de her türlü vergiden istisna sağlanmaktadır. Bu bölge dışında kalan firmaların Ar-Ge harcamalarının %40’ı gelir ve kurumlar vergisi matrahından düşürülmektedir.

Diğer ülkelerde olduğu gibi özel sektör olarak ilaç endüstrisi sağlık hizmetleri araştırmasında başlıca aktördür. Bununla birlikte katı kurallar ve bürokrasiden dolayı Türkiye’de bu kapasite tam olarak kullanılmamaktadır.

Ar-Ge faaliyetlerini gerçekleştiren, bu faaliyetlere destek sağlayan ve bu faaliyetlerin sonucunda ortaya çıkan bilgi ve teknolojiyi kullanan kurumlar arasında güçlü bir bağ kurulamamış olması nedeniyle, Ar-Ge faaliyetlerinin sonuçları uygulamaya geçirilememekte ya da yapılan araştırmalar genellikle sanayinin ihtiyaç ve talebinden uzak olmaktadır. Özellikle 2009 yılı içerisinde yaşanan küresel mali krizden çıkışta ve yeni fırsatları değerlendirmede Ar-Ge ve yenilik çalışmaları önem taşımaktadır.

Türkiye’de 2007 yılı itibarıyla yüzde 0,71 olan Gayri Safi Yurtiçi Ar-Ge harcamasının GSYİH içindeki payı 2008 yılı verilerine göre; %07,3’dir AB-27 ortalaması yüzde 1,85’tir. GSYİH Ar-Ge harcamalarının %43,8’i yükseköğretim, %44,2’si ticari kesim ve %12,0’ı kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel sektör tarafından gerçekleştirilen Ar-Ge harcamalarının toplam Ar-Ge harcamalarına oranı 2005 yılında yüzde 33,1 iken bu oran 2007 yılında yüzde 41,3’e yükselmiştir. Ancak, bu oran 2006 yılı AB-27 ortalaması olan yüzde 55,4’ün halen daha gerisinde kalmakta olup AB ortalamasında özel sektör ilk sırada, yüksek öğretim sektörü ikinci sırada yer almakta olup bunu kamu sektörü üçüncü sırada takip etmektedir. Ülkemizde özel sektörün, özellikle de KOBİ’lerin Ar-Ge kapasitesi ve Ar-Ge’ye olan talebinin artırılması ihtiyacı sürmektedir.

VIII. Plan (2002-2007) döneminde, çeşitli üniversitelerde stratejik alanlarda mükemmeliyet merkezleri oluşturulmuştur. Bunun yanında, 2002 yılından itibaren bilim insanı yetiştirmeye yönelik projeler ve 2004 yılından itibaren de çok ortaklı, disiplinler arası niteliğe sahip projeler desteklenmeye başlanmıştır.

Teknoloji geliştirme bölgeleri, teknoloji merkezleri, duvarsız teknoloji kuluçka merkezleri ve üniversite sanayi ortak araştırma merkezlerinin faaliyetlerinin desteklenmesine devam edilmiştir.

2009 yılı Ağustos ayı itibarıyla 20'si aktif 36 adet TGB ve 18'i aktif 20 adet TEKMER kurulmuş bulunmaktadır. Teknoloji Geliştirme Bölgelerinde faaliyet gösteren firma sayısı 2009 yılı Ağustos sonu itibarıyla 1.189'a ulaşmıştır. Ar-Ge harcamalarının etkin kullanımını ve Ar-Ge sonuçlarının uygulamaya geçirilmesini kolaylaştırmak amacıyla özellikle dışa bağımlılığın yüksek olduğu savunma, sağlık ve enerji gibi sektörlerde yerli teknolojiye dayalı ürün ve teknolojilerin geliştirilmesine yönelik programların desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda kamu kurumlarının faaliyet alanlarıyla ilgili yürütecekleri Ar-Ge destek programları 2005 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış olup bu programların önümüzdeki yıllarda geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Teknoloji geliştirme bölgelerindeki firmalara 2013 yılı sonuna kadar kurumlar ve katma değer vergisinden istisna tanınmakta olup çalışan araştırmacılar için de her türlü vergiden istisna sağlanmaktadır. Bu bölge dışında kalan firmaların Ar-Ge harcamalarının yüzde 40'ı gelir ve kurumlar vergisi matrahından düşürlmektedir.

2005 yılında TÜBİTAK tarafından uygulamaya geçirilen Türkiye Araştırma Alanı Programı kapsamında, "Akademik ve Uygulamalı Ar-Ge Destek", "Kamu Ar-Ge Destek", "Sanayi Ar-Ge Destek", "Savunma ve Uzay Ar-Ge Destek", "Bilim ve Teknoloji Farkındalığını Artırma" ve "Bilim İnsanı Yetiştirme ve Geliştirme" programları başlatılmıştır.

Ülkemizde iktisaden faal 10.000 kişiye düşen tam zaman eşdeğeri araştırmacı personel sayısı 2002 yılı itibarıyla 13,6 olup 66,6 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır. Ayrıca, ülkemizdeki araştırmacıların yüzde 73,1'i yükseköğretim kurumlarında görev yapmakta iken gelişmiş ülkelerde araştırmacıların yüzde 70'i özel sektörde çalışmaktadır. 2007 yılı itibarıyla Türkiye'de toplam işgücü ve istihdamın yüzde 0,52'sini Ar-Ge personeli oluşturmaktaki bu oran AB-27 ülkelerinde yüzde 1,44'tür. Ülkemizdeki Tam Zaman Eşdeğeri (TZE) cinsinden toplam Ar-Ge personelinin 2005'te yüzde 30,4'ü özel sektör tarafından istihdam edilirken bu oran 2007'de yüzde 38,2'ye ulaşmıştır. Bununla birlikte AB-27 ülkelerinde bu oran 2007 yılı itibarıyla yüzde 48,8'tir. Çalışma hayatında eşitlik anlamında önemli bir kriter olan kadınların TZE cinsinden toplam araştırmacı sayısındaki oranı, 2007 yılında Türkiye için yüzde 34 olarak hesaplanmış olup, AB-27 ortalaması olan yüzde 28'in üzerinde yer almaktadır. Araştırmacı insan gücünün nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi için yurt içi ve yurt dışından nitelikli araştırmacıların ülkemizde çalıştırılabilmesi önem taşımaktadır. 2006 yılı itibarıyla AB-27 ülkelerinde çalışan 25-65 yaş arası uluslararası araştırmacıların toplam araştırmacı sayısına oranı yüzde 6 civarındayken Türkiye'de

bu oranın yüzde 0,1'lerin altında olduğu tahmin edilmektedir.

Ar-Ge çalışmalarının ürüne dönüşmesi ve rekabet gücüne katkısının artırılmasında özel sektör önemli rol üstlenmektedir. Son yıllarda kendilerine sağlanan teşvikler ile Ar- Ge ve yenilik faaliyetlerinin rekabet açısından gerekliliği konusunda farkındalık düzeylerinin artması sayesinde özel kesimin Ar-Ge faaliyetlerinde artış gözlenmektedir.

AB'nin bilim ve teknoloji alanındaki "Altıncı Çerçeve Programı"na ülkemizce tam katılım sağlanmış olmasına karşın, Programa ödenen katılım payına oranla projelerden sağlanan geri dönüş oldukça düşük kalmıştır. Bu durumun en önemli nedenleri AB araştırma ağı ile bağlantının, Ar-Ge altyapısının ve araştırmacı sayısının yetersizliğidir.

Sağlık Bakanlığı ile TÜBİTAK tarafından 2005 yılında hazırlanan ve 2015 yılına kadar uygulanacak olan "Türkiye Kamu Sağlık Araştırma Programı" halen yürürlüktedir. Programın amacı; sağlık alanında Ar-Ge çalışmaları ile giderilebilecek ihtiyaçlarının tespiti ve bu ihtiyaçlara yönelik çözümler geliştirilmesidir.

Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığında 2005 yılında başlatılan Ar-Ge Projeleri koordinasyon çalışmaları 2009 yılında Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Ar-Ge Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın TÜBİTAK 1007 programı kapsamında 2006-2010 yıllarında toplam kabul edilip desteklenen kamu Ar-Ge proje sayısı 11 olup (2'si tamamlanmış, 9'u devam etmektedir), bütçeleri toplamı 50 milyon 550 bin 597 TL'dir.

Hemosoft Bilişim ve Eğt. Hiz. Ltd. Şti. ile "Ulusal Kalıtsal Kanama Bozuklukları Bilgi Yönetim ve Sürveyans Sistemi"; Hacettepe ve ODTÜ ile RNA "Spilicing" Hatalarının Neden Olduğu Kalıtsal Hastalıklarda Potansiyel İlaç Adayı Bileşiklerinin Araştırılması" projeleri başarıyla sonuçlanarak proje çıktıları Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulmuştur.

Ayrıca aşağıdaki yürütülmekte olan projelerde Sağlık Bakanlığı uygulayıcı ve yaygınlaştırıcı kurum olarak yer almaktadır. Projeler sonuçlandıkça, proje çıktıları, ilgili mevzuat çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya aktarılmaktadır.

1. Hepatit B Enfeksiyonunun Tanısında Serolojik ve Moleküler Yöntemler Kullanılarak Tanı Kitlerinin Geliştirilmesi (TÜBİTAK (MAM) - GATA - İstanbul Üni. - RTA Firması)
2. Hastaneler İçin Güneş Enerji Kaynaklı PEM Yakıt Pilinden Elektrik, Oksijen ve Hidrojen Üretim Tesisi Kurulması ve Yüksek Basıncılı Elektrolizör (Niğde Üni. – ODTÜ - Hidroenerji Ltd. Şti.)
3. Nanocerrahi İçin Femtosaniye Fiber Lazerler Geliştirilmesi ve Kullanımı (Bilkent Üni. Fen Fak. (UNAM) - Ankara Üni.)
4. Tıbbi Uygulamalar İçin Kızıl-Ötesi Lazer Fiberlerin Geliştirilmesi ve Uygulanması (Bilkent Üni. UNAM)
5. Francisella (Tularemi) Tanısında Kullanılmak Üzere Kantitatif PCR Kiti Geliştirilmesi, Antijen Elde Edilmesi ve Ülkemizde Proje İzleme Süresince İzole Edilen Suşların Moleküler Epidemiyolojik Olarak Tiplendirilmesi (Kocaeli Üni. - Refik Saydam H. M. Başkanlığı)

6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (Hacettepe Üni. Nüfus Etütleri Enstitüsü)
7. Akıllı Kart Tabanlı Elektronik Kimlik Doğrulama Sistemi Geliştirimi ve Vatandaşlık Kart Tasarımı (TÜBİTAK Ulusal Elektronik ve Kriptoloji Araştırma Enstitüsü)
8. Lucilia Sericata'nın Larvaları İle Zor İyileşen Yaraların Tedavisi (İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fak.)
9. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Virüsünün Epidemiyolojisi, Moleküler Karakterizasyonu, Antijen ELİSA Geliştirilmesi ve Koruyucu Aşı Çalışmaları (Fırat Üni. Veteriner Fakültesi - Kafkas Üni. Veteriner Fakültesi)

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında yukarıdaki çalışmalardan da anlaşılacağı üzere çalışma yetersizliği bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı döner sermaye kaynaklarından merkeze aktarılan %2'lik tutarın asgari %50'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkanlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile birinci basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesinde kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Üniversitelerden ve uluslararası kuruluşlardan (CDC, WB, DSÖ) danışmanlık hizmetleri satın alarak araştırmalar yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında (2010-2014); "sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında Ar-Ge çalışmalarının desteklenmesi" 'stratejik amaç olarak "Sağlık Bakanlığı Ar-Ge Birimi'nin kurumsal

yapısını güçlendirmek ve personel kapasitesini geliştirmek" ise hedef olarak yer almıştır. Bu kapsamda Bakanlığımızda Ar-Ge faaliyetlerinin geliştirilmesi çalışmaları sürdürülmektedir.

Geleceğe yönelik olarak kuralları ve standartları belirleyici, düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici bir vizyon ortaya koyan Sağlık Bakanlığı'nın, bu politikaları hayata geçirirken bilim, teknoloji ve özellikle Ar-Ge çalışmalarından azami şekilde yararlanması, başarılı olabilmesinin temel şartları arasında yer almaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde görev alanında hizmet çıtasını yükselten Sağlık Bakanlığı, kaliteli hizmet anlayışını Ar-Ge yaklaşımı ile desteklemekte ve sürekli yenilemektedir.

5.5. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Yaygınlaştırılması

Elektronik haberleşme sektörünün serbestleşmesi yönündeki faaliyetler 2000 yılında Telekomünikasyon Kurumunun kurulmasıyla hız kazanmış ve 2004 yılı başı itibarıyla sektör rekabete açılmıştır. Telekomünikasyon Kurumu, ilgili AB düzenlemeleri ile uyumlu şekilde, serbestleşen piyasanın ihtiyaç duyduğu ikincil düzenlemeleri büyük ölçüde tamamlamıştır. Elektronik haberleşme sektöründe evrensel hizmetin sağlanmasına ilişkin kanun 2005 yılında yürürlüğe girmiştir.

Elektronik haberleşme sektörünün serbestleşmesinin ardından, daha önce Türk Telekom A.Ş. tekelinde yürütülen uzak mesafe telefon hizmetleri ve altyapı işletmeciliği hizmetlerini sunmak üzere yeni işletmeciler yetkilendirilmiştir. Ayrıca, kablo platform hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetkilendirmeler yapılmış olup yeni hizmetlerin lisanslanmasına ilişkin çalışmalar sürdürülmektedir.

GSM mobil haberleşme piyasasında, daha önce faaliyetlerini Türk Telekom A.Ş. ile gelir paylaşımı esasıyla ve 1998 yılından itibaren lisans altında yürüten işletmeciler, 2002 yılında Telekomünikasyon Kurumu ile imtiyaz sözleşmesi imzalamışlardır. Bunun da etkisiyle mobil telefon penetrasyon oranlarında hızlı bir büyüme kaydedilmiştir.

Üçüncü nesil (3G) mobil haberleşme hizmetlerine ilişkin yetkilendirme süreci 2009 yılı Nisan ayı sonunda tamamlanmış ve söz konusu hizmetler 2009 yılı Ağustos ayından itibaren sunulmaya başlanmıştır. Sabit telefon abone sayısı 2005 yılındaki 19 milyon seviyesinden 2008 yılı

sonunda 17,5 milyona kadar düşmüştür. Mobil telefon işletmecilerinin, sabit dahil diğer şebekelere doğru aramaları cazip kılan tarifeleri uygulamaya koyması sonucunda mobil telefon hizmetleri sabit telefon hizmetlerine daha güçlü bir alternatif durumuna gelmiş ve bu süreç sonucunda sabit telefon abone sayısındaki düşüş hızlanmıştır. Mobil telefon abone sayısı 2008 yılı sonunda 65,8 milyona ulaştıktan sonra takip eden aylarda, özellikle numara taşınabilirliğinin ve diğer şebekelere doğru aramaları cazip kılan tarifelerin uygulamaya konulması sonucunda ikinci hatların bir kısmının iptal edilmesi neticesinde azalarak 2009 yılı Haziran ayında 63,6 milyona düşmüştür. Mobil telefon piyasasında hâlihazırda 9 işletmeci faaliyet göstermektedir.

Sayısal yayıncılığa geçişle ilgili RTÜK koordinatörlüğünde yürütülen çalışmalar tamamlanmıştır. Bu kapsamda, gerekli hukuki ve teknik altyapı çalışmaları Ulaştırma Bakanlığının koordinatörlüğünde yürütülmektedir.

e-Dönüşüm Türkiye Projesinin başlatılması ile birlikte kamu hizmetleri sunumunda bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımı giderek yaygınlaşmış, vatandaş ve işletmelerin bu teknolojiler konusunda farkındalığı ve hizmet taleplerinde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler, internete erişim talebini ve bunun sonucunda genişbant altyapısı yatırımlarını önemli ölçüde artırmış, genişbant abone sayısı 2009 yılı sonu itibarıyla 6,5 milyona yükselmiştir.

Tablo 2: Bilgi ve İletişim Teknolojilerine İlişkin Temel Göstergeler

Temel Göstergeler	2007	2008	2009
Sabit telefon santral kapasitesi (bin hat)	21772	22921	23000
Sabit telefon abone sayısı (bin kişi)	18201	17502	16700
Sabit telefon abone yoğunluğu (%)	24,9	24,5	23,4
Mobil telefon abone sayısı (bin kişi)	61975	65824	62000
Mobil telefon abone yoğunluğu (%)	84,9	92,1	87
Genişbant abone sayısı (bin kişi)	4404	5986	6500
Genişbant abone yoğunluğu (%)	6	8,4	9
İnternet kullanıcı yoğunluğu (%) (16-74 yaş arası nüfus bazındadır)	26,7	35,8	38,1
Kablo TV abone sayısı (bin kişi)	1141	1145	1150
BİT Pazar Büyüklüğü (milyar ABD \$)	21,7	23,8	21,8
- Telekomünikasyon	17	16,7	15
- Bilgi Teknolojileri	4,7	7,1	6,8

Kaynak: BTK, TÜİK, IDC (International Data Corporation)

6. HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE KOLAYLIKLAR VEYA ENGELLER

Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulması hedeflenmektedir.

Genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konuda yapılacak yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Yürütülmekte olunan program, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Bu bakış açısıyla hareket edilerek temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda etkinlik ve proje gerçekleştirilmek suretiyle çok yönlü bir program yürütülmektedir.

Yeni düzenlemeler gerçekleştirilirken mevcut işleyiş ihmal edilmeden bunlar için de yaygın bir şekilde iyileştirme çalışmaları yapılmıştır.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde 2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2009 yılında 3 milyar 779 milyon TL'ye ulaşmıştır (Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için 2010 yılında ise 4 milyar 136 milyon TL bütçe ayrılmıştır). Nominal değerlerle 7 yılda 4 katına çıkmıştır. 2009 yılı fiyatlarıyla (reel olarak) koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak 2002 yılına göre yaklaşık 2 katına çıkmıştır. 2011 yılı için ayrılan bütçe 6 milyar 242 milyon TL dir.

Sağlık Bakanlığı Eylem Planının dışında Kalp Damar Hastalıkları, Diyabet ve Kronik solunum yolu hastalıkları, ruh sağlığı ve kanserlere yönelik olarak spesifik eylem planları hazırlanmıştır. Söz konusu planlar Bakanlık eylem planı ile uyumlu olan Türkiye'de kronik hastalıklardan ruh sağlığı ve kanser mücadele programlarının uygulamaları daha eski olmakla birlikte stratejik plan ve eylem planlarının hazırlanması henüz yenidir. Ancak Türkiye birçok Avrupa ülkesine göre mesafe almış durumdadır. DSÖ tarafından önerilen uygulamalar yakından takip edilerek ve 2004 yılında yapılan hastalık yükü çalışması sonuçları ve bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığında kazanılan sağlık çıktılarının değerlendirilmesi ile kanıta dayalı programlar hazırlanmıştır. Ancak hazırlanan eylem planlarının ve yürütülen programların uygulamalarının etki değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Dikey yapılanma bazı çalışmalarda çakışmalara neden olabilmektedir. Kronik hastalıkların hastanelerde yapılan takip ve tedavilerinin Sağlık Bakanlığı düzeyinde izlenmesi ve çalışmaların değerlendirilmesi istenilen düzeyde değildir.

Başlıca BOH ve bunların risk faktörlerine ilişkin STK'lar Türkiye'de yıllardır aktif olarak çalışmaktadır. BOH alanındaki en iyi uzmanlar, üyeleri arasındadır. Sağlık Bakanlığı, stratejik ve eylem planlarında yer alan sağlık politikalarının hazırlanması ve uygulanmasında STK'ların bilgilerine değer vermekte ve bunları kullanmaktadır. Özellikle sigara konusunda çok önemli başarılar kaydedilmiştir. Sigaranın kapalı alanlarda kanunen tamamen yasaklanması ve yasanın başarılı şekilde uygulanmasının morbidite ve mortalite üzerine olumlu katkısının önümüzdeki yılların verilerinde görülmesi umulmaktadır.

Aile hekimliği sistemine henüz geçilmiş olmasının ulusal BOH planlarının uygulanmasına katkısının istenilen ölçüde olmasının zaman alacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin birçok ulusal program bulunmaktadır ancak bunlar birbirine paralel olup kapsamlı bir koordinasyon stratejisinden uzaktır.

Hükümet, ulusal stratejiler vasıtasıyla yerel düzeyde uygulanması gerekenler için rehberlik sunmaktadır ancak illerden de hazırlanmış olan bu genel stratejilere göre kendi yerel sağlık faaliyetlerini geliştirmeleri beklenmektedir. Yerel sağlık otoritesi yetki devri kavramını uygulamakta, yerele özgü ihtiyaçlara uygun çözümler bulunmasına imkan sağlamaktadır. Kronik Hastalıklar ve risk faktörlerinin il düzeyinde örgütlenmeleri yeni olmaktadır.

Hem Sağlık Bakanlığı hem de il düzeyinde insan gücü yetersizliği ana problemlerdendir. 2008 yılında on bin kişiye düşen aktif çalışan hekim sayısı 14,3; hemşire sayısı 13 iken AB ülkelerinde bu sayılar sırasıyla 31,8 ve 73,1, Dünya Sağlık Örgütü’nün yüksek gelir grubu ülkelerinde ise 27 ve 86’dır. Sağlık personeli ülke ortalaması, AB ve DSÖ ülkeleri ortalamasının gerisinde kalmakta, özellikle hemşire açığının daha belirgin olduğu görülmektedir. Ülkemizde yüz bin kişiye düşen hemşire mezun sayısı 2008’de 6,1 olup bu sayı AB ülkelerinde 28,6’dır. Hemşireler temel olarak halk sağlığı ve klinik hizmetlerde görev alabildiklerinden, hemşire sayısının artırılması uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkiye sahip olacaktır. Ayrıca, doktor/

hemşire oranı 1,3 olup bu oranın azaltılması için hemşire kontenjanlarının yükseltilmesi önem arz etmektedir.

Diğer yandan, STK’lar pek çok araştırmayı eş zamanlı yapmaktadır ve bu durum birbiri ile çakışma ve karmaşıklığa neden olmaktadır.

Türkiye’de her 100 bin kişiye düşen yatak sayısı 285 olup bu sayı dünyadaki yeni eğilimler çerçevesinde yeterli görünmektedir. Ancak mevcut yatakları nitelikli yataklara değiştirecek ve buna eşlik eden çağdaş yapıları oluşturacak yatırımlara devam edilmesi gerekmektedir:

Üstünlükler:

1. Köklü bir kurumsal yapıya, geçmişe dayanan bilgi birikimine ve deneyimine sahip olunması,
2. Kamuoyundaki olumlu imaj, idareye güven ve desteğin var olması,
3. Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı bir sağlık politikası olarak devam etmesi,
4. Sosyal güvenlik reformunun yapılmış olması,
5. Merkezdeki bazı yetkilerin taşraya devredilmiş olması,
6. Genel bütçe kaynakları yanında doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılan döner sermaye kaynaklarının bulunması,
7. Çalışanlarına yönelik performans dayalı ek ödeme uygulanması,

8. Bütün kamu/özel kamu kurum/kuruluşlar ile ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapabilme imkânı,
 9. Yeniden yapılanma, stratejik planlama, performans ve kalite yönetimi konularındaki isteklilik,
 10. Sağlık hizmetlerinde teknolojik donanım seviyesinin yükseltilmesi,
 11. Bilgi iletişim alt yapısının güçlenmesi ve teknolojik yeniliklere ulaşma kolaylığının sağlanması,
 12. Sağlık ile ilgili iş ve işlemlerin elektronik ortamda yapılıyor olması.
 13. Bürokrasi ve kırtasiyeciliğin giderek azaltılması,
 14. Yaygın hizmet ağı ve afetlere karşı süratli reaksiyon gösterme becerisi,
 15. Gayri safi yurt içi hâsıladaki (GSYİH) sağlık harcamalarının payının artması
5. Bakanlık merkez teşkilatının iş yükünün fazla olması,
 6. Bakanlık dışı kurum ve kuruluşların etkin işbirliğinde yetersizlikler görülmesi,
 7. Meslek örgütleri, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının temel sağlık politikalarına katkısının yeterli düzeyde olmaması,
 8. Yeniliklere ve değişime karşı zaman zaman direnç gösterilmesi,
 9. Nüfus hareketleri ve kentleşmede yaşanan hızlı değişimler,
 10. Personel arasındaki yüksek lisans, doktora vb. eğitimlerini tamamlayanlardan yeterince faydalanılmaması,
 11. Kariyer Sağlık Uzmanı (sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, çalışma ekonomisi, kamu yönetimi, işletme, iktisat, muhasebe vb.) istihdamının yapılamaması,
 12. Personelin iş ve işlemlerinde bürokratik hantallık ve teknolojik yeniliklerin kullanımında uyum sorunu olması,

Zayıflıklar:

1. Sağlık personeli sayısının sağlık hizmet talebini ve kurumsal ihtiyacı karşılayamaması,
2. Teşkilat kanununun eski oluşu ve mevcut ihtiyaçlara yeterince cevap verememesi,
3. Güncel olmayan, uyumsuz, karmaşık ve yetersizliği giderilememiş mevzuatın varlığı,
4. Merkez teşkilatın birimlerinin dağınık yerleşimi ile hizmet binalarının nitelik ve kapasitesi yönünden yetersizliği,

Fırsatlar:

1. Ekonomik ve siyasi istikrar,
2. AB sürecinde atılan adımlar,
3. Stratejik yönetim kavramına ilginin artması,
4. Kamu yönetiminde iyileştirmeler,
5. Uluslararası işbirliği ve sağlık sektöründeki paydaşların destekleyici politikaları,
6. Artan milli gelir ile sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların da artması,
7. Genel Sağlık Sigortası Sistemi uygulaması,
8. Türkiye'nin Hedef 21 Politikası (DSÖ 21.Yüzyılda 21 Hedef) doğrultusunda yapılan çalışmalar sonucu, temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi,
9. Toplumda sağlık bilincinin yükselmesi neticesinde sağlık hizmetlerinin doğru kullanımının artması,
10. Ülkemizin genç bir nüfusa sahip olması,
11. Sağlık alanındaki İstihdam kalitesinin artması,
12. Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler,
13. Gelişen bilgi teknolojisi ve bilgi kaynaklarına hızlı erişim,
14. Tıp teknolojisindeki gelişmelerin sağlık hizmetleri sunumunu olumlu yönde etkilemesi,
15. Sağlık turizminin gelişme potansiyeli,
16. Yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımının artması.

Tehditler:

1. Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması, sonucunda sağlık hizmet yükünün artması,
2. Sağlık sektörünün istismara ve popülist politikalara açık olması,
3. Mevcut olan hastalıklardaki beklenmeyen değişimler ile yeni tanımlanan veya öngörülemez hastalıkların risklerinin sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemesi,
4. Nüfus hareketliliğinin artması ile salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi,
5. Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler,
6. Bölgesel savaşlar ve siyasi istikrarsızlıklar,
7. Komşu ve yakın çevre ülkelerden kaynaklanabilecek sağlığa yönelik tehditler,
8. Küreselleşme ve küresel ısınmaya bağlı sağlık sorunlarının artması,
9. Çevre ve insan sağlığını tehdit eden nükleer, kimyasal ve biyolojik faaliyetler.

7. TÜRKİYE DENEYİMİNDEN ÖĞRENİLENLER

BOH politikası geliştirilmesine Türkiye'nin yaklaşımı, DSÖ karar ve önerileri ile tutarlıdır. Sigara kullanımı ve kronik solunum hastalıkları önleme programı (GARD Türkiye) gibi farklı alanlarda çeşitli uygulamalar görülmektedir ve bunlar uluslar arası alanda da iyi bilinmektedir.

Sigaranın tüm kapalı alanlarda yasaklanmasını içeren en geniş yasal düzenleme Avrupa'da 3. ülke olarak Türkiye'de gerçekleştirilmiştir. 12 Aralık 2007'de mücadele eylem planının tanıtımından itibaren 19 Temmuz 2009 tarihinde yasanın uygulamaya konulması arasında geçen süre göz önüne alındığında çok kısa bir sürede doğru ve isabetli adımların atıldığı görülmektedir. Bu hususun başarılmasında Başbakan Sayın Recep Tayyip Erdoğan'ın kişisel katkı ve kararlı tutumlarının önemi büyüktür. Yapılan çalışmalarda toplum desteği %90 düzeyindedir. Bu durum Türk halkının tercihini sigara yasasındaki değişimden ve sağlıklı olmaktan yana kullandığının bir ifadesidir.

TÜİK tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırmaları sonuçlarına göre, sağlık hizmetlerinin kalitesinde memnuniyet oranları 2003 yılında %39'dan 2009 yılında %65'e yükselmiştir. Gerçekleştirilen iyileşmelerin etkisinin vatandaşlar tarafından olumlu yönde karşılandığı görülmektedir.

7.1. Politik Çevre

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede ve sağlığın geliştirilmesi için çeşitli sağlık politikaları hazırlanmakta, bunlar stratejik planlar ve eylem planları ile tamamlanmaktadır. Çeşitli planlardaki eylemler, spesifik gruplar için ayrı politikalarda uygun olduğu üzere okul, işyeri gibi ortamlar için politikaları yansıtmıştır.

Türkiye'de 2002-2007 yılları arasında hızlı bir ekonomik büyüme yaşanmıştır ve 2002 yılından beri aynı politik görüş iktidardır. Bu durum başlanılan programların kesintisiz bir şekilde yürütülmesinde önemli faktör olmuştur. Ancak parlamentoda ve Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere meslek örgütleri ile zaman zaman önemli tartışmalar yaşanmıştır. Bu konudaki en belirgin örnek sigaranın kamuya açık yerlerde yasaklanması yasaının iptal edilmesi yönündeki parlamento muhalefet girişiminde ve yapılan sağlık sistemi düzenlemelerine olan itirazlarda görmekteyiz.

BOH politikası geliştirilmesi çalışmalarında bazı stratejik planlar Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır. Bazı çalışmalar Parlamentoda kanunlaştırılmış ve Başbakanlık genelgesi olarak da hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı ve diğer BOH spesifik stratejik planlarının ülke çapında geniş bir politika oluşturulmasına yardımcı olması amaçlamaktadır.

7.2. Farkındalık Oluşturmaktan Politik Eyleme

Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli mesafe alınmış olması ve 2004 hastalık yükü çalışması sonuçlarının kronik hastalıklarda farkındalık oluşmasında önemli katkısı olmuştur. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesinin imzalanması ile birlikte ülkemizde başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar ivme kazanmıştır. Obezitenin önlenmesi için İstanbul şartının imzalanması; kronik hastalıklar dairesinin kurulması çalışmalara hız vermiştir. Ancak sağlık sistemindeki köklü değişikliğin henüz tamamlanmamış olması; eylem planlarında yer alan müdahalelerin uygulamaya henüz başlanmış olması nedeni ile yakın gelecekte önemli değişiklikler beklenebilir.

7.3. Sürdürülebilir Politika Uygulamaları İzleme ve Revizyon

Bazı ulusal araştırmalarda kapsamlı ve güvenilir sağlık bilgileri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı veri toplamakta, çeşitli araştırmalar yürütmekte ve düzenli olarak bulgularını yayınlamaktadır.

Türkiye CINDI programına üyelik için girişimlerde bulunmuştur.

Değişim çabaları devam eden sağlık net entegrasyonu bu yıl itibarı ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri için %98 özel hastaneler ve üniversite hastaneleri için %60-40 oranında tamamlanmış olup entegrasyon 2011 yılında tamamlanacaktır. NCD ve risk faktörlerine yönelik olarak bilgiler elde edilecektir. Ayrıca sağlık sistemi performans değerlendirmesi kapsamında da kronik hastalıklara

ait göstergeler yer almaktadır. Aile hekimliği sistemi içerisinde aile hekimleri tarafından yapılacak bir saha çalışması ile düzenli olarak aynı kişiler takip edilebilecek ve müdahale programlarının sağlık etkileri de ölçülebilecektir.

7.4. Kilit Sonuçlar

- Eğer bir ülkede sağlık sistemlerinin ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yasal düzenlemeler hedefleniyorsa önce o ülkedeki siyasi otoritenin desteğinin sağlanması önemlidir. İşin mali ve toplumsal boyutları da hesaba katılmalıdır. Yapılan değişikliklere karşı geleceklerin olacağının bilinmesi gerekir. Böyle zamanlarda destekleyen, cesaretlendiren bir Başbakanın, bir Devlet başkanının, bir kabine yönetiminin, bir parlamento çoğunluğunun olması kilit rol oynamaktadır. İşin en az bunun kadar önemli bir yönü de sağlık çalışanlarının inanarak ve insan sevgisiyle çalışmalarıdır.
- Türkiye DSÖ tarafından öngörülen çalışmaları uygulamaya koymaktadır. Bu kapsamda stratejik planlarını hazırlamış bazıları uygulamaya konulmuştur. Tütünle mücadele; kronik solunum yolu hastalıklarının önlenmesi, obezite, diyabet, kalp damar hastalıkları ve kanserle mücadele programları uygulama aşamasında olan programlardır.
- Yapılan müdahalelerin etkilerinin değerlendirilmesi; kontrol programının izleme ve değerlendirmesinin yapılması önemlidir.

- Sağlık Bakanlığı düzeyinde ve il düzeyinde örgütlenme henüz yeterli değildir. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi çalışmaları da henüz tamamlanmamıştır.
- Kronik hastalıklar veri tabanının analiz edilmesi tam olarak henüz tamamlanmamıştır.
- Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında iletişim kampanyaları başarılı şekilde uygulanmaktadır. Kronik hastalıkların gelişimlerini azaltacak risk faktörlerine yönelik olumlu davranış değişikliklerinin kazanılması sürecinde tüm politikalarda sağlık uygulamaları ve sağlığı sosyal belirleyicileri olan eğitim, iş ve gelir düzeylerinin yükseltilmesinde alınacak mesafeler önemli katkı sağlayacaktır.
- Bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kronik hastalıkların entegrasyonu tartışmalıdır ve yukardan aşağı veya aşağıdan yukarıya olan tanımlaması zordur.
- Bakanlık düzeyinde stratejik sürecin merkezi yönetilmesinden ziyade, var olan aktivitelerin “eklektik” bir çerçevesi olarak düşünülebilen bir şemsiye strateji vardır
- Karar verme sistemi sadece teorik bir şekilde merkezîyetçidir; süreç ve finansman mekanizmaları ise farklı aktörler arasındaki etkileşimlerle sağlanmaktadır. Bu durum parçalı bir yapı ve çeşitli “subjeler” tabanlı politikaların geliştirilmesinde eşitsizlik yaratmaktadır.

8. KAYNAKLAR

1. Preventing Chronic Diseases a Vital Investment; WHO Geneva, 2005

Summary Report Of The Meeting, UNDESA/WHO Regional High-level Consultation in the European Region on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, with a particular focus on the developmental challenges "Addressing non-communicable diseases: major challenges to sustainable development in the 21st century" Hosted in Oslo by the Government of Norway, 25-26 November 2010
2. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ankara, 2007.
3. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6320> (Erişim tarihi 30.09.2010)
4. Devlet Planlama Teşkilatı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ueg/2009/2009.asp> (Erişim tarihi 30.09.2010).
5. Savaş S, Karahan Ö, Saka Ö, Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süresi, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, Cilt 4, No: 4, 2002
6. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2009, Ankara, 2010
7. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ekim 2009.
8. Liu Y, Çelik Y, Şahin B, Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, SUVAK, 2005.
9. Türkiye Sanayiciler ve İşadamları Derneği, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, "Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamikleri", Haziran 2008.
10. Koç İ, Eryurt M, Adalı T, Seçkiner P, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010.
11. Anadolu Aslanları İşadamları Derneği (ASKON), ASKON Ekonomi Raporları 13, Küresel Kriz Gölgesinde 2009 Türkiye ve Dünya Ekonomisi, İstanbul, Nisan 2009.
12. Yardim M, Çilingiroglu N, Yardim N, Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey Health Policy Volume94Page26-33,2010doi:10.1016/j.healthpol.2009.08.006
13. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Eylül 2010
14. OECD, Dünya Bankası, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, 2008.
15. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayınlanmamış Rapor, 2010.
16. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara, 2010.
17. UNICEF, The State of World's Children 2009 Maternal and Newborn Health, New York, 2009.

18. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008, Kasım 2008.
19. Türkiye Diyabet Vakfı, 2020 Vizyon ve Hedefler; Türkiye’de Diyabet Profili Diyabet Bakım İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştay raporu 2009
20. DSÖ, Sağlığı Kazanmak: Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi
21. DSÖ, Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı, 2010
22. Food and Agriculture Organization/ World Health Organization. International Conference on Nutrition. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. ICN/92/2, Rome: FAO, 1992.
23. Food and Agriculture Organization, World Food Summit. Technical Background Documents. Rome: FAO, 1996.
24. Pekcan G, Food and Nutrition Policies: What’s Being Done in Turkey, Public Health Nutrition: 9 (1A), 158–162, 2006.
25. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu (Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı 1.Aşama Çalışması Eki ile) , Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: 2670, Ankara, 2003.
26. Resmi Gazetede 07.11.1995 tarihli ve 22456 sayılı yayımlanan 560 sayılı Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
27. Resmi Gazetede 05.06.2004 tarihli ve 25483 sayılı yayımlanan 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
28. Sağlık Bakanlığı Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 6. Baskı Ocak 2010
29. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı, 15-17 Kasım 2006, İstanbul, Türkiye
30. Sağlık Bakanlığı Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı(Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 773, Şubat 2010
31. Pekcan G. Development of nutrition policies: How dietitians are involved in nutrition policies. J Nutr and Diet.(Beslenme ve Diyet Dergisi) 29:1:24-30,2000.
32. Tarım ve Köyşleri Bakanlığı, Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Gıda Durum Raporu, Politika ve Stratejileri.2000.Yayın No:7,Ankara.

33. Pekcan G. Türkiye’de Beslenme Durumu. 5. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Özetleri. Ankara, 5-7 Kasım 1998: 51-53.
34. TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırmaları, 2003-2009
35. DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013
36. DPT, 2010 Yıllık program
37. OECD, Frascati Kılavuzu: Araştırma ve Deneyisel Geliştirme Taramaları İçin Önerilen Standart Uygulama”, 2002
38. EUROPA in Figures-Eurostat yearbook 2009
39. TÜİK Haber Bülteni, sayı 189, Kasım 2010
40. Sargutan E, Türk Bilim ve Teknoloji Politikasının Bir Unsuru Olarak Sağlık İdaresinde Teknik ve Teknoloji Politikaları, Sağlık Yayınları 1996:48-49
41. TÜİK, 2009 Ar-Ge Bültenleri
42. TÜBİTAK kaynaklarından -20.05.2010
43. <http://www.tubitak.gov.tr>

